

ASSURANCE FFHB

MMA

Préambule :

- Les déclarations de sinistre sont à faire dans les **5 jours** suivant l'évènement

Ecrivez « FFHB » dans la barre de recherche de votre navigateur



Cliquez sur l'onglet « pratiquer »

A la rubrique « adhésion », cliquez sur
« assurance »



Recherche mots clés

Compétitions - saisir ville ou

VOS OUTILS

FFHB **EQUIPES DE FRANCE** **PRATIQUER** **COMPÉTITIONS** **EHF EURO**

ADHÉSION
Prendre une licence
Assurance
Mutuelle

LE SANDBALL
Histoire
Règles
Le matériel
L'arbitrage

OÙ PRATIQUER

LE HANDBALL
Histoire
Le matériel

Clic

Découvrez dans le lien ci-dessous tous les services d'assurances MMA :

Attestation RC
Documentation générale
Options complémentaires et déclaration d'accident à saisir en ligne

[Accéder à la plateforme MMA](#)

Coordonnées :

Clic

Pour toute information complémentaire, nous vous invitons à prendre contact directement auprès de notre assureur MMA :

MMA
OCC-FFHB
19 square Gambon BP 114
58205 COSNE COURS SUR LOIRE CEDEX

Références :

N° de contrat : 114 246 500 N° de protocole (Assistance) : 582 469 Effet : 01 juillet 2011

Contacts :

- Renseignements Contrat, Attestations et Options : Pascal BILLET – Justine VAILLANT / Tél : 03.86.28.20.74 - assurances.handball@mma.fr


Suivi dossiers accident :

Tél : 03 88 11 70 08 ou 03 88 11 70 21

Assistance :

MMA ASSISTANCE France
Tél (de France) : 01.40.25.59.59
Tél (de l'étranger) : 00 (33) 1.40.25.59.59

 [Tweeter](#)

 [J'aime 19](#)

 [G+](#)



Menu déroulant « déclaration de sinistre »

Choisissez « le sinistre concerne une personne physique »



Clie



DECLARATION DE SINISTRE

GARANTIES COMPLEMENTAIRES

DOCUMENTATION

CONTACTS

Contactez-nous: 03 86 28 20 74 | assurances.handball@mma.fr



BIENVENUE SUR VOTRE PLATEFORME DEDIEE AUX ASSURANCES

DE LA FEDERATION FRANCAISE DE HANDBALL

Cochez la case « licencié » puis clic sur « suivant »

Contactez-nous: 03 86 28 20 74 | assurances.handball@mma.fr



DECLARATION DE SINISTRE ▾

GARANTIES COMPLEMENTAIRES

DOCUMENTATION

CONTACTS

DÉCLARATION DE SINISTRE

Le sinistre concerne une personne physique

📍 Accueil > Déclaration de sinistre

Étape 1

Informations licence

Étape 2

Coordonnées

Étape 3

Statut

Étape 4

Informations sinistre

Étape 5

Confirmation

Choix

- Vous êtes licencié et vous n'aviez pas renoncé à la garantie accidents corporels de base
- Vous n'êtes pas licencié

Clic

SUIVANT



DECLARATION DE SINISTRE ▾

GARANTIES COMPLEMENTAIRES

DOCUMENTATION

CONTACTS

DÉCLARATION DE SINISTRE

Le sinistre concerne une personne physique

Accueil > Déclaration de sinistre

Étape 1

Informations licence

Étape 2

Coordonnées

Étape 3

Statut

Étape 4

Informations sinistre

Étape 5

Confirmation

- Vous êtes licencié et vous n'avez pas renoncé à la garantie accidents corporels de base
- Vous n'êtes pas licencié

Sélectionnez le type de votre licence *

compétitive / joueurs de + de 16 ans

Exemple

Choisissez votre type de licence dans le menu déroulant

N° de licence fédérale *

6285076XXXXXX

Inscrire votre N° de licence à 13 chiffres commençant par 6285076

Voir Sergio

Clic

SUIVANT

Les rubriques avec un * sont obligatoires

Étape 1

Informations licence

Étape 2

Coordonnées

Étape 3

Statut

Étape 4

Informations sinistre

Étape 5

Confirmation

Nom *

Dupond

Email *

Date de naissance *

jj/mm/aaaa

Ville *

Téléphone fixe *

Renseignements sur votre club

Nom du club *

SEC-OHB

N° affiliation du club

6285076

Ville *

Les Sables d'Olonne

Prénom *

Sexe *

M

F

Adresse *

Code postal *

Téléphone mobile *

Nom du représentant (Président...)

Guibert Serge Secrétaire

Adresse du club *

Impasse des Sauniers Complexe sportif

Code postal *

85100

PRÉCÉDENT

Clic



SUIVANT



DÉCLARATION DE SINISTRE

Le sinistre concerne une personne physique

📍 Accueil > Déclaration de sinistre

Étape 1

Informations licence

Étape 2

Coordonnées

Étape 3

Statut

Étape 4

Informations sinistre

Étape 5

Confirmation

Joueur

← **Clic**

Dirigeant et Autre

Arbitre

Choisir votre garanties optionnelles éventuellement souscrites ▾

Éventuellement

←

PRÉCÉDENT

Clic

→

SUIVANT

Étape 1
Informations licence

Étape 2
Coordonnées

Étape 3
Statut

Étape 4
Informations sinistre

Étape 5
Confirmation

Date de survenance *

jj/mm/aaaa



Lieu de survenance du sinistre

Ville

Cadre de survenance

Sélectionnez le cadre

Heure

00:00

Adresse du sinistre

Code postal

Circonstance de survenance (Texte libre)

Décrire

Nature des dommages subis

Des dommages corporels subis ?

Choix

 Non

Des dommages matériels subis ?

Choix

 Non

Documents à joindre à votre déclaration (tous documents utiles pour votre déclaration du type certificat médical initial...)



Vous pouvez joindre 3 fichiers au maximum , la taille d'un fichier ne doit pas dépasser 5M

Choisir un fichier

Parcourir

- Vous n'êtes pas la victime
- Je soussigné [Guibert Serge](#) , certifie, exact les renseignements communiqués ci-dessus.

PRÉCÉDENT

Clic



SUIVANT

DÉCLARATION DE SINISTRE

Le sinistre concerne une personne physique

Acc

Étape 1

Informations licence

Étape 2

Coordonnées

Étape 3

Statut

Étape 4

Informations sinistre

Étape

Confirma

Date de survenance *

11/06/2018

Lieu de survenance du sinistre

Là bas

Ville

Olonne sur Mer

Cadre de survenance

match ▾

Heure

00:00

Adresse du sinistre

Sauniers

Code postal

85340

Circonstance de survenance (Texte libre)

En sautant

Nature des dommages subis

Des dommages corporels subis ?

Oui

Des dommages matériels subis ?

attaque ou defense ?

 attaque

Attaque

Vous étiez en situation d'attaque :



Mouvement

Votre mouvement par rapport au sol :



Précisions

Précisez:



Un tiers est-il en cause ?

 Non

Organisme social obligatoire (CPAM, MSA, RSI...)

Nom

Adresse

Ville

Code postal

N° affiliation

Organisme(s) complémentaire(s)

Nom

Adresse

Ville

Code postal

N° affiliation ou de contrat

Documents à joindre à votre déclaration (tous documents utiles pour votre déclaration du type certificat médical initial...)

Documents à joindre à votre déclaration (tous documents utiles pour votre déclaration du type certificat médical initial...)

Vous pouvez joindre 3 fichiers au maximum , la taille d'un fichier ne doit pas dépasser 5M

Choisir un fichier

 Parcourir

- Vous n'êtes pas la victime
- Je soussigné [Guibert Serge](#) , certifie, exact les renseignements communiqués ci-dessus.

Choix

Clic



PRÉCÉDENT

SUIVANT

Fin de la déclaration internet

- NB : surveillez votre boîte mail (renseignée dans la déclaration) vous y recevrez un courriel des MMA avec un numéro de dossier à conserver pour le suivi.
- *Croisons les doigts pour avoir le moins de dossiers possibles à rédiger*

Garanties optionnelles

Contactez-nous: 03 86 28 20 74 | assurances.handball@mma.fr



[DECLARATION DE SINISTRE](#) ▾

[GARANTIES COMPLEMENTAIRES](#)

[DOCUMENTATION](#)

[CONTACTS](#)

Garanties complémentaires

La souscription des garanties complémentaires au-delà du contrat collectif

[Accueil](#) > [Garanties complémentaires](#)

Clic

Licenciés

Joueurs en convention de formation

Assurance des structures

Souscription Assemblée Générale 2018

Consciente du devoir d'information que la loi fait peser sur elle et conformément aux dispositions de l'article L.321-6 du Code du sport, la fédération propose aux licenciés, qui le souhaitent, de souscrire des garanties complémentaires au-delà du contrat accidents corporels de base (contrat n°114.246.500).

Si vous souhaitez bénéficier de l'une des options ci-dessus, vous pouvez :

- Soit réaliser la souscription et le paiement en ligne ci-dessous
- Soit remplir le bulletin papier et régler en chèque en les adressant à l'agence : [téléchargez le bulletin d'adhésion](#)

Exemple pour la saison 2017/2018



SAISON SPORTIVE 2017 / 2018



BULLETIN D'ADHESION AU CONTRAT N° 114.246.501

GARANTIES COMPLEMENTAIRES ACCIDENT CORPOREL DU LICENCIE

Consciente du devoir d'information que la loi fait peser sur elle et conformément aux dispositions de l'article L.321-6 du Code du sport, la fédération propose aux licenciés qui le souhaitent de souscrire des garanties complémentaires au-delà du contrat accidents corporels de base (contrat n°114.246.500).

NATURE ET MONTANT DES GARANTIES PROPOSEES (en cumul des garanties de base accordées à la licence)

	Option 1	Option 2	Option 3
Décès	< 16 ans : 7 500 € ≥ 16 ans : 30 000 €	< 16 ans : 7 500 € ≥ 16 ans : 45 000 €	< 16 ans : 7 500 € ≥ 16 ans : 60 000 €
Invalidité permanente Capital réductible sur la base du taux d'AIPP retenu après consolidation	120 000 €	180 000 €	300 000 €
Frais d'adaptation du véhicule ou du domicile Capital versé en cas d'invalidité permanente ≥ 50%	NEANT	10 000 €	15 000 €
Remboursement de soins	200 % du tarif conventionnel de la Sécurité sociale sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance (1)	300 % du tarif conventionnel de la Sécurité sociale sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance (1)	300 % du tarif conventionnel de la Sécurité sociale sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance (1)
Prothèses dentaires (maxi 5 dents)	300 € par dent (1) (2)	450 € par dent (1) (2)	450 € par dent (1) (2)
Bris de lunettes	400 € (1)	600 € (1)	600 € (1)
Prothèse auditive	1 000 € (1)	1 500 € (1)	1 500 € (1)
Indemnités journalières Payables à compter du 4 ^{ème} jour pendant 365 jours	30 € par jour (3) Franchise 3 jours	60 € par jour (3) Franchise 3 jours	100 € par jour (3) Franchise 3 jours
COTISATION UNITAIRE TTC PAR LICENCIE	59,00 EUR	99,00 EUR	159,00 EUR

(1) sous déduction des prestations éventuelles d'un régime de prévoyance dans la limite des frais réels.

(2) si port d'un protège dents sur mesure, le montant du remboursement est doublé.

(3) l'indemnité n'est pas versée lorsque le bénéficiaire n'a ni activité rémunérée ni allocation chômage.

MODE DE SOUSCRIPTION :

Si vous souhaitez bénéficier de l'une des options ci-dessus, remplissez, datez et signez ce bulletin d'adhésion et renvoyez-le accompagné d'un chèque libellé à l'ordre de : **SARL BILLET GL ASSURANCES, Agent Exclusif MMA - Siren 789979010 N° Orias 13001802., 19 Square Gambon – BP 114, 58205 COSNE COURS SUR LOIRE CEDEX, Tél : 03.86.28.20.74 – Fax 03.86.28.29.06 Email : assurances.handball@mma.fr**

L'ADHERENT (le joueur licencié)

NOM / Prénom : _____
N° licence : _____ Téléphone : _____ Email : _____
Adresse du joueur : _____
Club de rattachement : _____ E-mail club : _____

OPTION CHOISIE : OPTION 1 OPTION 2 OPTION 3

PERIODE DE GARANTIE :

Les garanties prennent effet : si la souscription est réalisée en ligne → à la date de la souscription sur le site internet – si la souscription est réalisée par bulletin papier → à la date de la réception du bulletin et du chèque auprès de l'assureur.

Les garanties prennent fin à l'issue de la saison sportive soit au 30/06/2018. Toutefois, à défaut de renouvellement, la garantie est prolongée jusqu'au 15 septembre 2018.

L'ensemble des dispositions prévues dans la notice assurances du contrat de base dont le licencié déclare avoir reçu et pris connaissance trouve aussi application aux présentes garanties complémentaires.

A réception, l'assureur vous transmettra une attestation par mail (uniquement).

Signature du licencié (ou de son représentant légal avec nom et prénom s'il est mineur)

Fait le : A :



Bon été !

