



## 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 le 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 pré-existant dès lors que cette invalidité pré-existante 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 pré-existant.

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 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 €