



GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

ACCORD COLLECTIF N° XXXXXXXX

FEDERATION FRANCAISE DE FLOORBALL
(25 rue Trébois - 92300 Levallois-Perret)



**GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT
ET 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 GENERAL

ARTICLE LIMINAIRE

Représentation des licenciés 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) Etendue géographique des garanties P. 6
- 5) Prise d'effet de la garantie P. 6
- 6) Déclaration d'accident – Obligation de l'assuré P. 7
- 7) Assurances cumulatives P. 7
- 8) Prescription P. 7
- 9) Réclamations / Médiateur P. 7
- 10) Informatique et Liberté P. 7

TITRE II - GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT P. 8

- 11) Définitions P. 9
- 12) Garanties P. 10
 - Modalités P. 10
 - Montants des garanties P. 11
- 13) Règlements des prestations – Formalités à remplir en cas d'accident P. 12
- 14) Exclusions P. 13

TITRE III - GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT P. 15

- 15) Définitions P. 16
- 16) Garanties P. 16
- 17) Exclusions générales P. 18
- 18) Mise en œuvre des garanties P. 18
- 19) Circonstances exceptionnelles P. 18

TITRE IV - CONDITIONS GENERALES D'APPLICATION P. 19

- 20) Prise d'effet, durée et renouvellement P. 20
- 21) Cotisations unitaires annuelles P. 20
- 22) Mandat d'encaissement des cotisations P. 20
- 23) Information des licenciés, devoir de conseil P. 20

ARTICLE LIMINAIRE

REPRESENTATION DES LICENCIES A L'ASSEMBLEE GENERALE DE LA MDS

Les licenciés de la Fédération Française de Floorball bénéficiant du présent Accord deviennent membres participants de la M.D.S.

Ils reçoivent gratuitement un exemplaire des statuts de la M.D.S., du règlement général et des annexes.

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 M.D.S. est organisée comme suit :

- la Fédération 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 de la Fédération et reconnaît comme légitime l'élection des délégués par les membres du comité directeur.

TITRE I

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1 : OBJET

Le présent Accord collectif a pour objet de mettre en œuvre un régime collectif de prévoyance et d'assistance destiné aux licenciés de la Fédération Française de Floorball, conformément aux dispositions du Code du Sport.

Article 2 : ASSURES :

- Tous les titulaires d'une licence en vigueur ou en cours d'établissement,
- Les dirigeants statutaires, administrateurs et membres du Bureau de la Fédération, dans l'exercice de leur fonction,
- Les préposés bénévoles dans l'exercice de leur fonction.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES :

Les garanties définies au présent Accord collectif s'appliquent aux dommages survenus au cours ou à l'occasion :

3.1 Des activités sportives ci-après :

- la pratique du Floorball,
- les activités physiques et sportives nécessaires à l'entraînement et à la préparation physique des licenciés,
- les activités des licenciés non pratiquants, notamment des dirigeants, en rapport avec l'objet de la Fédération,
- les stages avec ou sans hébergement réservés aux seuls licenciés,
- les sorties pour la pratique d'entraînement et d'activités physiques et sportives des licenciés,

dès lors que ces activités sont organisées par la Fédération ou ses organismes affiliés et qu'elles se déroulent dans les lieux d'installations sportives appartenant ou mis à disposition de, ou agréés par la Fédération ou ses organismes affiliés.

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

3.2 Des activités extra sportives :

Est garantie également la participation à des activités extra sportives exercées à titre récréatif sous les réserves et conditions suivantes :

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 au cours de ladite manifestation**), et seulement dans le cas où ces activités sont organisées par la Fédération ou ses organismes affiliés.

Sont exclues :

- **toutes manifestations organisées à des fins commerciales (sont admises toutefois les manifestations payantes organisées de façon ponctuelle et procurant au groupement sportif des recettes complémentaires non régulières),**
- **toutes manifestations organisées au profit d'une autre association ou de toute personne morale ou physique, SAUF dans le cadre du TELETHON ou autres actions humanitaires,**
- **les risques découlant de courses landaises et corridas.**

Sont également garanties les déplacements nécessités par les activités visées ci-dessus.

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

La garantie s'exerce dans les PAYS DU MONDE ENTIER.

Hors de France, y compris départements et territoires d'Outre-mer et les Principautés d'Andorre et de Monaco **lors d'un déplacement ou d'un séjour temporaire ne dépassant pas 90 jours.**

Le déplacement ou le séjour doit être organisé ou autorisé par la Fédération ou ses organismes affiliés et le pays d'accueil ne doit pas être en état de guerre ou en état d'instabilité politique notoire.

Article 5 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

Pour les sportifs prenant pour la première fois leur licence, la garantie est accordée dès le jour de l'envoi par le club de la demande de licence à la Fédération. Elle cesse à la date de fin de validité de la licence.

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

Pour les personnes prêtant bénévolement leur concours à l'encadrement ou à l'organisation des activités, la garantie prend effet uniquement durant leur bénévolat.

Article 6 - DECLARATION D'ACCIDENT - Obligation 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. et sur lequel sera clairement indiquée l'option de garantie choisie.

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 fausse 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 : RECLAMATIONS / MEDiateur

En cas de difficultés ou de réclamations relatives aux garanties prévues au présent Accord collectif, l'assuré peut écrire directement à :

MUTUELLE DES SPORTIFS – Service Réclamations – 2/4 rue Louis David – 75782 Paris Cedex 16 – Tel. 01.53.04.86.30 - Fax 01.53.04.86.10 - reclamations@grpmds.com

La Mutuelle des Sportifs s'engage à :

- accuser réception du courrier de réclamation de l'assuré dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables,
- le tenir informé du traitement de la réclamation par le service compétent,
- lui indiquer lorsque les délais sur lesquels il s'est engagé (1 mois maximum) ne peuvent être respectés.

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 de la Fédération. 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'incapacité temporaire totale de travail, 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 :

Par accident corporel, il faut comprendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

L'accident corporel se distingue ainsi de la maladie qui n'entre jamais dans le champ d'application du contrat, sauf si elle trouve son origine dans un accident corporel (toutefois, les maladies contagieuses ou parasitaires ne sont jamais garanties).

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. – Droit de contrôle et expertise

La M.D.S. se réserve le droit de contester les conclusions des certificats médicaux fournis par l'assuré.

Pour ce faire, les médecins délégués de la M.D.S. ont libre accès auprès de l'assuré pour procéder à tout contrôle ou toute expertise ; de son côté, l'assuré a la faculté de se faire assister, à ses frais, par un médecin.

Si l'assuré s'y refusait, il perdrait tout droit aux prestations pour l'accident en cause. En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de la M.D.S., il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné d'un commun accord par les parties.

A défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal compétent de Paris.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son arbitre ; ceux du tiers arbitre, le cas échéant, seront supportés pour moitié par les deux parties.

11.5. - 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.

11.6. - 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.

11.7. - 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 %.

11.8. - 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. MODALITES :

Les montants des garanties sont précisés au tableau ci-dessous (Article 12.2).

Pour la mise en œuvre de certaines d'entre elles, il convient de se reporter aux précisions et modalités ci-après exposées.

12.1.1. - Capital Décès :

En cas de décès, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant est indiqué au tableau ci-dessous (Article 12.2).

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 ou au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut aux héritiers légaux.

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

12.1.2. - Capital Invalidité :

En cas d'invalidité permanente, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est indiqué aux tableaux ci-dessous (Article 12.2 et annexe page 14).

Aucun capital n'est versé pour un taux d'invalidité inférieur ou égal à 5%.

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.

12.1.3. - Frais de soins de santé :

Les remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation (y compris les frais médicaux et d'hospitalisation non honorés avant leur départ par des pratiquants sportifs et dirigeants étrangers à l'occasion d'un séjour en France pour des rencontres internationales amicales ou officielles) s'effectuent à concurrence des frais réels exposés et dans la limite précisée au tableau ci-dessous (article 12.2), **après intervention de tout régime de prévoyance obligatoire ou complémentaire (Sécurité Sociale, Mutuelles et autres assurances ...)** dont l'assuré bénéficie.

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 (à l'exclusion du Capital Santé défini à l'article 12.2).

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

12.1.4. - Frais de premier transport :

Il s'agit des frais de transport du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins

12.2. MONTANTS DES GARANTIES :

GARANTIES	MONTANTS
<u>DECES</u> - Mineur non émancipé - Majeur ou mineur émancipé	6 100 € 20 000 € Majoration de 10% par enfant à charge dans la limite de 50% du capital garanti
<u>INVALIDITE PERMANENTE</u> (cf. tableau ci-après)	60 000 € (versé en totalité si IPP ≥ 66%)
<u>FRAIS DE PREMIER TRANSPORT</u>	100% des frais réels
<u>FRAIS DE SOINS DE SANTE</u> - Frais médicaux, pharmaceutiques et chirurgicaux - Forfait journalier hospitalier - Soins dentaires - Bris de lunettes - Perte de lentilles ou de verres - Prothèse auditive	200% base Sécurité Sociale (non assurés sociaux : 100% base SS) 100% (Frais réels) 200 € / dent 300 € / accident 100 € / verre ou lentille 800 €

GARANTIES	MONTANTS
CAPITAL SANTE (voir ci-dessous)	1 525 € / accident
<p>Au-delà des prestations définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « CAPITAL SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1 525 €.</p> <p>Ce capital santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.</p> <p>L'assuré pourra disposer de ce capital pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux, ➤ prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale, ➤ bris de lunettes et perte de lentilles durant les activités sportives, ➤ frais de prothèse dentaire, ➤ en cas d'hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> - la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) - si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet dans la limite de 0,25 € par km, ➤ frais de transport pour se rendre aux soins prescrits médicalement, dans la limite de 0,25 € par km, ➤ frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, dans la limite de 0,25 € par km, ➤ frais d'ostéopathie (ils devront être prescrits et pratiqués par un médecin praticien) ➤ et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien. 	

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

13.1. - Règlement des frais de soins divers

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

Les assurés de la M.D.S. non couverts par 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 ci-dessous après accord des Médecins de Mutuaide-Assistance.

13.2. - 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 MDS 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.

13.3 - Formalités en cas de décès de l'assuré

Les pièces suivantes doivent être adressées à la MDS :

- 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.

TAUX	CAPITAUX
100%	60 000 €
99%	60 000 €
98%	60 000 €
97%	60 000 €
96%	60 000 €
95%	60 000 €
94%	60 000 €
93%	60 000 €
92%	60 000 €
91%	60 000 €
90%	60 000 €
89%	60 000 €
88%	60 000 €
87%	60 000 €
86%	60 000 €
85%	60 000 €
84%	60 000 €
83%	60 000 €
82%	60 000 €
81%	60 000 €
80%	60 000 €
79%	60 000 €
78%	60 000 €
77%	60 000 €
76%	60 000 €
75%	60 000 €
74%	60 000 €
73%	60 000 €
72%	60 000 €
71%	60 000 €
70%	60 000 €
69%	60 000 €
68%	60 000 €
67%	60 000 €
66%	39 600 €
65%	39 000 €
64%	38 400 €
63%	37 800 €
62%	37 200 €
61%	36 600 €
60%	36 000 €
59%	17 700 €
58%	17 400 €
57%	17 100 €
56%	16 800 €
55%	16 500 €
54%	16 200 €
53%	15 900 €
52%	15 600 €
51%	15 300 €

TAUX	CAPITAUX
50%	15 000 €
49%	14 700 €
48%	14 400 €
47%	14 100 €
46%	13 800 €
45%	13 500 €
44%	13 200 €
43%	12 900 €
42%	12 600 €
41%	12 300 €
40%	12 000 €
39%	11 700 €
38%	11 400 €
37%	11 100 €
36%	10 800 €
35%	10 500 €
34%	10 200 €
33%	3 960 €
32%	3 840 €
31%	3 720 €
30%	3 600 €
29%	3 480 €
28%	3 360 €
27%	3 240 €
26%	3 120 €
25%	3 000 €
24%	2 880 €
23%	2 760 €
22%	2 640 €
21%	2 520 €
20%	2 400 €
19%	2 280 €
18%	2 160 €
17%	2 040 €
16%	1 920 €
15%	1 800 €
14%	1 680 €
13%	1 560 €
12%	1 440 €
11%	1 320 €
10%	1 200 €
9%	1 080 €
8%	960 €
7%	840 €
6%	720 €
5%	- €
4%	- €
3%	- €
2%	- €
1%	- €

TITRE III

GARANTIES «ASSISTANCE-RAPATRIEMENT»

**Souscrites par la M.D.S. auprès de Mutuaide Assistance,
8-14 avenue des Frères Lumière
94366 Bry-sur-Marne Cedex
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.

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 grave 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 €**.

Franchise : Franchise relative de 16 € 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 € T.T.C.** 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 €**.

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

Modalités d'application et procédure de déclaration :

L'assuré ou toute personne agissant en son nom, doit 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, l'assuré, ou ses ayants droits, doit 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.

Remboursement :

Le remboursement des frais se fait exclusivement à l'assuré ou à ses ayants droits, à l'exclusion de toute autre personne physique ou morale.

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

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 ACCORD 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 pendant la première année de garantie.
- 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 ACCORD COLLECTIF

Article 20 - PRISE D'EFFET, DUREE ET RENOUELEMENT

Le présent Accord collectif prend effet le **1^{er} juillet 2015**. Il est conclu pour une durée de quatre ans, avec tacite reconduction pour une nouvelle durée de quatre ans, sauf dénonciation par l'une des deux parties par lettre recommandée avec Accusé de Réception deux mois au moins avant l'échéance quadriennale.

Toutefois, chacune des parties conserve la faculté de dénoncer globalement la présente convention par anticipation, chaque année à la date d'échéance principale avec un préavis de deux mois, par lettre recommandée par accusé de réception adressée à l'autre partie.

Article 21 – COTISATIONS UNITAIRES ANNUELLES

La cotisation unitaire, tenant compte du coût des garanties Individuelle Accident et Assistance Rapatriement et des taxes en vigueur, est fixée à **2,41 € TTC par licencié**.

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 à la Fédération une lettre recommandée de mise en demeure. Le contrat peut être alors suspendu pendant TRENTE JOURS puis résilié DIX JOURS après l'expiration de ce délai de trente jours.

Article 22 : MANDAT D'ENCAISSEMENT DES COTISATIONS

La Fédération percevra, selon les procédures internes qu'elle jugera sous sa responsabilité les mieux appropriées, les cotisations unitaires dues par chaque licencié à la M.D.S.

Conformément à la législation applicable en milieu sportif, chaque licencié doit avoir connaissance du coût exact de ses garanties, lequel doit être strictement identique aux montants précisés à l'article 21 ci-dessus.

La Fédération s'engage à adresser à la M.D.S. au plus tard :

- le 1^{er} août, un premier acompte de 30 % sur la base de l'effectif de la saison précédente,
- le 1^{er} novembre, un deuxième acompte de 30 %,
- le 1^{er} février, un troisième acompte de 30%,
- le 1^{er} juin, un état total des licenciés ainsi que le solde des cotisations dues.

En cas de divergence avec les chiffres communiqués à d'autres organismes, tels que par exemple Ministère de la Santé et des Sports, la Fédération 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.

Article 23 : INFORMATION DES LICENCIES, DEVOIR DE CONSEIL

La Fédération remet à chacun de ses licenciés, à l'occasion de la prise ou du renouvellement de leur licence, les conditions générales du contrat valant notice d'information.

La Fédération présente également à ses licenciés 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 la Fédération, ayant trait à l'assurance des licenciés, doivent avoir reçu l'accord préalable de la M.D.S.

Fait à Paris le 27 avril 2015