

Accord collectif n° 133 N / FEDERATION FRANCAISE DU SPORT TRAVAILLISTE (FFST) Notice d'information Individuelle Accident & Assistance Rapatriement / Période du 1.10.2022 au 30.09.2023

Les personnes adhérant dans le cadre du présent accord collectif et bénéficiant des prestations qui y sont définies deviennent membres participants de la Mutuelle des Sportifs. Elles reçoivent gratuitement un exemplaire des statuts de la Mutuelle des Sportifs.

Conformément aux dispositions du Code de la Mutualité et en application des articles 10 à 14 des statuts de la Mutuelle des Sportifs, les membres participants au titre du présent Accord collectif sont représentés à l'assemblée générale de la Mutuelle des Sportifs par des délégués désignés, chaque année, par la FFST

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 FFST, conformément aux dispositions du Code du Sport.

Article 2 : ASSURES

2.1. - Licenciés et participants occasionnels :

- Les licenciés de la Fédération pratiquant les activités définies à l'article 3 ci-dessous, résidant en France Métropolitaine, Corse, dans les DOM-COM-POM-ROM ou dans les Principautés d'Andorre ou de Monaco.
- Les licenciés résidant hors de France Métropolitaine, Corse, DOM-COM-POM-ROM, 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 la Fédération ou de ses Ligues, Comités, Associations, Clubs ou organismes affiliés.
- Les non licenciés pratiquant occasionnellement les activités organisées par la Fédération ou ses organismes affiliés à titre de loisirs (hors compétition) pour une période maximum de 3 jours consécutifs ou non.

2.2. - Bénévoles :

Peuvent bénéficier des garanties Individuelle Accident (à l'exclusion de celles définies aux articles 12.1.4 et 12.1.5), les bénévoles non licenciés, dont le but est de prêter gratuitement leur concours à l'organisation des activités.

Ces garanties feront l'objet d'un contrat d'extension entre l'organisme souscripteur et la Mutuelle des Sportifs.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

3.1. - Activités sportives :

Toutes les activités sportives organisées par la FFST, ses Ligues, Comités, Associations, Clubs ou organismes affiliés sont assurées à l'exception des sports ou des activités suivantes :

- Sports aériens (hors souscription à une extension de garantie au titre de la pratique occasionnelle du parapente monoplace),
- Sports comportant l'usage de véhicules terrestres à moteur,

dès lors que ces activités sont organisées par la Fédération ou ses organismes affiliés agissant dans le cadre fédéral et qu'elles se déroulent dans les lieux d'installations sportives appartenant ou mis à disposition de, ou agréées par la Fédération, ses Ligues, Comités, Associations, Clubs ou organismes affiliés.

La FFST s'engage à communiquer la liste des activités proposées et approuvées par elle et à fournir à l'occasion de la mise à jour annuelle une répartition des licenciés par famille de sport.

3.2. - 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, et seulement dans le cas où ces activités sont organisées par la Fédération, ses Comités, Associations, Clubs ou organismes affiliés.

3.3. - Déplacements :

Les licenciés sont également couverts au cours des déplacements nécessités par les activités visées aux Articles 3.1 et 3.2 ci-dessus.

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

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

Hors de France, des DOM, COM, ROM, POM ou des Principautés d'Andorre ou de Monaco, lors d'un déplacement ou d'un séjour temporaire ne dépassant pas 90 jours.

Le déplacement ou le séjour doit être organisé par la Fédération ou ses Ligues, Comités, Associations, Clubs ou 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 règlement de la licence effectué auprès de 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 et son règlement interviennent au plus tard dans le premier trimestre de la nouvelle saison.

Article 6 - DÉCLARATION 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 de la présente convention 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 MDS à l'Assuré, en ce qui concerne le paiement de la cotisation /// par l'Assuré à la MDS, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 9: RECLAMATION / MÉDIATION

9.1. - Garanties Individuelle Accident :

En cas de désaccord sur l'application des garanties de la M.D.S., l'assuré peut présenter sa réclamation au Service Réclamations de la M.D.S. :

- par voie postale à : **MUTUELLE DES SPORTIFS – Service Réclamations – 2/4 rue Louis David – 75782 Paris Cedex 16**
- par messagerie électronique à : reclamations@grpmds.com
- par téléphone au : **01.53.04.86.30** (numéro non sur-taxé) ; dans ce dernier cas, une confirmation écrite du réclamant doit être adressée au Service Réclamations.

Le Service Réclamations s'engage à :

- accuser réception de la réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation écrite, sauf si la réponse est apportée dans ce délai,
- tenir le réclamant informé du déroulement du traitement de sa réclamation,
- traiter la réclamation dans le délai maximal de 2 mois à compter de la réception de la réclamation écrite.

Si le désaccord subsiste après examen de la réclamation, l'assuré a la faculté de saisir le Médiateur de la consommation auprès du Groupe MDS en formulant sa demande, par voie postale sous pli confidentiel à l'adresse suivante : Monsieur Philippe BORGAT (PhB expertise et conseil), Médiateur de la consommation auprès du Groupe M.D.S. – 6 rue Bouchardon – 75010 PARIS, ou par voie de dépôt en ligne d'une demande de médiation sur le site du Médiateur : <http://mediation.mutuelle-des-sportifs.com>.

Le Médiateur intervient selon les modalités et dans les limites définies dans la Charte de la Médiation de la consommation auprès du Groupe MDS, charte dont une copie est communiquée à l'assuré sur simple demande de sa part adressée au Service Réclamations. L'avis du Médiateur ne s'impose pas à l'assuré qui conserve la faculté de saisir le tribunal compétent afin de le faire statuer sur le litige qui l'oppose à la M.D.S..

9.2. - Garanties Assistance Rapatriement :

En cas de désaccord ou de mécontentement sur la mise en œuvre des garanties d'assistance du contrat, l'assuré peut le faire connaître à MUTUAIDE en appelant le 01.45.16.65.70 ou en écrivant à medica@mutuaide.fr.

Si la réponse qu'il obtient ne lui donne pas satisfaction, l'assuré peut adresser un courrier à : **MUTUAIDE - SERVICE QUALITE CLIENTS - 126 RUE DE LA PIAZZA - CS 20010 - 93196 NOISY LE GRAND CEDEX.**

MUTUAIDE s'engage à accuser réception du courrier de l'assuré dans un délai de 10 jours ouvrés. Il sera traité dans les 2 mois au plus.

Enfin, si à réception de la réponse, le désaccord persiste, l'assuré peut s'adresser au Médiateur de Groupama en écrivant au 5/7 rue du Centre 93199 Noisy-le-Grand, sans préjudice de votre droit de saisir éventuellement la justice.

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).

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 : DÉFINITIONS

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

11.1. - Accident :

Par accident corporel, il faut entendre toute mort subite (*) et toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

(*) La mort subite se définit comme une mort naturelle (non traumatique) d'un individu apparemment en bonne santé, survenant de manière soudaine et inattendue, l'intervalle entre les premiers symptômes alarmants et la mort n'excédant pas quelques minutes.

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 séquentiels utilisés 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. - MODALITES :

Les montants des garanties sont précisés au tableau ci-dessous (Article 12.2). Il convient également de se reporter aux précisions et modalités ci-après exposées.

12.1.1. - Frais de soins de santé

Les remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation s'effectuent à concurrence des frais réels exposés et dans la limite précisée au tableau ci-après (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.

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

12.1.2. - Frais de prothèses dentaires

Les frais de prothèses dentaires font l'objet d'un remboursement forfaitaire dans la limite des montants indiqués au tableau ci-après (Article 12.2), 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.

12.1.3. - Bris de lunettes ou de lentilles

Le bris accidentel de lunettes ou de lentilles durant les activités sportives, y compris le trajet, fait l'objet d'un remboursement forfaitaire à concurrence des montants indiqués au tableau ci-après (Article 12.2), 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.**

12.1.4. - 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. (dans la limite de 0,25 € par Km pour les participants occasionnels non licenciés).

12.1.5. - Indemnités Journalières soumises à conditions de revenus

Lorsque l'assuré blessé est incapable temporaire totale de travail à la suite d'un accident garanti, la MDS verse une indemnité dans la limite de la perte de revenus réelle (pertes de salaire) et du montant figurant au tableau ci-après (Article 12.2), sur présentation de justificatifs et sous déduction des indemnités versées par le(s) régime(s) de prévoyance et de celles attribuées au titre de la loi sur la mensualisation et de la convention collective applicable.

L'indemnité journalière est versée après expiration d'un délai de carence de 30 jours suivant l'accident, appelé période de franchise.

L'indemnité versée à l'assuré ne saurait être supérieure aux ressources dont il dispose en période d'activité, compte tenu également des éventuels versements effectués par le régime social obligatoire de base de l'assuré et de tout autre régime complémentaire.

L'indemnité cesse en tout état de cause d'être versée à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré.

12.1.6. - Capital Invalidité

En cas d'invalidité permanente immédiate, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est indiqué au tableau ci-après (Article 12.2).

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

Le 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.

12.1.7. - Capital Décès

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

12.2.— GARANTIES		LICENCIES	COMITE DIRECTEUR NATIONAL
DECES	- Mineur non émancipé - Majeur ou mineur émancipé	3.500 € 15.000 €	- 40.000 €
INVALIDITE PERMANENTE	(capital réductible en fonction du taux d'invalidité : voir tableaux en Annexe ci-après)	92.000 €	110.000 €
FRAIS DE TRANSPORT	- Frais de premier transport - Transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	Frais réels Frais réels (0,25 € par km pour les participants occasionnels non licenciés)	Frais réels Frais réels
FRAIS DE SOINS DE SANTE	Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation Forfait journalier hospitalier Soins dentaires Soins optiques	200% base Sécurité Sociale 100% (Frais réels) 200 € / dent 500 €	300% base Sécurité Sociale 100% (Frais réels) 200 € / dent 500 €

12.2.— GARANTIES	LICENCIES	COMITE DIRECTEUR NATIONAL
CAPITAL SANTE	2.000 € / accident	2.000 € / accident
<p>Au-delà des prestations définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « CAPITAL SANTE » à concurrence d'un montant global maximal de 2.000 € par accident.</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. 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, à concurrence de 200% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale ▶ Prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale ; ▶ 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 20 € par jour. ▶ 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 MDS verse une indemnité à concurrence de 20 € par jour à compter du 31^{ème} jour. Les 30 premiers jours d'arrêt de travail ne sont pas indemnisés. Cette garantie est réservée aux seuls assurés pouvant justifier d'une activité rémunératrice régulière. La perte de revenus s'apprécie après tout paiement d'indemnités journalières par le 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 20 € par jour et 800 € maximum. 		

Article 13 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS : FORMALITÉS A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

13.1. - Règlement des frais de soins de santé

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.
La M.D.S. se réserve le droit de demander tout justificatif utile, notamment relevés de la Sécurité Sociale, factures, etc...

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 16.3 ci-dessous.

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 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.

13.3 - 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.
- une attestation de dévolution successorale établie par le notaire chargé de la succession
- copie d'une pièce d'identité en cours de validité du ou des héritiers

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

GARANTIE « ASSISTANCE-RAPATRIEMENT » Souscrites par la M.D.S. au bénéfice de ses adhérents

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 survenu dans le cadre des activités garanties telles que décrites à l'article 3 ci-dessus.

Article 15 : DÉFINITIONS

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 grave 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 5.335,72 €.

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 € TTC** 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.

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/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 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/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 mail **medical@mutuaide.fr**

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

ANNEXE A : CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA MDS (Article 12.2)

TAUX	LICENCIES	COMITE DIRECTEUR NATIONAL	TAUX	LICENCIES	COMITE DIRECTEUR NATIONAL	TAUX	LICENCIES	COMITE DIRECTEUR NATIONAL	TAUX	LICENCIES	COMITE DIRECTEUR NATIONAL
100 %	92 000 €	110 000 €	75 %	69 000 €	82 500 €	50 %	23 000 €	27 500 €	25 %	4 600 €	5 500 €
99 %	91 080 €	108 900 €	74 %	68 080 €	81 400 €	49 %	22 540 €	26 950 €	24 %	4 416 €	5 280 €
98 %	90 160 €	107 800 €	73 %	67 160 €	80 300 €	48 %	22 080 €	26 400 €	23 %	4 232 €	5 060 €
97 %	89 240 €	106 700 €	72 %	66 240 €	79 200 €	47 %	21 620 €	25 850 €	22 %	4 048 €	4 840 €
96 %	88 320 €	105 600 €	71 %	65 320 €	78 100 €	46 %	21 160 €	25 300 €	21 %	3 864 €	4 620 €
95 %	87 400 €	104 500 €	70 %	64 400 €	77 000 €	45 %	20 700 €	24 750 €	20 %	3 680 €	4 400 €
94 %	86 480 €	103 400 €	69 %	63 480 €	75 900 €	44 %	20 240 €	24 200 €	19 %	3 496 €	4 180 €
93 %	85 560 €	102 300 €	68 %	62 560 €	74 800 €	43 %	19 780 €	23 650 €	18 %	3 312 €	3 960 €
92 %	84 640 €	101 200 €	67 %	61 640 €	73 700 €	42 %	19 320 €	23 100 €	17 %	3 128 €	3 740 €
91 %	83 720 €	100 100 €	66 %	60 720 €	72 600 €	41 %	18 860 €	22 550 €	16 %	2 944 €	3 520 €
90 %	82 800 €	99 000 €	65 %	59 800 €	71 500 €	40 %	18 400 €	22 000 €	15 %	2 760 €	3 300 €
89 %	81 880 €	97 900 €	64 %	58 880 €	70 400 €	39 %	17 940 €	21 450 €	14 %	2 576 €	3 080 €
88 %	80 960 €	96 800 €	63 %	57 960 €	69 300 €	38 %	17 480 €	20 900 €	13 %	2 392 €	2 860 €
87 %	80 040 €	95 700 €	62 %	57 040 €	68 200 €	37 %	17 020 €	20 350 €	12 %	2 208 €	2 640 €
86 %	79 120 €	94 600 €	61 %	56 120 €	67 100 €	36 %	16 560 €	19 800 €	11 %	2 024 €	2 420 €
85 %	78 200 €	93 500 €	60 %	55 200 €	66 000 €	35 %	16 100 €	19 250 €	10 %	1 840 €	2 200 €
84 %	77 280 €	92 400 €	59 %	54 280 €	64 900 €	34 %	15 640 €	18 700 €	9 %	1 656 €	1 980 €
83 %	76 360 €	91 300 €	58 %	53 360 €	63 800 €	33 %	15 180 €	18 150 €	8 %	1 472 €	1 760 €
82 %	75 440 €	90 200 €	57 %	52 440 €	62 700 €	32 %	14 720 €	17 600 €	7 %	1 288 €	1 540 €
81 %	74 520 €	89 100 €	56 %	51 520 €	61 600 €	31 %	14 260 €	17 050 €	6 %	1 104 €	1 320 €
80 %	73 600 €	88 000 €	55 %	50 600 €	60 500 €	30 %	13 800 €	16 500 €	5 %	920 €	1 100 €
79 %	72 680 €	86 900 €	54 %	49 680 €	59 400 €	29 %	13 340 €	15 950 €	4 %	736 €	880 €
78 %	71 760 €	85 800 €	53 %	48 760 €	58 300 €	28 %	12 880 €	15 400 €	3 %	552 €	660 €
77 %	70 840 €	84 700 €	52 %	47 840 €	57 200 €	27 %	12 420 €	14 850 €	2 %	368 €	440 €
76 %	69 920 €	83 600 €	51 %	46 920 €	56 100 €	26 %	11 960 €	14 300 €	1 %	184 €	220 €

Le licencié a la possibilité de renoncer à la garantie Individuelle Accident de base incluse dans sa licence et peut en demander son remboursement (0,999 € TTC) par lettre à la MDS 2/4 rue Louis David, 75782 PARIS Cedex 16.

ARTICLE 20. Le terme « **Donnée personnelle** », désigne toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable (ci-après dénommée « **personne concernée** »); est réputée être une « personne physique identifiable » une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

L'assuré reconnaît être informé que l'Assureur traite ses données à caractère personnel et de son côté, en tant que responsable de traitement, l'Assureur s'engage à collecter et à traiter toute Donnée personnelle en conformité avec la réglementation applicable en matière de Données personnelles et en particulier le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des Données personnelles et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ainsi que la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

20.1 – Obligations de l'Assureur

Dans le cadre du Contrat, l'Assureur est amené à traiter des Données personnelles de santé protégées par le secret professionnel tel que défini à l'article L.226-13 du Code pénal. A ce titre, l'Assureur garantit à la personne concernée le strict respect du secret médical entourant ses Données personnelles et s'engage à prendre les mesures nécessaires.

L'Assureur s'engage à ne pas transférer les Données personnelles hors de l'Union européenne. Dans le cas où, l'Assureur effectue un tel transfert, il s'engage à mettre en place des garanties appropriées, conformément à la réglementation applicable en matière de protection des Données personnelles et en particulier à mettre en place des clauses contractuelles types adoptées par la Commission européenne, ou des règles d'entreprises contraignantes ou *Binding Corporate Rules (BCR)*.

En tout état de cause, l'Assureur s'oblige à héberger les Données personnelles de santé dans un *Data Center* en France.

20.2 – Sécurité des Données personnelles

L'Assureur s'engage à assurer la sécurité de l'ensemble des Données personnelles traitées dans le cadre de la réalisation du présent Contrat notamment contre toute destruction accidentelle et/ou illicite, contre toute altération, perte, diffusion ou accès non autorisé et plus généralement, contre toute autre forme de traitement illicite et/ou non autorisé.

A cet effet, l'Assureur prend toutes les mesures de sécurité requises pour assurer un niveau de sécurité conforme à la réglementation applicable en matière de Données personnelles.

L'Assureur respecte la confidentialité des Données personnelles et fait respecter la confidentialité des Données personnelles par les membres de son personnel. Elle habilite les membres de son personnel susceptibles d'accéder aux Données personnelles et gère ces habilitations.

L'Assureur s'engage et se porte fort, pour les membres de son personnel, permanent ou non permanent, ainsi que pour ses éventuels sous-traitants, à prendre toute disposition nécessaire pour faire respecter les présentes obligations.

20.3 – Destinataire des données personnelles

Les destinataires des données personnelles sont, dans la limite de leurs attributions, les Services de l'Assureur en charge de la passation, gestion et exécution du Contrat d'assurance et des garanties, ses délégataires, mandataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Les données personnelles peuvent être transmises s'il y a lieu, aux organismes professionnels mais aussi à toute personne intervenant au contrat. Elles peuvent être transmises au souscripteur, et à toute personne habilitée au titre de Tiers Autorisés

20.4 – Durée de conservation

Les données personnelles collectées et traitées par l'Assureur sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution du contrat au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou de l'obligation légale. Ces données sont ensuite archivées conformément aux dispositions relatives à la prescription.

20.5 – Responsabilité

L'Assureur est responsable du traitement dont il assure la mise en œuvre. Il garantit le souscripteur contre toute réclamation d'une personne concernée résultant d'un manquement à la réglementation applicable en matière de Données personnelles qui lui causerait un préjudice.

20.6 – Gestion des incidents et violation de Données personnelles

L'Assureur s'engage à mettre en œuvre un processus de gestion des incidents de sécurité conformément à la réglementation applicable en matière de Données personnelles.

20.7 – Droit des personnes concernées

L'Assureur satisfait aux demandes d'exercice des droits des Personnes concernées dans un délai d'un mois conformément à la réglementation applicable en matière de Données personnelles. Il documente l'ensemble des demandes reçues et les réponses qui y ont été apportées.

L'assuré dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition des données traitées. Il peut également demander la limitation de l'utilisation de ses données personnelles quand elles ne sont plus nécessaires ou bien, de récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières étaient nécessaires au contrat ou quand il a consenti à l'utilisation de ses données.

L'assuré détient la possibilité de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles après sa mort, en ce qui concerne leurs conservations, effacements et communications.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de la Mutuelle Des Sportifs :

Par courriel : rpgd@mutuelle-des-sportifs.com

Par courrier : 2/4 rue Louis David, 75782 Paris Cedex 16

L'assuré qui n'obtiendrait pas satisfaction auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de l'Assureur, peut saisir la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).