



FEDERATION FRANCAISE D'HALTEROPHILIE, MUSCULATION, FORCE ATHLETIQUE ET CULTURISME (FFHMFAC)

Accord collectif n° 1958 souscrit auprès de la MUTUELLE DES SPORTIFS

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
2/4, rue Louis David - 75782 PARIS Cedex 16 - ☎ 01 53 04 86 16 - 📠 01 53 04 86 87

Notice d'information Individuelle Accident et Assistance Rapatriement

Les licenciés de la Fédération 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 :

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

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 licenciés de la Fédération souscriptrice, conformément aux dispositions du Code du Sport.

Article 2 : ASSURES

- **Tous les titulaires d'une licence en vigueur ou en cours d'établissement,**
- **Tout le personnel de la Fédération, y compris les dirigeants,**
- **Les préposés bénévoles** dans l'exercice de leur fonction,
- Les athlètes et dirigeants étrangers présents sur le territoire français à l'invitation d'une instance dirigeante de la FFHMFAC ou de ses organismes affiliés ou bien pour un stage ou une compétition.
(sous réserve d'une déclaration préalable à la Mutuelle des Sportifs avant le déroulement de la manifestation, avec indication de la durée du séjour et du nombre de participants étrangers).

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

L'Assuré, tel que défini à l'Article 2, déclare :

- **Pratiquer l'Haltérophilie, la Musculation, la Force Athlétique, le Culturisme et l'enseignement de ces disciplines comprenant la participation :**
 - à des compétitions, officielles ou non, et leurs essais ou entraînements préparatoires sous réserve que les séances se déroulent sous le contrôle, ou la surveillance ou avec l'autorisation de la FFHMFAC ou toute autre personne mandatée par elle ;
 - aux séances d'entraînements sur les lieux d'installations sportives appartenant ou mis à la disposition de la Fédération, de ses Organismes Régionaux et Départementaux, des Clubs et des Associations affiliés ou hors de ces lieux, mais dans ce dernier cas, sous réserve que ces séances se déroulent sous le contrôle ou la surveillance ou avec l'autorisation de la FFHMFAC ou toute autre personne mandatée par elle ;
 - à toutes épreuves organisées notamment dans le cadre du Téléthon ou autres actions à but humanitaire ;
 - à la remise des coupes, des prix afférents aux compétitions, qu'elles soient réalisées à la clôture de la compétition ou en différé,
 - à des actions de promotion et/ou propagande, notamment démonstrations, exhibitions, défilés, soirées de gala, organisées par la FFHMFAC, ou toute autre personne mandatée par lui,
 - à des stages d'initiation, ou de perfectionnement organisés ou agréés par la FFHMFAC, ou toute autre personne mandatée par elle, quel que soit le sport ou l'activité pratiqué,
 - à l'hébergement des hôtes et invités de la FFHMFAC aux compétitions et/ou stages d'initiations et de perfectionnement.
- **Exercer d'autres activités dans le cadre fédéral, même si celles-ci ne relèvent pas directement du domaine sportif et notamment :**
 - toutes réunions en tous lieux, y compris à l'étranger, organisées par la FFHMFAC, ses Organismes Régionaux et Départementaux, ses Clubs et ses Associations affiliés, ou toutes autres organisations auxquelles la FFHMFAC doit être affiliée comme notamment la Fédération Internationale,
 - les manifestations culturelles, récréatives, amicales, bals, voyages, banquets, sorties,
 - se déplacer en tous lieux et en revenir par tous modes dans le cadre des activités énoncées ci-dessus,
 - toutes actions administratives, logistiques, informatiques et autres.

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

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

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

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

Article 5 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

Les garanties sont automatiquement acquises à tout adhérent d'une association affiliée à la FFHMFAC titulaire d'une licence en vigueur ou en cours d'établissement, sans déclaration préalable à la MDS.

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

Article 6 : DÉCLARATION D'ACCIDENT - Obligation de l'assuré

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

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 7 : ASSURANCES CUMULATIVES

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

Article 8 : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de la présente convention sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

La prescription peut être interrompue par :

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

Article 9 : MÉDIATEUR

En cas de difficulté, l'assuré peut d'abord consulter son interlocuteur habituel, en principe, le responsable de son club ; si le désaccord persiste, il peut s'adresser à la Fédération 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 10 : 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 la Fédération. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la M.D.S., à l'adresse de son siège social (loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978).

GARANTIES « INDIVIDUELLE ACCIDENT »

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

Article 11 : DÉFINITIONS

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

11.1. – Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, telle qu'un choc, une électrocution, l'hydrocution, la noyade ou autre.

Les morts subites dont les causes restent ignorées et intervenant au cours de la pratique de l'activité, donne lieu au versement du capital décès. La mort subite est définie comme un accident de nature tout à fait imprévisible, qui doit se manifester pour la première fois, alors que l'assuré n'a jamais eu la moindre alerte de ce type auparavant, ou n'a jamais eu la nécessité ou le besoin médical de se faire soigner préalablement pour ce type d'affection, et qui doit être indépendant de l'état de santé de l'assuré.

11.2. – Invalidité permanente totale ou partielle :

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

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

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

11.3. - Barème du concours médical

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

11.4. – Droit de contrôle et expertise

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

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

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

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

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

11.5. - Incapacité Temporaire Totale de Travail

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

11.6. - Principe indemnitaire

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

remboursements de toute nature auxquels il a droit.

11.7. - Enfants à charge

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

Article 12 : GARANTIES

12.1. MODALITES :

Les montants des garanties sont précisés au tableau ci-dessous.

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

➤ Capital Décès :

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

Toute mort subite intervenant au cours des activités garanties est assimilée à un accident et donne lieu au versement d'une indemnité décès.

En l'absence de stipulation expresse contraire de l'assuré, le capital décès est versé au conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales aux enfants nés ou à naître, à défaut au concubin notoire ou au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut aux héritiers légaux.

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

➤ Capital Invalidité :

En cas d'invalidité permanente, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est indiqué aux tableaux ci-dessous.

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

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

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

➤ Frais de soins de santé :

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

Les assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier (à l'exclusion du Capital Santé défini à l'article 12.2).

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

➤ Frais de premier transport :

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

➤ Frais de remise à niveau scolaire ou universitaire :

Pour le licencié victime d'un accident entraînant une interruption de sa scolarité ou de ses études constatée médicalement, il sera versé une indemnité de soutien scolaire ou universitaire. Un certificat de l'établissement fréquenté précisant que la nécessité de la remise à niveau est bien la conséquence des absences ou des troubles divers liés à l'accident sera exigé.

➤ Indemnités journalières :

Lorsque l'assuré a été en incapacité temporaire totale de travail suite à un accident, la M.D.S. verse une indemnité à concurrence du montant indiqué au tableau ci-après :

- dans la limite de la perte de revenus réelle (pertes de salaire, prime et autre manque à gagner), sur présentation de justificatifs et sous déduction des indemnités versées par le(s) régime(s) de prévoyance et de celles attribuées au titre de la loi sur la mensualisation et de la convention collective applicable,
- après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise, fixée à 30 jours (3 jours en cas d'hospitalisation), étant précisé que les soins ambulatoires ne sauraient être assimilés à une hospitalisation,
- pendant au maximum 365 jours.

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

12.2. MONTANTS DES GARANTIES :

GARANTIES	LICENCIES	DIRIGEANTS (*), ATHELETES DE HAUT NIVEAU(*), MEMBRES DES EQUIPES DE FRANCE
DECES (**) - Moins de 16 ans - 16 ans et plus	8 000 € 25 000 €	8 000 € 38 000 €
INVALIDITE PERMANENTE (**) (cf. tableaux ci-après)	80 000 € (versé en totalité si IPP ≥ 60%)	110 000 € (versé en totalité si IPP ≥ 60%)
FRAIS DE PREMIER TRANSPORT (**)	100% des frais réels	100% des frais réels
FRAIS DE SOINS DE SANTE (**) Frais pharmaceutiques Frais chirurgicaux et médicaux Forfait journalier hospitalier Forfait dentaire Forfait optique	200% base Sécurité Sociale 200% base Sécurité Sociale 100% (Frais réels) 300 € / dent 300 € / accident	200% base Sécurité Sociale 200% base Sécurité Sociale 100% (Frais réels) 600 € / dent 600 € / accident
REMISE A NIVEAU SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE	30 € par heure de soutien scolaire ou universitaire (maximum 180 h)	40 € par heure de soutien scolaire ou universitaire (maximum 300 h)
INDEMNITES JOURNALIERES (soumises à conditions de revenus)		30 € par jour (maximum 365 jours) Franchise : 30 jours (ramenée à 4 jours si hospitalisation)
CAPITAL SANTE (voir dispositions ci-dessous)	1 525 € / accident	2 000 € / accident

Au-delà des prestations définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « **CAPITAL SANTE** » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1 525 € ou 2 000 € selon la qualité de l'assuré.

Ce capital santé est disponible en totalité à chaque accident.

S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.

L'assuré pourra disposer de ce capital pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :

- dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux,
- prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,
- bris de lunettes et perte de lentilles durant les activités sportives,
- frais de prothèse dentaire,
- en cas d'hospitalisation :
 - la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte)
 - si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet dans la limite de 0,25 € par km,
- frais de transport pour se rendre aux soins prescrits médicalement, dans la limite de 0,25 € par km,
- frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, dans la limite de 0,25 € par km,
- frais de séjour médicalement prescrits en centre de rééducation traumatologique sportive,
- frais d'ostéopathie (ils devront être prescrits et pratiqués par un médecin praticien)

et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.

(*) On entend par Dirigeant :

- toutes les personnes membres de la FFHMFAC élues ou non, appelées à participer à la réalisation de l'objet social,
- les présidents, trésoriers généraux et secrétaires généraux des groupements sportifs affiliés,
- les cadres techniques placés auprès de la FFHMFAC et de ses organismes déconcentrés,
- les arbitres et juges sportifs.

(*) On entend par Athlète de haut niveau :

toutes les personnes licenciées à la FFHMFAC et régulièrement inscrites sur les listes des athlètes de haut niveau publiées par le Ministère de la Jeunesse et des Sports.

() Seules garanties bénéficiant aux participants étrangers.**

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

13.1. - Règlement des frais de soins divers

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

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

13.2. - Formalités en cas d'invalidité

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

- le taux d'invalidité probable et la date de consolidation. Si l'assuré est affilié au régime général de la Sécurité Sociale (ou à un régime équivalent) classant son invalidité en 2ème ou 3ème catégorie au sens du Code de la Sécurité Sociale ;

- la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'adhérent ;
- la date de première constatation de l'affection.

La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire et de faire expertiser l'assuré par un médecin expert de son choix. La reconnaissance de l'invalidité permanente suite à un accident survenu à l'étranger ne peut avoir qu'après le retour de l'assuré en France.

13.3 - Formalités en cas de décès de l'assuré

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

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

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

Article 14 : EXCLUSIONS

- 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, dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité,
- dans le cadre des sports annexes et connexes ainsi que dans les stages, les sports à risques suivants : boxe, catch, spéléologie, chasse et plongée sous-marine, motonautisme, yachting à plus de 5 milles des côtes, sports aériens, alpinisme, varappe, hockey sur glace, bobsleigh, skeleton, saut à ski.

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

Article 15 : DÉFINITIONS

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

15.1 - Accident grave :

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

15.2 - Maladie grave :

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

Article 16: GARANTIES

16.1. - Rapatriement médical

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

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

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

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

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

Avant son départ, le bénéficiaire doit se munir d'un 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 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 5.340 €

Franchise : Franchise relative de 16 € par dossier.

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

Exclusions particulières :

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

16.3. - Visite d'un proche

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

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

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

16.4. - Retour anticipé uniquement depuis l'étranger

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

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

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

16.5. - Rapatriement de corps

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

Mutuaide Assistance participe à concurrence de 460 € TTC aux frais de cercueil utilisé pour le transport du corps organisé par elle. Les frais de cérémonie et d'inhumation restent à la charge de la famille.

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

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

Prise en charge ou remboursement des frais de recherche et/ou de secours à concurrence de 30 000 €.

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

Modalités d'application et procédure de déclaration :

L'assuré ou toute personne agissant en son nom, doit aviser Mutuaide Assistance immédiatement verbalement et, au plus tard, dans les 48 heures suivant l'intervention.

Sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, dans les 5 jours suivant la date de facture, l'assuré, ou ses ayants droits, doit faire parvenir directement à Mutuaide Assistance :

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

Remboursement :

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

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

Exclusions :

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

Article 17 - EXCLUSIONS GENERALES

- DANS TOUS LES CAS LES PRESTATIONS QUI N'ONT PAS ETE DEMANDEES ET/OU QUI N'ONT PAS ETE ORGANISEES PAR MUTUAIDE ASSISTANCE OU EN ACCORD AVEC ELLE.
- Tout déplacement excédant 90 jours consécutifs
- Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas de poursuivre son voyage
- Les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance.
- Les faits provoqués intentionnellement par le bénéficiaire ou résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide pendant la première année de garantie.
- Une infirmité préexistante.
- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement.
- Les états de grossesse de plus de 6 mois (date présumée de conception) à moins d'une complication imprévisible.
- Les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées.
- Le suicide ou la tentative de suicide, une mutilation volontaire du bénéficiaire.
- Les dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré.
- Les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré.
- Dans le cadre des sports annexes et connexes ainsi que dans les stages, les sports à risques suivants : boxe, catch, spéléologie, chasse et plongée sous-marine, motonautisme, yachting à plus de 5 milles des côtes, sports aériens, alpinisme, varappe, hockey sur glace, bobsleigh, skeleton, saut à ski.

Article 18 - MISE EN OEUVRE DES GARANTIES

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

Ce service est accessible

Par téléphone 01.45.16.65.70 (International + 33.1.45.16.65.70)

Par fax 01.45.16.63.92 (International + 33.1.45.16.63.92)

Par 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 12 - CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

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

ANNEXE / CAPITAL INVALIDITE DÛ PAR LA M.D.S.

LICENCE FEDERALE DE BASE

TAUX	CAPITAUX
100%	80 000 €
99%	80 000 €
98%	80 000 €
97%	80 000 €
96%	80 000 €
95%	80 000 €
94%	80 000 €
93%	80 000 €
92%	80 000 €
91%	80 000 €
90%	80 000 €
89%	80 000 €
88%	80 000 €
87%	80 000 €
86%	80 000 €
85%	80 000 €
84%	80 000 €
83%	80 000 €
82%	80 000 €
81%	80 000 €
80%	80 000 €
79%	80 000 €
78%	80 000 €
77%	80 000 €
76%	80 000 €
75%	80 000 €
74%	80 000 €
73%	80 000 €
72%	80 000 €
71%	80 000 €
70%	80 000 €
69%	80 000 €
68%	80 000 €
67%	80 000 €
66%	80 000 €
65%	80 000 €
64%	80 000 €
63%	80 000 €
62%	80 000 €
61%	80 000 €
60%	80 000 €
59%	23 600 €
58%	23 200 €
57%	22 800 €
56%	22 400 €
55%	22 000 €
54%	21 600 €
53%	21 200 €
52%	20 800 €
51%	20 400 €

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

DIRIGEANTS, HAUT NIVEAU, EQUIPES DE FRANCE

TAUX	CAPITAUX
100%	110 000 €
99%	110 000 €
98%	110 000 €
97%	110 000 €
96%	110 000 €
95%	110 000 €
94%	110 000 €
93%	110 000 €
92%	110 000 €
91%	110 000 €
90%	110 000 €
89%	110 000 €
88%	110 000 €
87%	110 000 €
86%	110 000 €
85%	110 000 €
84%	110 000 €
83%	110 000 €
82%	110 000 €
81%	110 000 €
80%	110 000 €
79%	110 000 €
78%	110 000 €
77%	110 000 €
76%	110 000 €
75%	110 000 €
74%	110 000 €
73%	110 000 €
72%	110 000 €
71%	110 000 €
70%	110 000 €
69%	110 000 €
68%	110 000 €
67%	110 000 €
66%	110 000 €
65%	110 000 €
64%	110 000 €
63%	110 000 €
62%	110 000 €
61%	110 000 €
60%	110 000 €
59%	32 450 €
58%	31 900 €
57%	31 350 €
56%	30 800 €
55%	30 250 €
54%	29 700 €
53%	29 150 €
52%	28 600 €
51%	28 050 €

TAUX	CAPITAUX
50%	27 500 €
49%	26 950 €
48%	26 400 €
47%	25 850 €
46%	25 300 €
45%	24 750 €
44%	24 200 €
43%	23 650 €
42%	23 100 €
41%	22 550 €
40%	22 000 €
39%	21 450 €
38%	20 900 €
37%	20 350 €
36%	19 800 €
35%	19 250 €
34%	18 700 €
33%	7 260 €
32%	7 040 €
31%	6 820 €
30%	6 600 €
29%	6 380 €
28%	6 160 €
27%	5 940 €
26%	5 720 €
25%	5 500 €
24%	5 280 €
23%	5 060 €
22%	4 840 €
21%	4 620 €
20%	4 400 €
19%	4 180 €
18%	3 960 €
17%	3 740 €
16%	3 520 €
15%	3 300 €
14%	3 080 €
13%	2 860 €
12%	2 640 €
11%	2 420 €
10%	2 200 €
9%	1 980 €
8%	1 760 €
7%	1 540 €
6%	1 320 €
5%	1 100 €
4%	880 €
3%	660 €
2%	440 €
1%	220 €