



ATSCAF
ASSOCIATION TOURISTIQUE SPORTIVE ET CULTURELLE
DES ADMINISTRATIONS FINANCIERES

F E D E R A T I O N

2, rue Neuve Saint-Pierre
75004 PARIS

Numéro d'adhérent :

Je soussigné,
NOM Prénom du demandeur ou du représentant légal
déclare avoir :

- Reçu et pris connaissance des notices d'information (1) afférentes aux garanties de base attachées à ma carte d'adhérent ATSCAF et de leur coût,
- Reçu et pris connaissance du bulletin d'adhésion « SPORTMUT » (1) permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires à l'assurance « accidents corporels de base » auprès de la Mutuelle des Sportifs (1).

Garantie de base Individuelle Accident

- OUI**, je souhaite bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » comprise dans ma carte d'adhérent ATSCAF
- NON**, je renonce à bénéficier de la garantie « Individuelle Accident » et donc à toute couverture en cas d'accident corporel. (Coût remboursé en cas de refus : 1,12 € TTC).

Pour le remboursement, contacter directement la M.D.S :

Melle Nadia ESNABI : tél. 01 53 04 86 16 ou contact@mutuelle-des-sportifs.com

Garanties complémentaires « SPORTMUT »

- OUI**, je souhaite souscrire une option complémentaire. Dans ce cas, je m'engage à établir moi-même les formalités d'adhésion auprès de l'assureur, en remplissant le formulaire de souscription correspondant et en le retournant à la Mutuelle des Sportifs en joignant un chèque à l'ordre de celle-ci du montant de l'option choisie.

Coordonnées de la M.D.S : à l'attention de Melle Nadia ESNABI, 2/4 rue Louis David 75782 Paris Cedex 16

- NON**, je ne désire pas souscrire d'option complémentaire.

Fait à

Le

Signature (représentant légal pour les mineurs)

(1) Documents consultables et téléchargeables sur www.atscaf.fr

- notices d'information afférentes aux garanties de base attachées à ma carte d'adhérent ATSCAF,
- bulletin d'adhésion « SPORTMUT » permettant de souscrire personnellement des garanties complémentaires à l'assurance « accidents corporels de base » auprès de la Mutuelle des Sportifs.

SPORTMUT

CONTRAT COLLECTIF DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE RÉSERVÉ AUX MEMBRES DE LA M.D.S. BÉNÉFICIAIRE DE GARANTIES COLLECTIVES DE BASE

NOTICE D'INFORMATION

En adhérant à SPORTMUT vous pouvez bénéficier de garanties complémentaires en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique du ou des sports déclarés sur la demande d'adhésion :

UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :

Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'invalidité égale à 100%. Ce capital est réduit lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 100%. **Aucun capital n'est versé pour un taux d'invalidité inférieur ou égal à 5%.**

DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE :

Garantie ne pouvant être souscrite que si vous exercez une activité professionnelle rémunérée régulière.

Les indemnités vous sont versées mensuellement à terme échu, dans la limite de la perte de revenus réelle et du montant de garantie souscrit (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), après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise. **La période de franchise n'est pas indemnisée.** La durée d'indemnisation est de 365 ou de 1095 jours selon votre choix.

Quelle que soit la durée d'indemnisation choisie, l'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de votre état de santé.

Vous ne pouvez choisir un montant de garantie qui vous ferait bénéficier en arrêt de travail de ressources supérieures à celles dont vous disposez en période d'activité.

Un justificatif de revenus est exigé.

UN CAPITAL DÉCÈS : qui sera versé au bénéficiaire désigné.

FORMULES ENFANT :

Seules les formules marquées d'un astérisque (*) dans le tableau figurant au recto peuvent être souscrites pour les mineurs de moins de 12 ans. (le bulletin devant être revêtu de la signature des parents ou des représentants légaux). Pour les mineurs âgés de 12 à 18 ans, le bulletin devra être revêtu de la signature de ceux-ci, et de celle des parents ou des représentants légaux.

FORMULE + 65 ANS :

Seule la formule marquée de deux astérisques (**) dans le tableau figurant au recto peut être souscrite par les personnes âgées de plus de 65 ans.

MODALITÉS D'ADHÉSION

Des formules de garanties pré-tarifées vous sont proposées ci-dessous.

Si l'une de ces formules vous convient, vous pouvez remplir la demande d'adhésion et l'adresser à la M.D.S. accompagnée de votre règlement (*). A réception la M.D.S. vous adressera un certificat d'adhésion accompagné des conditions générales du contrat SPORTMUT. Vous disposerez alors d'un délai de 40 jours pendant lequel vous pourrez renoncer à votre adhésion. Passé ce délai votre adhésion deviendra définitive.

Si ces formules ne sont pas adaptées à vos souhaits, vous pouvez en choisir d'autres : il suffit de contacter la M.D.S.

(*) Les garanties prennent effet le lendemain de l'envoi à la M.D.S. de la demande d'adhésion accompagnée du règlement de l'option choisie.



GRUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

2 - 4, RUE LOUIS DAVID - 75782 PARIS CEDEX 16
TEL. : 01 53 04 86 86 - FAX : 01 53 04 86 87



NOTICE D'INFORMATION
AUX LICENCIES DE L'A.T.S.C.A.F.FEDERALE / SAISON 2011-2012

Extrait du contrat Responsabilité Civile n° 116 434 944 souscrit par la Mutuelle des Sportifs auprès de COVEA RISKS, présenté par MDS Conseil

GARANTIE RESPONSABILITE CIVILE

Article 1 - OBJET DE LA PRESENTE CONVENTION :

La présente convention a pour objet de définir les garanties de responsabilité civile et défense pénale-recours destinées aux adhérents de l'ATSCAF FEDERALE conformément aux dispositions du Code du Sport.

Article 2 - ASSURES :

- Les adhérents de l'ATSCAF FEDERALE pratiquant les activités définies à l'article 3, résidant en France Métropolitaine, en Corse, dans les DOM-TOM ou dans les Principautés d'Andorre ou Monaco,
- Les adhérents de l'ATSCAF FEDERALE résidant hors de France Métropolitaine, Corse, DOM-TOM, Andorre et Monaco ne sont assurés que si les activités visées à l'article 3 sont pratiquées dans les pays visés ci-dessus et/ou sous l'autorité de l'ATSCAF FEDERALE ou de ses associations affiliées.
- Les pratiquants occasionnels non adhérents ainsi que les parents ou personnes civilement responsables de leur fait, à l'exception des spectateurs qu'ils soient admis à titre gratuit ou payant,
- Les participants à une manifestation de promotion des activités garanties dans les conditions désignées dès lors que le nombre de participants, c'est-à-dire pratiquants sportifs et visiteurs, présents simultanément n'excède pas 1000. Il n'y a pas d'assurance si cette limite venait à être dépassée.

Article 3 - ACTIVITES GARANTIES:

3.1- Sont garantis :

- Les activités touristiques sportives et culturelles des adhérents de l'ATSCAF FEDERALE et de ses Associations Affiliées, qu'elles soient organisées et/ou contrôlées par les dites associations ou pratiquées à titre individuel. L'alpinisme, le canyoning et la spéléologie sont exclus lorsque les activités ne sont pas organisées par l'ATSCAF FEDERALE ou par ses associations affiliées.

Sont exclus les dommages résultant de la pratique des sports ou des activités suivantes: sports aériens, sports comportant l'usage de véhicules terrestres à moteur, utilisation d'embarcation d'une longueur supérieure à 5m50, ou équipée d'un moteur de plus de 10 CV ou pouvant transporter plus de 10 personnes, saut à l'élastique.

- Les déplacements nécessités par les activités ci-dessus mentionnées.

Article 4 - CONDITIONS INDIVIDUELLES D'ADHESION :

Conformément aux dispositions du Code du Sport, la garantie Responsabilité Civile est automatiquement acquise à chaque licencié, sans possibilité de renonciation individuelle.

Article 5 - ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES :

La garantie s'exerce pour les dommages survenus en France, y compris les Départements et Territoires 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 l'ATSCAF FEDERALE ou ses associations affiliées et dès lors que le pays d'accueil n'est pas en état de guerre ou en état d'instabilité politique notoire.

En ce qui concerne les sinistres survenus aux Etats-Unis d'Amérique et au Canada, il est convenu que SONT EXCLUS DE LA GARANTIE :

- LES DOMMAGES INTÉRÊTS PUNITIFS OU EXEMPLAIRES (PUNITIVE DAMAGES OU EXEMPLARY DAMAGES),
- LES DOMMAGES DE POLLUTION
- LES DOMMAGES IMMATERIELS NON CONSÉCUTIFS

Article 6 - PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE :

Pour les sportifs prenant pour la première fois leur carte d'adhésion, la garantie est accordée dès le jour de réception à 0 heure de la demande de la carte par l'ATSCAF FEDERALE. 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.

Article 7 - DEFINITIONS :

7.1 - Dommages :

7.1.1. - Dommages corporels :

Les conséquences pécuniaires d'atteintes physiques ou morales à la personne humaine.

7.1.2. - Dommages matériels :

Les conséquences pécuniaires de la détérioration, destruction ou perte d'une chose ou d'une substance, ainsi que toute atteinte physique à un animal.

7.1.3. Dommages immatériels :

Tous dommages autres que corporels ou matériels lorsqu'ils résultent de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien meuble ou immeuble, de la perte d'un bénéficiaire.

7.1.4. Dommages immatériels consécutifs :

Tout dommage immatériel tel que défini ci-dessus et consécutif à un dommage corporel ou matériel garanti.

7.1.5 Dommages immatériels non consécutifs :

Tout dommage immatériel qui ne résulte pas d'un dommage corporel ou matériel.

Tout dommage immatériel consécutif à un dommage corporel ou matériel non garanti par le présent contrat.

7.2. - Franchise :

Part du dommage indemnisable restant dans tous les cas à la charge de l'assuré et déduite de tout règlement de sinistre.

7.3 - Sinistre :

Tout dommage ou ensemble de dommages causés à autrui, engageant la responsabilité de l'assuré, résultant d'un fait dommageable et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations. Le fait dommageable est celui qui constitue la cause génératrice du dommage. Un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique est assimilé à un fait dommageable unique.

7.4 - Réclamation :

Mise en cause de la responsabilité de l'assuré, soit par lettre adressée à l'assuré ou à l'assureur, soit par assignation devant un tribunal civil ou administratif. Un même sinistre peut faire l'objet de plusieurs réclamations, soit d'une même victime, soit de plusieurs victimes.

7.5. Tiers :

7.5.1. Toute personne autre que l'assuré responsable du dommage.

7.5.2. Les différents assurés sont tous tiers entre eux sauf au regard des dommages immatériels non consécutifs.

Article 8 - EXTENSIONS PARTICULIERES DES GARANTIES :

En sus des assurés visés à l'article 2 ci-dessus, sont également garantis les parents ou personnes civilement responsables du fait d'assurés mineurs. Cette extension est accordée sans cotisation spécifique complémentaire.

Article 9 - EXCLUSIONS :

9-1 Les dommages causés par une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré.

9-2 Les dommages causés par la guerre étrangère (déclarée ou non) ou civile.

9-3 Les dommages ou l'aggravation des dommages causés par :

- Des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome
- Tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou par toute autre source de rayonnements ionisants et qui engage la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire.
- Par toute source de rayonnements ionisants (en particulier tout radioisotope) utilisée ou destinée à être utilisée hors d'une installation nucléaire et dont l'assuré, ou toute personne dont il réponde, a la propriété, la garde ou l'usage, ou dont il peut être tenu pour responsable du fait de sa conception, sa fabrication ou son conditionnement.

9-4 Les conséquences pécuniaires des dommages résultant d'émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme, sabotage ainsi que des accidents dus à des grèves ou lock-out de la personne morale assurée.

9-5 Les amendes quelle qu'en soit la nature.

9-6 Les dommages y compris le vol, causés aux biens dont l'assuré responsable du sinistre est propriétaire, locataire, dépositaire ou gardien.

9-7 Les dommages résultant de la pratique des sports ou des activités suivantes :

- sports aériens, sports comportant l'usage de véhicules terrestres à moteur, utilisation d'embarcation d'une longueur supérieure à 5 mètres 50, ou équipée d'un moteur de plus de 10 CV ou pouvant transporter plus de 10 personnes, saut à l'élastique.
- L'alpinisme, l'escalade, le canyoning, et la spéléologie sont exclus lorsque les activités ne sont pas organisées par l'ATSCAF FEDERALE ou par ses associations affiliées.

9-8 Les dommages causés par tous engins ou véhicules ferroviaires, aériens, spatiaux, maritimes, fluviaux.

9-9 Les dommages causés à l'occasion d'activités ayant fait l'objet de la souscription d'un contrat d'assurance en vertu d'obligation légale, par exemple l'utilisation de véhicules terrestres à moteur et leur remorque, les actes de chasse ou de destruction d'animaux malfaisants ou nuisibles.

9-10 Les conséquences pécuniaires des dommages résultant d'atteintes à l'environnement non accidentelles définie comme étant :

- l'émission, la dispersion, le rejet ou le dépôt de toute substance solide, liquide ou gazeuse diffusée par l'atmosphère, les eaux ou le sol,
- la production d'odeurs, bruits, vibrations, variations de températures, ondes, radiations ou rayonnements excédant la mesure des obligations ordinaires de voisinage lorsque sa manifestation est concomitante à l'événement soudain et imprévu qui l'a provoqué et ne se réalise pas de façon lente et progressive.

Article 10 - MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES :

Les garanties sont accordées dans la limite des sommes stipulées ci-dessous.

Par « année d'assurance », il faut entendre la période comprise entre deux échéances principales de cotisation.

Toutefois si la date de prise d'effet ne coïncide pas avec l'échéance principale, la première année d'assurance est la période comprise entre la date d'effet et celle de la première échéance principales.

Par ailleurs si l'assurance expire entre deux échéances principale, la dernière année d'assurance est la période comprise entre la date d'échéance principale et la date d'expiration.

Lorsque la limite est fixée :

par sinistre, la somme mentionnée constitue l'engagement maximum de la société pour l'ensemble des réclamations se rattachant à une même cause initiale, quel que soit le nombre des victimes et l'échelonnement dans le temps des règlements effectués,

par année d'assurance, la somme mentionnée constitue l'engagement maximum de la société pour l'ensemble des réclamations se rattachant aux sinistres imputables à une année d'assurance, quel que soit le nombre des victimes et l'échelonnement dans le temps des règlements effectués.

L'ensemble des règlements dus au titre d'un sinistre sera imputé à l'année d'assurance en cours de laquelle la première déclaration ou réclamation a été portée à la connaissance de l'assureur.

Ces montants ainsi fixés se réduisent et s'épuisent par tout paiement amiable ou judiciaire d'indemnité, sans reconstitution de la garantie prévue au titre d'un sinistre ou d'une année d'assurance.

Pour les sinistres survenus aux Etats-Unis d'Amérique ou au Canada, les frais de défense de l'assuré tels que les honoraires d'avocat ou d'expert, les frais de témoignage ou d'enquête, les frais judiciaires sont inclus dans les montants de la garantie.

RESPONSABILITE CIVILE :

Tous dommages confondus : 6.097.961 € par sinistre

Dommages matériels et immatériels consécutifs :
914.694 € par sinistre

Dommages immatériels non consécutifs :
152.450 € par année d'assurance (franchise 1 525 € par sinistre)

Article 11 - PERIODE DE VALIDITE DE LA GARANTIE :

La garantie s'applique aux réclamations formulées entre la date de prise d'effet de la présente convention et la fin du sixième mois suivant sa date d'expiration dans la mesure où elle se rattachent à des dommages survenus pendant la période d'effet de la garantie ou avant cette prise d'effet sous réserve qu'à cette date l'assuré n'en ait pas eu connaissance.

Article 12 - LIEU DU REGLEMENT :

Les indemnités pouvant être à la charge de l'assuré à l'Etranger lui seront uniquement réglées en France, à concurrence de leur contre-valeur officielle en Euros. La gestion de cette garantie est confiée à un service spécialisé «Recours et défense des assurés » constitué dans les conditions de l'art. L.322-2 al. 2 du Code des Assurances.

GARANTIE « RECOURS ET DEFENSE PENALE »

Article 13 : DEFINITION.

Tiers : Toute personne autre que l'assuré, étant précisé que les différents assurés sont tous tiers entre eux.

Article 14: SINISTRE GARANTI.

Le sinistre garanti est le litige ou le différend dont le fait générateur se situe pendant la période où l'assuré a la qualité d'adhérent à l'ATSCAF FEDERALE et pendant la durée du présent contrat.

Article 15: OBJET DE LA GARANTIE.

La société garantit à l'assuré la prise en charge des frais de procès intentés par lui ou contre lui devant les juridictions françaises.

Cette garantie n'exclut pas la recherche, chaque fois que possible, par l'assureur ou par un avocat, d'une solution amiable susceptible de donner satisfaction à l'assuré.

Article 16 : CE QUI EST GARANTI.

16.1 - Recours de l'assuré non responsable

L'assureur s'engage à réclamer, soit à l'amiable, soit devant toute juridiction, la réparation pécuniaire du préjudice subi par l'assuré qui engage la responsabilité totale d'un tiers et résulte :

- de dommages corporels survenus à l'occasion des activités garanties,
- de dommages matériels causés aux biens faisant l'objet du contrat sauf si ces dommages entrent dans le champ d'application d'une garantie non souscrite.

Si la responsabilité de l'assuré est engagée, la défense de ses intérêts est prise en charge par l'assureur dans le cadre de la garantie « Responsabilité Civile » (articles 7 à 12 inclus).

16.2 - Défense pénale

La société s'engage, en cas d'accident mettant en jeu la garantie « responsabilité civile » acquise à l'assuré, à assumer sa défense pénale devant les juridictions répressives ou les commissions administratives.

La garantie n'est toutefois pas acquise en cas de dommages intentionnellement causés par l'assuré ou avec sa complicité.

Article 17 : CHOIX DE L'AVOCAT (article L 127-3 du code des assurances)

Si une action en justice doit être exercée pour défendre les intérêts de l'assuré, celui-ci dispose du libre choix de l'avocat qui défendra son affaire et la Société lui en remboursera les honoraires. Toutefois, si l'avocat retenu n'est pas sur la liste que la Société propose, ce remboursement sera effectué dans la limite des honoraires habituellement versés aux avocats de la société pour une affaire du même type.

Si pour un même sinistre, une réclamation doit être formulée auprès d'un (des) tiers responsable (s), pour plusieurs assurés, la garantie s'exerce dans la limite des honoraires d'un seul avocat pour l'ensemble de ces Assurés.

L'Assuré dispose également du libre choix de l'avocat chaque fois que survient un conflit d'intérêt entre lui-même et la Société, en sa qualité d'assureur « Protection Juridique ».

Article 18 : MONTANT DE LA GARANTIE :

(15 245 € par dossier / seuil d'intervention : 255 €)

A l'occasion d'un sinistre garanti, l'assureur rembourse à l'assuré ou règle directement pour le compte de celui-ci les frais et honoraires des mandataires: avocats experts (y compris médecins et techniciens), avoués et auxiliaires de justice saisis avec notre accord préalable de l'assureur, à l'exclusion des honoraires de résultat.

L'assureur rembourse à l'Assuré dans la limite des montants et plafonds indiqués au barème prévu à la présente convention, les frais et honoraires de l'avocat ou tout autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur, sur présentation des sommes versées, accompagnées de la décision rendue ou du protocole de transaction signé par les parties au litige.

Article 19 : SUBROGATION

Les sommes attribuées à l'assuré au titre des dépens, des articles 700 du Nouveau Code de Procédure civile, 475-1 du Code de Procédure Pénale et L 8-1 du Code des Tribunaux Administratifs et des Cours Administratives d'Appel sont acquises à la Société.

Cependant, elles sont réparties entre l'assureur et l'assuré, au prorata de leurs dépenses respectives, lorsque des honoraires ou frais sont restés à la charge de l'assuré.

Article 20 : DESACCORD ENTRE L'ASSURE ET L'ASSUREUR

Conformément à l'article L 127-4 du Code des Assurances, en cas de désaccord sur l'opportunité de lancer, soutenir ou poursuivre une action judiciaire, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'un avocat désigné d'un commun accord entre les parties, ou à défaut par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés.

Cependant, le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé, peut en décider autrement s'il estime que l'assuré a usé de cette faculté dans des conditions abusives.

Si, en dehors du recours à l'arbitre, l'assuré passait outre à l'avis de l'assureur, celui-ci suspendrait sa garantie jusqu'à l'issue du procès, c'est à dire jusqu'à ce qu'une décision définitive, passée en force de chose jugée, mettant fin au litige ait été rendue.

Si l'assuré a engagé à ses frais une procédure juridictionnelle et obtient une décision plus favorable que celle qui lui avait été proposée par la Société ou par l'avocat mentionné ci-dessus, la Société l'indemniserait des frais exposés dans l'exercice de cette action dans la limite du montant de la garantie.

Article 21 : EXCLUSIONS

Indépendamment des exclusions prévues à l'article 9, l'assureur ne garantit pas :

- les sinistres consécutifs à l'état alcoolique de l'assuré, tel que défini dans le Code Pénal et à l'article L 1 du Code de la Route, sauf s'il est établi que le sinistre est sans relation avec cet état.
- le paiement des amendes et contraventions.
- les sinistres consécutifs à des désordres, malfaçons ou travaux mal exécutés affectant le patrimoine géré.



Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.
Mutuelle immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n° 422 801 910

Accord collectif n° 657 N Notice d'information Saison 2011 / 2012

Les adhérents de l'A.T.S.C.A.F. FEDERALE bénéficiant du présent Accord collectif deviennent membres participants de la M.D.S. Conformément aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et des articles 10 et 12 des statuts de la MDS, leur représentation à l'assemblée générale de la M.D.S. est organisée comme suit :

- l'ATSCAF FEDERALE 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 l' ATSCAF FEDERALE et reconnaît comme légitime l'élection des délégués par les membres du comité directeur.

DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT ET ASSISTANCE RAPATRIEMENT

Article 1 : OBJET

Le présent Accord collectif a pour objet de mettre en œuvre un régime collectif de prévoyance et d'assistance destiné aux adhérents de l'A.T.S.C.A.F. FEDERALE et de ses Associations Affiliées, conformément aux dispositions du Code du Sport.

Article 2 : ASSURES

2.1. - Licenciés :

Sont assurés :

- Les adhérents de l'A.T.S.C.A.F. FEDERALE et de ses Associations Affiliées pratiquant les activités définies à l'article 3 ci-dessous, résidant en France, en Corse, dans les DOM-TOM ou dans les Principautés d'Andorre ou de Monaco.
- Les adhérents de l'A.T.S.C.A.F. FEDERALE et de ses Associations Affiliées résidant hors de France Métropolitaine, DOM-TOM, 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 l'A.T.S.C.A.F. FEDERALE et de ses associations affiliées.

2.2. - Invités et Bénévoles :

- l'ensemble des non licenciés participant occasionnellement aux activités définies à l'article 3 ci-dessous,
- les bénévoles non licenciés prêtant gratuitement leur concours à l'organisation des activités du club.

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

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

3.1. - Sont garanties :

- Les activités touristiques sportives et culturelles des adhérents de l'A.T.S.C.A.F. FEDERALE et de ses Associations affiliées qu'elles soient organisées et/ou contrôlées par les dites associations ou pratiquées à titre individuel. **L'alpinisme, l'escalade, le canyoning et la spéléologie sont exclus lorsque les activités ne sont pas organisées par l'A.T.S.C.A.F. FEDERALE ou par ses Associations affiliées.**

- Sont exclus les dommages résultant de la pratique des sports ou des activités suivantes :
sports aériens, sports comportant l'usage de véhicules terrestres à moteur, utilisation d'embarcation d'une longueur supérieure à 5 mètres 50, ou équipée d'un moteur de plus de 10 CV ou pouvant transporter plus de 10 personnes, saut à l'élastique.

3.2.—Les adhérents de l'A.T.S.C.A.F. FEDERALE et de ses Associations affiliées sont notamment couverts au cours des déplacements nécessités par les activités visées ci-dessus.

Article 4 : CONDITIONS INDIVIDUELLES D'ADHESION

Les garanties Individuelle Accident et Assistance sont automatiquement acquises à chaque adhérent.

Par ailleurs, l'adhérent peut à titre volontaire et individuel demander à bénéficier de garanties complémentaires destinées à améliorer sa couverture en cas de dommages corporels

Article 5 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

La garantie s'exerce pour les dommages survenus en France, y compris les Départements et Territoires 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 l'A.T.S.C.A.F. FEDERALE et dès lors que le pays d'accueil n'est pas en état de guerre ou en état d'instabilité politique notoire.

Article 6 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE À L'ÉGARD DES ADHERENTS

Pour les sportifs prenant pour la première fois leur carte d'adhésion, la garantie est accordée dès le jour de réception à 0 heure de la demande de la carte par l'ATSCAF FEDERALE. Elle cesse à la date de fin de validité de la carte.

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

Article 7 - 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 8 : 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 9 : 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 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 10 : MÉDIATEUR

En cas de difficulté, l'assuré peut d'abord consulter son interlocuteur habituel, en principe, le responsable de son association ; si le désaccord persiste, il peut s'adresser à l'ATSCAF FEDERALE et en troisième ressort 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 11 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la présente convention.

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

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 12 : DÉFINITIONS

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

12.1. - **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.

12.2. - **Accident de sport :**

Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, pendant une rencontre sportive, une compétition ou une séance d'entraînement. Un accident survenant pendant un trajet ne peut en aucun cas être considéré comme un accident de sport.

12.3. - **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.....).

12.4. - **Barème du concours médical**

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

12.5. - **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.

12.6. - **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.

12.7. - **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 %.

12.8. - **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 13 : GARANTIES

13.1. - **Frais de soins de santé des blessés**

En ce qui concerne le remboursement des frais médicaux (y compris sur la pharmacie), chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, la M.D.S. intervient en complément du Régime Obligatoire de Sécurité Sociale et de tout régime éventuel de prévoyance complémentaire, à concurrence de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et dans la limite des frais réels exposés. 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 13.2, 13.3. et 13.4. 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.

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

13.2. - **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.

13.3. - **Bris de lunettes ou de lentilles**

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 uniquement s'il s'agit d'un accident de sport et sur production d'un certificat médical précisant que l'assuré doit nécessairement porter ses lunettes ou ses lentilles pendant les activités sportives.

13.4. - **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.

13.5. - **Indemnités complémentaires spécifiques en cas d'accident de sport**

L'assuré bénéficie, sur justificatifs, d'indemnités complémentaires spécifiques à concurrence d'un montant global maximal de 6.097,96 € par accident de sport et 1.524,49 € par accident autre que de sport, 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 (y compris sur la pharmacie) 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 accord préalable de la M.D.S. dès lors que la dépense dépasse 91,47 € (cf. article 14.2. 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 30,49 € 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 secours et de recherche en montagne à concurrence de 1.219,59 € par membre sinistré avec au delà d'une personne un complément de 304,90 € par membre accidenté ou secouru et sur production des factures acquittées.

- Les frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, sont remboursés dans la limite de 0,23 € par km.

- Frais d'ostéopathie : ils devront être prescrits et pratiqués par un médecin praticien.

13.6. - **Capital Invalidité**

En cas d'invalidité permanente, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est fixé à 45.734,71 € pour les membres victimes d'un accident autre qu'un accident de sport. Ce capital est porté à 152.449,02 € pour les adhérents victimes d'un accident de sport tel que défini à l'article 12.2. Ces capitaux sont versés 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 aux barèmes annexés à la présente convention (Annexes A et A bis).

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.

Le taux d'invalidité est fixé, d'après le barème du concours médical, dans les conditions prévues aux articles 12.3. et 12.4 ci-dessus.

13.7. - **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.

13.8. - **Capital Décès**

En cas de décès, la M.D.S. garantit le versement d'un capital de 9.146,94 € si l'assuré est victime d'un accident autre qu'un accident de sport. Ce capital est porté à 38.112,25 € si l'assuré est victime d'un accident de sport tel que défini à l'article 12.2.

Ces capitaux de base sont majorés de 10 % par enfant à charge (article 12.7.)

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.

13.9. - **Extensions optionnelles « Invités » et « Bénévoles »**

Les invités et bénévoles peuvent bénéficier des garanties individuelle accident à l'exclusion des garanties visées aux articles 13.4 et 13.5.

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 par 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 14 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS : FORMALITÉS A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

14.1. - **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 une caisse chirurgicale ou mutualiste, 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 17.2. ci-dessous.

14.2. - **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 €.

- 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.

14.3. - 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.

14.4. - 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 15 : 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
- Les dommages résultant de la pratique des sports ou des activités suivantes: sports aériens, sports comportant l'usage de véhicules terrestres à moteur, utilisation d'embarcation d'une longueur supérieure à 5mètres 50, ou équipée d'un moteur de plus de 10 CV ou pouvant transporter plus de 10 personnes, saut à l'élastique. L'alpinisme, l'escalade, le canyoning et la spéléologie sont exclus lorsque les activités ne sont pas organisées par l'A.T.S.C.A.F. FEDERALE ou par ses Associations affiliées.

Le licencié a la possibilité de renoncer à souscrire aux garanties Individuelle Accident et Assistance Rapatriement (d'un coût de 1,12 € TTC) et donc à toute couverture en cas d'accident corporel.

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

Article 16 : DÉFINITIONS

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

16.1. - 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.

16.2. - 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 17: GARANTIES

17.1. - 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.

17.2. - 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.

17.3. - 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.

17.4. - 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.

17.5. - 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.

17.6. - 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 18 - EXCLUSIONS GENERALES

- Le saut à l'élastique

- La pratique professionnelle de toutes activités sportives

- 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 19 - 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 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 20 - 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 climati-

**ANNEXE A CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA M.D.S. POUR LES ADHERENTS
VICTIMES D'UN ACCIDENT AUTRE QU'UN ACCIDENT DE SPORT**

TAUX	CAPITAUX
100%	45 734,71 €
99%	45 277,36 €
98%	44 820,01 €
97%	44 362,66 €
96%	43 905,32 €
95%	43 447,97 €
94%	42 990,62 €
93%	42 533,28 €
92%	42 075,93 €
91%	41 618,58 €
90%	41 161,23 €
89%	40 703,89 €
88%	40 246,54 €
87%	39 789,19 €
86%	39 331,85 €
85%	38 874,50 €
84%	38 417,15 €
83%	37 959,81 €
82%	37 502,46 €
81%	37 045,11 €
80%	36 587,76 €
79%	36 130,42€
78%	35 673,07€
77%	35 215,72 €
76%	34 758,38 €
75%	34 301,03 €
74%	33 843,68 €
73%	33 386,33 €
72%	32 928,99 €
71%	32 471,64 €
70%	32 014,29 €
69%	31 556,95 €
68%	31 099,60 €
67%	30 642,25 €
66%	30 184,91 €
65%	29 727,56 €
64%	29 270,21 €
63%	28 812,86 €
62%	28 355,52 €
61%	27 898,17 €
60%	27 440,82 €
59%	13 491,74 €
58%	13 263,06 €
57%	13 034,39 €
56%	12 805,72 €
55%	12 577,04 €
54%	12 348,37 €
53%	12 119,70 €
52%	11 891,02 €
51%	11 662,35 €

TAUX	CAPITAUX
50%	11 433,68 €
49%	11 205,00 €
48%	10 976,33 €
47%	10 747,66 €
46%	10 518,98 €
45%	10 290,31 €
44%	10 061,64 €
43%	9 832,96 €
42%	9 604,29 €
41%	9 375,61 €
40%	9 146,94 €
39%	8 918,27 €
38%	8 689,59 €
37%	8 460,92 €
36%	8 232,25 €
35%	8 003,57 €
34%	7 774,90 €
33%	3 018,49 €
32%	2 927,02 €
31%	2 835,55 €
30%	2 744,08 €
29%	2 652,61 €
28%	2 561,14 €
27%	2 469,67 €
26%	2 378,20 €
25%	2 286,74 €
24%	2 195,27 €
23%	2 103,80 €
22%	2 012,33 €
21%	1 920,86 €
20%	1 829,39 €
19%	1 737,92 €
18%	1 646,45 €
17%	1 554,98 €
16%	1 463,51 €
15%	1 372,04 €
14%	1 280,57 €
13%	1 189,10 €
12%	1 097,63 €
11%	1 006,16 €
10%	914,69 €
9%	823,22 €
8%	731,76 €
7%	640,29 €
6%	548,82 €
5%	457,35 €
4%	365,88 €
3%	274,41 €
2%	182,94 €
1%	91,47 €

**ANNEXE A BIS CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA M.D.S. POUR LES ADHERENTS
VICTIMES D'UN ACCIDENT DE SPORT**

TAUX	CAPITAUX
100%	152 449,02 €
99%	150 924,53 €
98%	149 400,04 €
97%	147 875,55 €
96%	146 351,06 €
95%	144 826,57 €
94%	143 302,08 €
93%	141 777,59 €
92%	140 253,10 €
91%	138 728,61 €
90%	137 204,12 €
89%	135 679,63 €
88%	134 155,14 €
87%	132 630,64 €
86%	131 106,15 €
85%	129 581,66 €
84%	128 057,17 €
83%	126 532,68 €
82%	125 008,19 €
81%	123 483,70 €
80%	121 959,21 €
79%	120 434,72 €
78%	118 910,23 €
77%	117 385,74 €
76%	115 861,25 €
75%	114 336,76 €
74%	112 812,27 €
73%	111 287,78 €
72%	109 763,29 €
71%	108 238,80 €
70%	106 714,31€
69%	105 189,82 €
68%	103 665,33 €
67%	102 140,84 €
66%	100 616,35 €
65%	99 091,86 €
64%	97 567,37 €
63%	96 042,88 €
62%	94 518,39 €
61%	92 993,90 €
60%	91 469,41 €
59%	44 972,46 €
58%	44 210,21 €
57%	43 447,97 €
56%	42 685,72 €
55%	41 923,48 €
54%	41 161,23 €
53%	40 398,99 €
52%	39 636,74 €
51%	38 874,50 €

TAUX	CAPITAUX
50%	38 112,25 €
49%	37 350,01 €
48%	36 587,76€
47%	35 825,52 €
46%	35 063,27 €
45%	34 301,03€
44%	33 538,78 €
43%	32 776,54 €
42%	32 014,29 €
41%	31 252,05€
40%	30 489,80 €
39%	29 727,56 €
38%	28 965,31 €
37%	28 203,07 €
36%	27 440,82€
35%	26 678,58 €
34%	25 916,33 €
33%	10 061,64 €
32%	9 756,74 €
31%	9 451,84 €
30%	9 146,94 €
29%	8 842,04€
28%	8 537,14 €
27%	8 232,25 €
26%	7 927,35 €
25%	7 622,45 €
24%	7 317,55 €
23%	7 012,65 €
22%	6 707,76 €
21%	6 402,86 €
20%	6 097,96 €
19%	5 793,06 €
18%	5 488,16 €
17%	5 183,27€
16%	4 878,37 €
15%	4 573,47€
14%	4 268,57 €
13%	3 963,67 €
12%	3 658,78 €
11%	3 353,88 €
10%	3 048,98€
9%	2 744,08€
8%	2 439,18 €
7%	2 134,29 €
6%	1 829,39 €
5%	1 524,49 €
4%	1 219,59 €
3%	914,69 €
2%	609,80€
1%	304,90 €