



GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

CONTRAT COLLECTIF « MDS FEDERATIONS 800 »

INDIVIDUELLE ACCIDENT ASSISTANCE RAPATRIEMENT



2/4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - Tél. : 01 53 04 86 86 - Fax : 01 53 04 86 87
Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Mutuelle immatriculée au Répertoire Sirène sous le n° 422 801 910

SOMMAIRE

ARTICLE LIMINAIRE

Représentation des membres à l'assemblée générale de la MDS P. 3

TITRE I. - DISPOSITIONS COMMUNES P. 4

- 1) Objet P. 5
- 2) Assurés P. 5
- 3) Activités garanties P. 5
- 4) Conditions individuelles d'adhésion P. 6
- 5) Etendue géographique P. 6
- 6) Prise d'effet de la garantie à l'égard des membres P. 7
- 7) Déclaration d'accident – Obligations de l'assuré P. 7
- 8) Assurances cumulatives P. 8
- 9) Prescription P. 8
- 10) Médiateur P. 9
- 11) Informatique et Liberté P. 9

TITRE II. – GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT P. 10

- 12) Définitions P. 11
- 13) Garanties P. 12
 - Frais de soins de santé des blessés P. 12
 - Frais de prothèses dentaires P. 12
 - Bris de lunettes P. 12
 - Frais de transport P. 13
 - Indemnités Complémentaires Spécifiques P. 13
 - Capital Invalidité P. 14
 - Option Rente Invalidité P. 14
 - Capital en cas de décès P. 14
 - Extension optionnelle « Invités » P. 15
- 14) Règlement des prestations P. 15
- 15) Exclusions P. 16

TITRE III. – GARANTIES ASSISTANCE RAPATRIEMENT P. 18

- 16) Définitions P. 19
- 17) Garanties P. 19
- 18) Exclusions P. 21
- 19) Mise en œuvre des garanties P. 22
- 20) Circonstances exceptionnelles P. 23

TITRE IV. – CONDITIONS GENERALES D'APPLICATION DU PRESENT CONTRAT P. 24

- 21) Prise d'effet et renouvellement du présent contrat P. 25
- 22) Cotisations unitaires P. 25
- 23) Mandat d'encaissement des cotisations P. 25
- 24) Extensions des garanties P. 26
- 25) Information des membres, devoir de conseil P. 26

ARTICLE LIMINAIRE

Les membres du groupement sportif bénéficiant du présent contrat deviennent membres participants de la M.D.S.

Ils reçoivent gratuitement un exemplaire des statuts de la M.D.S.

Conformément aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et des articles 10 et 12 des statuts susvisés, leur représentation à l'assemblée générale de la Mutuelle est ainsi organisée :

- Le groupement sportif souscripteur constitue une section de vote qui doit élire un délégué et un délégué suppléant à l'assemblée générale de la M.D.S.,
- la M.D.S prend acte du processus démocratique et réglementé des élections organisées au sein du groupement et reconnaît comme légitime l'élection des délégués par les membres du comité directeur.

Le groupement s'engage à communiquer à la M.D.S., sur simple demande de cette dernière, toute information susceptible de déterminer exactement le nombre des adhérents cotisants, et notamment la liste nominative de ses affiliés, l'exactitude de cette liste présentant un caractère déterminant pour la régularité de l'organisation des Assemblées Générales de la Mutuelle.

TITRE I
DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1 : OBJET

Le présent contrat a pour objet de mettre en œuvre un régime collectif de prévoyance et d'assistance destiné aux membres du groupement souscripteur du présent contrat, conformément aux dispositions du Code du Sport.

Article 2 : ASSURES

Article 2.1 : Sont assurés :

- Les membres du groupement souscripteur du présent contrat pratiquant les activités définies à l'article 3 ci-dessous, résidant en France Métropolitaine, en Corse, dans les D.O.M.-T.O.M. ou dans les Principautés d'Andorre ou de Monaco.
- Les membres du groupement souscripteur du présent contrat résidant hors de France, D.O.M.-T.O.M., Andorre et Monaco ne sont assurés que si les activités visées à l'article 3 ci-dessous sont pratiquées dans les pays visés ci-dessus et/ou sous l'autorité de leur association.
- Les bénévoles prêtant occasionnellement leur concours à l'organisation des activités garanties.

Article 2.2 : Invités :

Peuvent bénéficier des garanties individuelle accident (à l'exception de celles définies à l'article 13.5), les pratiquants occasionnels non membres, et dont le but est de découvrir l'activité pratiquée à l'exclusion de toute compétition officielle, dans la limite de 3 jours par an.

Cette garantie peut être souscrite :

- par le groupement sportif pour les activités qu'il organise,
- ainsi que par ses organismes déconcentrés pour leurs propres activités, auquel cas il sera établi un contrat entre ledit organisme et la MDS.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES :

3.1. - Sont garanties :

- les activités sportives et/ou culturelles et/ou de loisirs du groupement définies aux conditions particulières,
- les activités des membres non pratiquants, notamment des dirigeants, en rapport avec l'objet du groupement,
- la participation à des activités inscrites au calendrier du groupement (compétitions locales, nationales ou internationales),
- les stages avec ou sans hébergement réservés aux seuls membres,
- les sorties des membres,

dès lors que ces activités sont organisées par le groupement et/ou ses organismes déconcentrés et qu'elles se déroulent dans les lieux d'installations appartenant ou mis à disposition de, ou agréés par le groupement et/ou ses organismes déconcentrés.

3.2. - Sont garanties également les activités extra sportives exercées à titre récréatif sous les réserves et conditions suivantes :

La participation à des manifestations festives à caractère privé telles que fêtes, bals, kermesses, repas, sorties **à l'exclusion cependant des conséquences de l'utilisation de véhicule terrestre à moteur**, et seulement dans le cas où ces activités sont organisées par le groupement et/ou ses organismes déconcentrés et que le nombre total de personnes présentes simultanément n'excède pas 500. **Il n'y a pas d'assurance si cette limite venait à être dépassée.**

Sont exclues :

- **toutes manifestations organisées à des fins commerciales (sont admises toutefois les manifestations payantes organisées de façon ponctuelle et procurant au groupement et/ou à ses organismes déconcentrés des recettes complémentaires non régulières),**
- **toutes manifestations organisées au profit d'une autre association ou de toute personne morale ou physique,**
- **les risques découlant de courses landaises et corridas.**

3.3 - Les membres pratiquants et non pratiquants sont également couverts au cours des déplacements nécessités par les activités visées ci-dessus.

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

La garantie s'exerce pour les dommages survenus en France, y compris les Départements et Territoire d'outre-mer et les Principautés d'Andorre et de Monaco.

Elle s'exerce également dans les autres pays du monde entier au cours d'un déplacement ou d'un séjour temporaire ne dépassant pas 90 jours, dès lors que le déplacement ou le séjour est organisé par le groupement et/ou ses organismes déconcentrés et dès lors que le pays d'accueil n'est pas en état de guerre ou en état d'instabilité politique notoire.

Article 5 : PRISE D'EFFET ET CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie est accordée dès l'obtention de la licence ou de la carte de membre ou son renouvellement. Elle cesse à la date de fin de validité de la licence ou de la carte de membre sous réserve de la non résiliation du présent contrat.

Les sportifs renouvelant leur licence ou leur carte bénéficient automatiquement de la garantie sous réserve que ce renouvellement intervienne au plus tard dans le premier trimestre de la nouvelle saison.

En cas d'accident, la preuve de l'adhésion résultera valablement :

- soit de la production de la copie de la licence ou de la carte de membre,
- soit de la présence de l'adhérent sur un relevé nominatif transmis à la M.D.S.

En cas de difficulté particulière d'application, la M.D.S. et le groupement sportif se concerteront par tous moyens en vue d'établir la réalité de l'adhésion.

Article 6: DECLARATION D'ACCIDENT - Obligations de l'assuré

Sauf cas de force majeure, tout accident doit être déclaré dans les 5 jours à l'aide d'un formulaire adressé à la M.D.S.

Pour faciliter et accélérer la connaissance des déclarations d'accident, la Mutuelle met à la disposition de ses adhérents un **NUMERO VERT (0.800.857.857)** utilisable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Ce service ne peut se substituer en matière de preuve à l'envoi d'une déclaration écrite de sinistre (selon les procédures normalement applicables), cette dernière restant en toute hypothèse obligatoire.

La non déclaration ou la déclaration passés les délais ci-dessus entraîne la déchéance de garantie dans la mesure où le retard, non imputable à un cas fortuit ou de force majeure, aura causé un préjudice aux assureurs.

L'assuré doit en outre :

- indiquer dans les plus brefs délais la date, la nature et les circonstances du sinistre, ses causes et ses conséquences, connues ou présumées, le montant approximatif des dommages,
- prendre immédiatement toutes les mesures nécessaires pour limiter l'importance du sinistre et sauvegarder les biens assurés. Lorsque les pertes ou dommages sont imputables à autrui, il doit également prendre toutes mesures nécessaires pour conserver à l'assureur le recours, et prêter son concours pour engager les poursuites nécessaires,
- en ce qui concerne les sinistres susceptibles d'engager une Responsabilité, indiquer les nom et adresse des responsables, personnes lésées et des témoins, transmettre dans le plus bref délai tous avis, lettres, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédure qui seraient adressés, remis ou signifiés, à lui-même ou à ses préposés.

Faute par l'assuré de remplir tout ou partie des obligations prévues ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, les assureurs peuvent réclamer une indemnité proportionnée au dommage qui leur aura été causé ; soit manquement à ces obligations, soit par l'obstacle fait par lui à leur action.

S'il fait sciemment de fausses déclarations sur la nature et les causes, circonstances ou conséquences d'un sinistre, il est déchu de tout droit à la garantie pour ce sinistre.

Article 7 : ASSURANCES CUMULATIVES

Si l'assuré souscrit auprès de plusieurs assureurs des contrats pour un même intérêt contre un même risque, il doit donner immédiatement à chaque assureur connaissance des autres assurances. **Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.** Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 8 : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1°/ en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2°/ en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans pour les garanties relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

La prescription peut être interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption ([Article 2244 du Code Civil] commandement ou saisie signifiés à celui que l'on veut empêcher de prescrire, citation en justice, même en référé, etc...)
- ainsi que dans les cas ci-après :
 - désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
 - envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception,
 - . par la Société à l'Assuré, en ce qui concerne le paiement de la cotisation,
 - . par l'Assuré à la Société, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 9 : MEDiateur

En cas de difficulté, l'assuré peut d'abord consulter son interlocuteur habituel, en principe, le responsable du groupement sportif ; si le désaccord persiste, il peut s'adresser à la M.D.S. Au cas où le litige n'a pu être résolu par ces voies, l'assuré peut demander les coordonnées du médiateur compétent, dont les conditions de saisine lui seront communiquées sur simple demande.

Article 10 : INFORMATIQUE ET LIBERTE

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion du présent contrat.

L'assuré peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de l'assureur, de ses mandataires et réassureurs ou du groupement sportif. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la M.D.S., à l'adresse de son siège social (loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978).

TITRE II

GARANTIES « INDIVIDUELLE ACCIDENT »

La Mutuelle des Sportifs, dans le respect des dispositions du Code de la Mutualité, garantit le règlement de prestations en cas de blessures, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès du fait d'un accident survenu pendant l'exercice des activités garanties telles que décrites à l'article 3 ci-dessus.

Article 11 : DEFINITIONS

Pour l'application des présentes garanties, il faut entendre par :

11.1. - Accident :

Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

11.2. - Invalidité Permanente Totale ou Partielle :

L'assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle s'il est privé définitivement de tout ou partie de ses capacités physiques ou intellectuelles.

Pour l'appréciation de cette invalidité, c'est le barème du concours médical qui sera utilisé (cf. article 11.3. ci-dessous) et il ne sera tenu compte que de l'invalidité fonctionnelle et en aucun cas de l'invalidité professionnelle.

Il ne sera pas tenu compte non plus des préjudices annexes (pretium doloris, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, etc.....).

11.3. - Barème du concours médical

Il s'agit du barème indicatif pour apprécier les déficits fonctionnels séquellaires utilisé en droit commun.

11.4. - Incapacité Temporaire Totale de Travail

L'assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail s'il se trouve dans l'impossibilité complète et temporaire d'exercer sa profession ou toute profession en rapport avec ses aptitudes professionnelles et rémunérations antérieures.

11.5. - Principe indemnitaire

Il est rappelé que conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 Décembre 1989, les remboursements ou les indemnités des frais de soins de santé occasionnés par un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

11.6. - Enfants à charge

Les enfants de l'assuré ou de son conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études et sont rattachés au foyer fiscal de l'assuré ou, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires d'un titre leur reconnaissant un taux d'invalidité au moins égal à 80 %.

11.7. - Subrogation

La M.D.S. est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident (ou à ses ayants droit) dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées par elle.

Article 12 : GARANTIES

12.1. - Frais de soins de santé des blessés

La Mutuelle des Sportifs rembourse les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, à concurrence de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et dans la limite des frais réels exposés, déduction faite des prestations versées par le Régime Obligatoire de Sécurité Sociale et tout régime éventuel de prévoyance complémentaire.

Elle rembourse également le forfait journalier hospitalier.

Seuls les prothèses dentaires, le bris de lunettes et les frais de transport font l'objet de remboursements spécifiques décrits aux articles 12.2, 12.3. et 12.4. ci-dessous.

Les assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier hospitalier.

La M.D.S. arrête ses remboursements à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré.

12.2. - Frais de prothèses dentaires

Les frais de prothèses dentaires font l'objet d'un remboursement forfaitaire dans la limite des frais réels restant à charge, à concurrence de **182,94 €** par dent, qu'il s'agisse d'une dent fracturée lors de l'accident ou d'une prothèse déjà existante nécessitant une réparation ou un remplacement du seul fait de l'accident.

12.3. - Bris de lunettes

Le bris accidentel de lunettes ou de lentilles fait l'objet d'un remboursement forfaitaire limité à **228,67 € pour les lunettes et 76,22 € par lentille** dans la limite des frais réels restant à charge et **s'il s'agit d'un accident de sport sur production d'un certificat médical précisant que l'assuré doit nécessairement porter ses lunettes ou ses lentilles pendant les activités sportives.**

12.4. - Frais de transport

Les frais de premier transport du lieu de l'accident à celui de l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins sont remboursés par la M.D.S. à concurrence des frais réels restant à charge.

Il en va de même pour le coût des transports pour se rendre aux soins prescrits par certificat médical, sous réserve d'une prise en charge préalable délivrée par la M.D.S.

12.5. - Indemnités complémentaires spécifiques

L'assuré bénéficie, sur justificatifs, d'indemnités complémentaires spécifiques à concurrence d'un montant global maximal de 1.524,49 € par accident, dans la limite des frais réels restant à charge et dans les limites précisées ci-dessous par type de dépense :

- les dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux, en complément du régime obligatoire de Sécurité Sociale et de tout régime de prévoyance complémentaire, à concurrence de 200 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale,
- les prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale **sous la réserve expresse qu'elles soient prescrites médicalement et qu'elles aient fait l'objet d'un contrat préalable de la M.D.S. dès lors que la dépense dépasse 91,47 € (cf. article 13.2. ci-dessous)**
- en cas d'hospitalisation, la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) et / ou le coût d'un parent accompagnant si le blessé a moins de 12 ans, à concurrence de 15,24 € par jour.
- les pertes de revenus : lorsque le blessé a été en incapacité temporaire totale de travail suite à un accident pendant plus de 30 jours consécutifs, la M.D.S. verse une indemnité à concurrence de 15,24 € par jour à compter du 31ème jour,

Les 30 premiers jours d'arrêt de travail ne sont pas indemnisés.

Cette garantie est réservée aux assurés pouvant justifier d'une activité rémunératrice régulière.

La perte de revenus s'apprécie après tout paiement d'indemnités journalières par le régime obligatoire de Sécurité Sociale et/ou par tout régime de prévoyance complémentaire (obligatoire ou facultatif de l'assuré).

- les frais de remise à niveau scolaire pour les enfants accidentés mineurs à concurrence de 15,24 € par jour et 762,25 € maximum.

12.6. - Capital Invalidité

En cas d'invalidité permanente, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est fixé à **30.489,80 €**. Ce capital est versé en totalité lorsque le taux d'invalidité est égal à 100 %.

Pour les taux d'invalidité inférieurs à 100 %, le capital effectivement dû est celui figurant au barème annexé au présent contrat (cf. Annexe page 17).

Ce barème sera appliqué en faisant abstraction du taux d'invalidité éventuellement préexistant dès lors que cette invalidité préexistante n'est pas la conséquence d'un accident pris en charge par la M.D.S. **Seule la majoration du taux d'invalidité imputable à l'accident garanti sera prise en compte. Pour l'application de cette disposition cette majoration de taux est substituée au taux dans le barème annexé susvisé.**

En revanche, dès lors qu'un assuré a déjà été indemnisé par la M.D.S. et qu'il fait l'objet d'une majoration de son taux d'invalidité déjà attribué, soit en cas d'accidents successifs, soit en cas d'aggravation de son état, le capital dû par la M.D.S. est égal à la différence entre le capital dû au titre du taux d'invalidité majoré et le capital déjà versé au titre du taux d'invalidité préexistant.

Le taux d'invalidité est fixé, d'après le barème du concours médical, dans les conditions prévues aux articles 11.2. et 11.3 ci-dessus.

12.7. - Option Rente d'Invalidité

En cas d'invalidité permanente totale ou partielle, l'adhérent peut demander la transformation de son capital en rente d'invalidité. Les conditions de la rente seront celles en vigueur au moment de l'option. La rente sera revalorisable annuellement par incorporation des produits financiers résultant des placements financiers.

12.8. - Capital Décès

En cas de décès, la M.D.S. garantit le versement d'un capital. Ce capital est de :

- **3.048,98 €** si l'assuré est un enfant mineur non émancipé,
- **9.146,94 €** si l'assuré est majeur ou mineur émancipé, ce capital de base étant majoré de 10 % par enfant à charge (article 11.6.)

En l'absence de stipulation expresse contraire de l'assuré, le capital décès est versé au conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales aux enfants nés ou à naître, à défaut au concubin notoire, à défaut aux héritiers légaux, à défaut au Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes.

Le paiement du capital décès met fin à l'adhésion.

12.9. – Extension optionnelle « Invités »

Les invités visés à l'article 2 peuvent bénéficier des garanties individuelle accident à l'**exclusion des garanties visées aux articles 12.4 et 12.5.**

En outre, les frais de premier transport du lieu de l'accident à celui de l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins sont remboursés à la M.D.S. à concurrence des frais réels restant à charge.

Cette garantie optionnelle peut être souscrite sous réserve du paiement d'une cotisation supplémentaire spécifique.

Article 13 : REGLEMENT DES PRESTATIONS : FORMALITES A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

13.1. - Règlement des frais de soins de santé, prothèses dentaires et bris de lunettes

Il appartient à l'assuré d'adresser à la M.D.S. ses bordereaux de remboursement du régime obligatoire et le cas échéant de tout régime complémentaire.

Les assurés de la M.D.S. non affiliés à un régime de prévoyance peuvent éviter, lorsqu'ils sont hospitalisés sur le territoire français, de faire l'avance du ticket modérateur et/ou du forfait journalier en lui faisant adresser par l'établissement hospitalier une demande de prise en charge rappelant les références du dossier concerné.

En cas d'hospitalisation à l'étranger, une avance de fonds peut être consentie dans les conditions visées à l'article 16.2. ci-dessous.

13.2. - Règlement des indemnités complémentaires spécifiques

- Pour les dépenses hors nomenclature non remboursées par la Sécurité Sociale, l'assuré doit, outre la prescription médicale, adresser un devis à la M.D.S. dès lors que la dépense dépasse 91,47 €.

Aucune dépense supérieure à 91,47 € ne sera remboursée sans entente préalable.

- Pour les pertes de revenus, la M.D.S. demandera tout justificatif utile, notamment relevés de la Sécurité Sociale, attestation de l'employeur, documents fiscaux, etc....

- Pour toutes les autres dépenses, la M.D.S. demandera tout justificatif utile.

13.3. - Formalités en cas d'invalidité

Dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans un délai de 90 jours, un certificat médical doit être transmis directement au médecin-conseil de la M.D.S. et doit préciser :

- le taux d'invalidité probable et la date de consolidation. Si l'assuré est affilié au régime général de la Sécurité Sociale (ou à un régime équivalent) classant son invalidité en 2ème ou 3ème catégorie au sens du Code de la Sécurité Sociale ;
- la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'adhérent ;
- la date de première constatation de l'affection.

La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire et de faire expertiser l'assuré par un médecin expert de son choix.

13.4 - Formalités en cas de décès de l'assuré

Les pièces suivantes doivent être adressées à la M.D.S. :

- un acte de décès de l'assuré,
- un certificat médical indiquant la cause du décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie, le cas échéant,
- une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance.

La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire.

Article 14 : EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties :

- **les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès,**
- **les suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide,**
- **les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active,**
- **les accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense,**
- **les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré,**
- **les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré,**
- **les accidents résultant des effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité.**

ANNEXE

**CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA M.D.S. AU TITRE DE L'ARTICLE 12.6
DU PRESENT CONTRAT**

TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX
100 %	30 489,80	50 %	7 622,45
99 %	30 184,91	49 %	7 470,00
98 %	29 880,01	48 %	7 317,55
97 %	29 575,11	47 %	7 165,10
96 %	29 270,21	46 %	7 012,65
95 %	28 965,31	45 %	6 860,21
94 %	28 660,42	44 %	6 707,76
93 %	28 355,52	43 %	6 555,31
92 %	28 050,62	42 %	6 402,86
91 %	27 745,72	41 %	6 250,41
90 %	27 440,82	40 %	6 097,96
89 %	27 135,93	39 %	5 945,51
88 %	26 831,03	38 %	5 793,06
87 %	26 526,13	37 %	5 640,61
86 %	26 221,23	36 %	5 488,16
85 %	25 916,33	35 %	5 335,72
84 %	25 611,43	34 %	5 183,27
83 %	25 306,54	33 %	2 012,33
82 %	25 001,64	32 %	1 951,35
81 %	24 696,74	31 %	1 890,37
80 %	24 391,84	30 %	1 829,39
79 %	24 086,94	29 %	1 768,41
78 %	23 782,05	28 %	1 707,43
77 %	23 477,15	27 %	1 646,45
76 %	23 172,25	26 %	1 585,47
75 %	22 867,35	25 %	1 524,49
74 %	22 562,45	24 %	1 463,51
73 %	22 257,56	23 %	1 402,53
72 %	21 952,66	22 %	1 341,55
71 %	21 647,76	21 %	1 280,57
70 %	21 342,86	20 %	1 219,59
69 %	21 037,96	19 %	1 158,61
68 %	20 733,07	18 %	1 097,63
67 %	20 428,17	17 %	1 036,65
66 %	20 123,27	16 %	975,67
65 %	19 818,37	15 %	914,69
64 %	19 513,47	14 %	853,71
63 %	19 208,58	13 %	792,73
62 %	18 903,68	12 %	731,76
61 %	18 598,78	11 %	670,78
60 %	18 293,88	10 %	609,80
59 %	8 994,49	9 %	548,82
58 %	8 842,04	8 %	487,84
57 %	8 689,59	7 %	426,86
56 %	8 537,14	6 %	365,88
55 %	8 384,70	5 %	304,90
54 %	8 232,25	4 %	243,92
53 %	8 079,80	3 %	182,94
52 %	7 927,35	2 %	121,96
51 %	7 774,90	1 %	60,98

TITRE III

GARANTIES « ASSISTANCE - RAPATRIEMENT »

**Souscrites par la M.D.S auprès de Mutuaide Assistance,
8-14 avenue des Frères Lumières
94366 Bry-sur-Marne
Entreprise régie par le Code des Assurances**

Mutuaide Assistance, société anonyme d'assurance régie par le Code des Assurances, assure les garanties « M.D.S. Assistance » proposées aux assurés victimes d'accident ou de maladie graves, dans le cadre des activités garanties telles que décrites à l'article 3 ci-dessus.

Article 15 : DEFINITIONS

Pour l'application des présentes garanties, il faut entendre par :

15.1 - Accident grave :

Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et lui interdisant tout déplacement par ses propres moyens.

15.2. - Maladie grave :

Une altération de santé constatée par une autorité médicale notoirement compétente interdisant de quitter la chambre et impliquant la cessation de toute activité professionnelle ou autre.

Article 16 : GARANTIES

16.1. - Rapatriement médical

En cas d'accident ou maladie graves d'un assuré, Mutuaide Assistance organise et prend en charge son transport jusqu'à son domicile ou jusqu'à l'hôpital le plus proche de son domicile, par le moyen le plus approprié.

La décision de rapatriement est prise par le médecin conseil de Mutuaide Assistance, après avis du médecin traitant, et éventuellement du médecin de famille.

Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter le choix du moyen de transport et du lieu d'hospitalisation dans lequel Mutuaide Assistance aura réservé, si nécessaire, une place.

Mutuaide Assistance se réserve le droit de réclamer à l'assuré ainsi rapatrié le montant du remboursement du titre de transport initial prévu éventuellement détenu et non utilisé du fait du rapatriement.

16.2. - Remboursement des frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger

Avant son départ, le bénéficiaire doit se munir du justificatif délivré par l'organisme social auquel il est affilié (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) pour un séjour dans un pays de l'Union Européenne.

A la suite d'accident ou de maladie graves de l'assuré survenu à l'étranger dans le cadre des activités garanties, Mutuaide Assistance rembourse la partie des frais médicaux qui n'a pas été prise en charge par les organismes sociaux et/ou tout organisme de prévoyance ou complémentaire de l'assuré à concurrence de **5.335,72 €**.

Franchise : Franchise relative de 15,24 € par dossier.

En cas de nécessité, Mutuaide Assistance pourra consentir une avance de fonds contre la remise d'un chèque de garantie ou d'une reconnaissance de dette. Cette avance est remboursable dans le mois qui suit le retour en France du bénéficiaire, à défaut le chèque de garantie est encaissé dans les 45 jours.

Exclusions particulières :

**Les frais médicaux en France
Les prothèses, appareillages
Les cures thermales, les rééducations.**

16.3. - Visite d'un proche

En cas d'hospitalisation pour une durée de plus de 10 jours d'un assuré en déplacement dans le cadre des activités garanties, si celui-ci est seul sur place et si les médecins ne préconisent pas de rapatriement immédiat, Mutuaide Assistance organise et prend en charge le déplacement aller/retour d'une personne désignée par l'assuré hospitalisé, et résidant en France métropolitaine, afin de se rendre à son chevet.

Les frais d'hébergement de cette personne ne sont pas pris en charge.

Aucune exigence de durée d'hospitalisation n'est demandée si le bénéficiaire hospitalisé est un enfant mineur.

16.4. - Retour anticipé uniquement depuis l'étranger

Mutuaide Assistance organise et prend en charge le retour prématuré de l'assuré en déplacement à l'étranger dans le cadre des activités garanties en cas de décès en France du conjoint (ou concubin), d'un ascendant au premier degré ou descendant au premier degré.

La prise en charge du retour anticipé de l'assuré s'effectue sur la base d'un titre de transport aller/retour pour regagner le domicile, ou le lieu des obsèques en France.

La mise à disposition du titre de transport est immédiate mais, il sera demandé au bénéficiaire du retour anticipé de fournir, dès que possible, une copie du certificat de décès ainsi que tout document utile permettant d'établir le degré de parenté.

16.5. - Rapatriement de corps

En cas de décès d'un assuré, Mutuaide Assistance organise et prend en charge le transport de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine.

Mutuaide Assistance participe à concurrence de 457.35 € aux frais de cercueil utilisé pour le transport du corps organisé par elle. Les frais de cérémonie et d'inhumation restent à la charge de la famille.

En cas de décès à l'étranger uniquement, si la présence d'un ayant droit est requise par les autorités locales pour effectuer les démarches nécessaires au rapatriement, Mutuaide Assistance met à sa disposition et prend en charge un titre de transport aller/retour.

16.6. - Frais de recherche et/ou de secours en mer, lac et rivière, sur terre, en montagne, ...

Prise en charge ou remboursement des frais de recherche et/ou de secours à concurrence de **30.000,00 €**.

Cette prestation s'applique aux frais de recherche et/ou de secours non pris en charge par les organismes publics de secours.

16.6.1 - Modalités d'application et procédure de déclaration :

Les assurés, ou toute personne agissant en leurs noms, doivent aviser Mutuaide Assistance immédiatement verbalement et, au plus tard, dans les 48 heures suivant l'intervention.

Sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, dans les 5 jours suivant la date de facture, les assurés, ou leurs ayants droit, doivent faire parvenir directement à Mutuaide Assistance :

- l'original de la (des) facture(s) acquittée(s) et faisant ressortir la date, les motifs et la nature de l'intervention,
- un certificat médical initial précisant la nature de l'atteinte corporelle grave, adressé sous pli confidentiel au Médecin Chef de Mutuaide Assistance,
- un certificat de décès ou un constat des autorités de police, suivant le cas.

16.6.2 - Remboursement :

Le remboursement des frais se fait exclusivement aux assurés ou à leurs ayants droit, à l'exclusion de toute autre personne physique ou morale.

Toute intervention et demande de remboursement non conforme à ces dispositions entraîne la déchéance de tout droit à remboursement.

16.6.3 - Exclusions :

- le saut à l'élastique,
- la pratique professionnelle de toutes activités sportives.

Article 17 : EXCLUSIONS GENERALES

- **DANS TOUS LES CAS LES PRESTATIONS QUI N'ONT PAS ETE DEMANDEES ET/OU QUI N'ONT PAS ETE ORGANISEES PAR MUTUAIDE ASSISTANCE OU EN CONTRAT AVEC ELLE.**
- **Tout déplacement excédant 90 jours consécutifs.**
- **Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas de poursuivre son voyage.**
- **Les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance.**
- **Les faits provoqués intentionnellement par le bénéficiaire ou résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide.**
- **Une infirmité préexistante.**
- **Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement.**
- **Les états de grossesse de plus de 6 mois (date présumée de conception) à moins d'une complication imprévisible.**
- **Les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées.**
- **Le suicide ou la tentative de suicide, une mutilation volontaire du bénéficiaire.**
- **Les dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré.**
- **Les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré.**

Article 18 : MISE EN OEUVRE DES GARANTIES

Mutuaide Assistance assure l'organisation des prestations et la couverture des garanties décrites ci-dessus 24 h sur 24 et 7 jours sur 7.

Ce service est accessible

Par téléphone	01.45.16.65.70 (International + 33.1.45.16.65.70)
Par fax	01.45.16.63.92 (International + 33.1.45.16.63.92)
Par télex	261.531

Mutuaide Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Mutuaide Assistance intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

Article 19 : CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

La responsabilité de Mutuaide Assistance ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

TITRE IV

CONDITIONS GENERALES D'APPLICATION DU PRESENT CONTRAT

Article 20 : DATE D'ECHEANCE, PRISE D'EFFET, DUREE ET RENOUELEMENT DU PRESENT CONTRAT

Les dates de prise d'effet et d'échéance du présent contrat collectif sont fixées aux Conditions Particulières.

Il est toutefois précisé que la date d'effet est fixée au plus tôt le lendemain à 0 heure du jour de réception par la M.D.S. de la demande de souscription du groupement sportif accompagnée du paiement de la provision visée à l'article 22 et de la cotisation due au titre de la garantie optionnelle si cette dernière a été souscrite.

Le présent contrat est souscrit pour une durée d'un an, avec tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une des deux parties par lettre recommandée avec Accusé de Réception deux mois au moins avant l'échéance annuelle.

Article 21 : COTISATIONS UNITAIRES ANNUELLES

21.1. - Cotisation Unitaire annuelle due par chaque membre

La cotisation unitaire ouvre droit aux prestations Individuelle Accident et Assistance-Rapatriement.

Son montant est fixé aux Conditions Particulières.

21.2. - Cotisation annuelle « Invités » (garantie optionnelle)

Cette cotisation représente le coût de la garantie « Invités » telle que définie à l'article 12.9, si cette garantie a été souscrite.

Cette cotisation varie en fonction de la taille du groupement (ou de l'organisme déconcentré) et des activités pratiquées.

La cotisation, y compris les frais et taxes, doivent être payés chaque année à la date d'échéance.

Article 22 : MANDAT D'ENCAISSEMENT DES COTISATIONS

Le groupement sportif percevra selon les procédures internes qu'il jugera sous sa responsabilité les mieux appropriées, les cotisations unitaires dues par chaque membre à la M.D.S.

Chaque membre doit avoir connaissance du coût exact de ses garanties, lequel doit être strictement identique au montant indiqué aux conditions particulières.

Le groupement sportif s'engage à adresser à la M.D.S. dès la souscription du présent contrat le montant total de la cotisation visée à l'article 21.2 ci-dessus (si la garantie optionnelle a été souscrite), ainsi que la provision à valoir sur les cotisations à venir.

Le groupement sportif s'engage par ailleurs à adresser à la M.D.S. tous les trois mois :

- soit un relevé nominatif des licenciés ou des membres ayant adhéré ou renouvelé leur adhésion dans les trois mois qui précèdent, accompagné des cotisations correspondantes,
- soit un relevé du nombre de licences ou de cartes de membres ayant été attribuées dans les trois mois qui précèdent accompagné des cotisations correspondantes.

Dans les deux cas, le relevé devra indiquer le mois de l'adhésion ou de son renouvellement.

Le choix du groupement sportif figure aux conditions particulières.

En cas de non paiement d'une cotisation, d'un complément ou fraction de cotisation, dans les DIX JOURS de son échéance, la M.D.S. adresse au groupement sportif une lettre recommandée de mise en demeure. Le contrat peut être alors suspendu pendant QUARANTE JOURS puis résilié DIX JOURS après l'expiration de ce délai de quarante jours.

Article 23 : EXTENSIONS DE GARANTIES

Lorsque le groupement sportif ou ses organismes déconcentrés organisent ponctuellement des activités autres que celles définies ci-dessus, des garanties individuelle-accident peuvent leur être proposées sur leur demande. La cotisation sera établie au cas par cas en fonction des activités pratiquées et du nombre de participants.

Article 24 : INFORMATION DES MEMBRES, DEVOIR DE CONSEIL

Le groupement sportif remet à chacun de ses membres, à l'occasion de la prise ou du renouvellement de leur adhésion, les conditions générales du contrat valant notice d'information ainsi que les statuts de la M.D.S.

Le groupement sportif présente également à ses membres les garanties complémentaires facultatives en Individuelle Accident et leur rappelle, conformément à la loi, leur intérêt à y souscrire.

Tous les documents d'information, édités par le groupement sportif, ayant trait à l'assurance des membres, doivent avoir reçu l'accord préalable de la M.D.S.