



Accord collectif n° 1543 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

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

2.1. - Licenciés:

Sont assurés:

- Les licenciés de la Fédération 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 licenciés 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 la Fédération, de ses organismes déconcentrés, Ligues, Comités et/ou clubs affiliés.

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.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

3.1. - Sont garanties :

- la pratique par les licenciés du Hockey sur gazon et du Hockey en salle,
 - les activités physiques et sportives nécessaires à l'entraînement et à la préparation physique des licenciés,
 - les activités des licenciés non pratiquants, notamment des dirigeants, arbitres, entraîneurs, médecins, kinés, délégués techniques et fédéraux, chefs de délégation, en rapport avec l'objet de la Fédération,
- dès lors que ces activités sont organisées par la Fédération, ses organismes déconcentrés, Ligues, Comités ou clubs affiliés et qu'elles se déroulent dans les lieux d'installations sportives appartenant ou mis à disposition de, ou agréés par la Fédération, ses organismes déconcentrés, Ligues, Comités ou clubs affiliés,
- les stages avec ou sans hébergement réservés aux seuls licenciés dès lors qu'ils sont organisés et encadrés par la Fédération, ses organismes déconcentrés, Ligues, Comités ou clubs affiliés,
 - les sorties pour la pratique d'entraînement et d'activités physiques et sportives des licenciés dès lors qu'elles sont organisées et encadrées par la Fédération ou ses organismes déconcentrés, Ligues, Comités ou clubs affiliés.
 - les activités de promotion ouvertes aux non licenciés pour la découverte de la pratique du hockey sur gazon ou du hockey en salle, sous réserve de la souscription d'une Licence Loisir ou de la Carte Découverte.

3.2. - Sont garanties également les activités extra sportives exercées à titre récréatif sous les réserves et conditions suivantes :

La participation à des manifestations festives à caractère privé telles que fêtes, bals, kermesses, repas, sorties à l'exclusion cependant des conséquences de l'utilisation de véhicule terrestre à moteur au cours de ladite manifestation, et seulement dans le cas où ces activités sont organisées par la Fédération, ses organismes déconcentrés, Ligues, Comités ou clubs affiliés agissant dans le cadre de la Fédération et aux membres de leur famille, c'est-à-dire leurs ascendants, descendants, conjoint ou concubin notoire, et que le nombre total de personnes présentes simultanément n'excède pas 1000.

Il n'y a pas d'assurance si cette limite venait à être dépassée ou si des personnes autres que celles mentionnées y participaient.

Sont exclues :

- toutes manifestations organisées à des fins commerciales (sont admises toutefois les manifestations payantes organisées de façon ponctuelle et procurant au groupement sportif des recettes complémentaires non régulières),
- toutes manifestations organisées au profit d'une autre association ou de toute personne morale ou physique,

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

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

La garantie s'exerce pour les dommages survenus en France, dans les D.O.M.-T.O.M. ou dans les Principautés d'Andorre ou 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 la Fédération ou ses organismes déconcentrés, Ligues,

Comités ou clubs affiliés et dès lors que le pays d'accueil n'est pas en état de guerre ou en état d'instabilité politique notoire.

Article 5 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

Pour les sportifs prenant pour la première fois leur licence, la garantie est accordée dès le jour de réception à 0 heure de la demande de licence auprès de la Fédération, par la Ligue Régionale ou le Comité Départemental. 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 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 passée les délais ci-dessus entraîne la déchéance de garantie dans la mesure où le retard, non imputable à un cas fortuit ou de force majeure, aura causé un préjudice aux assureurs.

L'assuré doit en outre :

- indiquer dans les plus brefs délais la date, la nature et les circonstances du sinistre, ses causes et ses conséquences, connues ou présumées, le montant approximatif des dommages,
- prendre immédiatement toutes les mesures nécessaires pour limiter l'importance du sinistre et sauvegarder les biens assurés. Lorsque les pertes ou dommages sont imputables à autrui, il doit également prendre toutes mesures nécessaires pour conserver à l'assureur le recours, et prêter son concours pour engager les poursuites nécessaires,
- en ce qui concerne les sinistres susceptibles d'engager une Responsabilité, indiquer les nom et adresse des responsables, personnes lésées et des témoins, transmettre dans le plus bref délai tous avis, lettres, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédure qui seraient adressés, remis ou signifiés, à lui-même ou à ses préposés.

Faute par l'assuré de remplir tout ou partie des obligations prévues ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, les assureurs peuvent réclamer une indemnité proportionnée au dommage qui leur aura été causé; soit manquement à ces obligations, soit par l'obstacle fait par lui à leur action.

S'il fait sciemment de fausses déclarations sur la nature et les causes, circonstances ou conséquences d'un sinistre, il est déchu de tout droit à la garantie pour ce sinistre.

Article 7 : ASSURANCES CUMULATIVES

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

Article 8 : PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

La prescription peut être interrompue par :

- 1 - 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 la Fédération ; si le désaccord persiste, il peut s'adresser 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 contrat. L'assuré peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de l'assureur, de ses mandataires et réassureurs ou de la Fédération. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la M.D.S., à l'adresse de son siège social (loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978).

GARANTIES « INDIVIDUELLE ACCIDENT »

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

Article 11 : DÉFINITIONS

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

11.1. - Accident :

Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

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. - Incapacité Temporaire Totale de Travail

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

11.5. - Principe indemnitaire

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

11.6. - Enfants à charge

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

11.7. - Subrogation

La M.D.S est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident (ou à ses ayants droit) dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées par elle.

Article 12 : GARANTIES

12.1. Frais de soins de santé (*):

En ce qui concerne le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, la MDS intervient en complément du Régime obligatoire de Sécurité Sociale et de tout régime éventuel de prévoyance complémentaire à concurrence de **200% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale** conformément à la nomenclature des actes médicaux et dans la limite des frais réels exposés. (*)

Elle rembourse également le forfait journalier hospitalier.

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

(*) Quels que soient les frais de soins de santé engagés, les assurés ne bénéficient pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.

12.2. - Frais de premier 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.

12.3. - Capital Santé

Au-delà des prestations de base définies à l'article 12.1, l'assuré bénéficie d'un

« CAPITAL SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 2000 €.

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 (y compris sur la pharmacie) ou chirurgicaux,
- les prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,
- bris de lunettes et perte de lentilles durant les activités sportives (s'il s'agit d'un accident de sport, sur production d'un certificat médical précisant que l'assuré doit nécessairement porter ses lunettes ou ses lentilles pendant les activités sportives). Le remboursement de la monture prescrite est limité à 150 €,
- les frais de prothèse dentaire, qu'il s'agisse d'une dent fracturée (limite 250 € par dent) lors de l'accident ou d'une prothèse déjà existante nécessitant une réparation ou un remplacement du seul fait de l'accident,
- 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,
- 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, de thalassothérapie, de convalescence ou maison de repos,
- frais de remise à niveau scolaire ou universitaire,
- frais d'ostéopathie, sous réserve que les soins soient prescrits et pratiqués par un Médecin praticien.

Et d'une façon générale tous les frais de soins de santé prescrits par un médecin praticien.

12.4. Capital Invalidité :

En cas d'invalidité permanente, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant maximal, lorsque le taux d'invalidité est fixé à 100 %, est fixé à :

- **31 000 € pour les licenciés de base,**
- **50 000 € pour les arbitres internationaux, les dirigeants fédéraux, les internationaux.**

Pour les taux d'invalidités inférieurs à 100 %, le capital effectivement dû est celui figurant en annexe du présent Accord Collectif.

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

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

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

12.5. Capital Décès :

En cas de décès, la M.D.S. garantit le versement d'un capital. Ce capital est de :

- **3 100 €** si l'assuré fait partie des catégories moins de 16 ans, moins de 14 ans, moins de 12 ans, moins de 10 ans, moins de 8 ans,
- **9 100 €** si l'assuré fait partie des catégories Dirigeant, Arbitre, Entraîneur, Médecin, Kiné, Délégué technique ou fédéral, Chef de délégation, plus de 35 ans, plus de 21 ans, moins de 21 ans, moins de 18 ans,

Ce capital de base étant majoré de 10 % par enfant à charge (article 11.6)

Le capital est également versé en cas de décès par infarctus ou affection vasculaire aigüe et imprévisible.

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.

Le licencié peut à titre volontaire et individuel, demander à bénéficier de garanties complémentaires destinées à améliorer sa couverture de base attachée à sa licence en cas de dommages corporels.

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, ainsi que les prescriptions médicales.

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.

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, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité.

Le licencié a la possibilité de renoncer à souscrire aux garanties Individuelle Accident et Assistance Rapatriement (d'un coût de 1,42 € 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, dans le cadre des activités garanties telles que décrites à l'article 3 ci-dessus.

Article 15 : DÉFINITIONS

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

15.1 - Accident grave :

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

15.2. - Maladie grave :

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

Article 16: GARANTIES

16.1. - Rapatriement médical

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

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

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

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

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

Avant son départ, le bénéficiaire doit se munir 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 5.335,72 € (15 000 € en Asie et aux Amériques)

Franchise : Franchise relative de 15,24 € par dossier.

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

Exclusions particulières :

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

16.3. - Visite d'un proche

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

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

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

16.4. - Retour anticipé uniquement depuis l'étranger

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

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

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

16.5. - Rapatriement de corps

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

Mutuaide Assistance participe à concurrence de 800 € TTC aux frais de cercueil utilisé pour le transport du corps organisé par elle. Les frais de cérémonie et d'inhumation restent à la charge de la famille.

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

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

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

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

Modalités d'application et procédure de déclaration :

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

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

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

Remboursement :

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

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

Article 17 - EXCLUSIONS GENERALES

- 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 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 19 - CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

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

ANNEXE A
CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA MDS/ LICENCIES DE BASE

TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX
100%	31 000 €	50%	7 750 €
99%	30 690 €	49%	7 595 €
98%	30 380 €	48%	7 440 €
97%	30 070 €	47%	7 285 €
96%	29 760 €	46%	7 130 €
95%	29 450 €	45%	6 975 €
94%	29 140 €	44%	6 820 €
93%	28 830 €	43%	6 665 €
92%	28 520 €	42%	6 510 €
91%	28 210 €	41%	6 355 €
90%	27 900 €	40%	6 200 €
89%	27 590 €	39%	6 045 €
88%	27 280 €	38%	5 890 €
87%	26 970 €	37%	5 735 €
86%	26 660 €	36%	5 580 €
85%	26 350 €	35%	5 425 €
84%	26 040 €	34%	5 270 €
83%	25 730 €	33%	2 046 €
82%	25 420 €	32%	1 984 €
81%	25 110 €	31%	1 922 €
80%	24 800 €	30%	1 860 €
79%	24 490 €	29%	1 798 €
78%	24 180 €	28%	1 736 €
77%	23 870 €	27%	1 674 €
76%	23 560 €	26%	1 612 €
75%	23 250 €	25%	1 550 €
74%	22 940 €	24%	1 488 €
73%	22 630 €	23%	1 426 €
72%	22 320 €	22%	1 364 €
71%	22 010 €	21%	1 302 €
70%	21 700 €	20%	1 240 €
69%	21 390 €	19%	1 178 €
68%	21 080 €	18%	1 116 €
67%	20 770 €	17%	1 054 €
66%	20 460 €	16%	992 €
65%	20 150 €	15%	930 €
64%	19 840 €	14%	868 €
63%	19 530 €	13%	806 €
62%	19 220 €	12%	744 €
61%	18 910 €	11%	682 €
60%	18 600 €	10%	620 €
59%	9 145 €	9%	558 €
58%	8 990 €	8%	496 €
57%	8 835 €	7%	434 €
56%	8 680 €	6%	372 €
55%	8 525 €	5%	- €
54%	8 370 €	4%	- €
53%	8 215 €	3%	- €
52%	8 060 €	2%	- €
51%	7 905 €	1%	- €

ANNEXE B
CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA MDS ARBITRES INTERNATIO-
NAUX, DIRIGEANTS FEDERAUX, INTERNATIONAUX

TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX
100%	50 000 €	50%	12 500 €
99%	49 500 €	49%	12 250 €
98%	49 000 €	48%	12 000 €
97%	48 500 €	47%	11 750 €
96%	48 000 €	46%	11 500 €
95%	47 500 €	45%	11 250 €
94%	47 000 €	44%	11 000 €
93%	46 500 €	43%	10 750 €
92%	46 000 €	42%	10 500 €
91%	45 500 €	41%	10 250 €
90%	45 000 €	40%	10 000 €
89%	44 500 €	39%	9 750 €
88%	44 000 €	38%	9 500 €
87%	43 500 €	37%	9 250 €
86%	43 000 €	36%	9 000 €
85%	42 500 €	35%	8 750 €
84%	42 000 €	34%	8 500 €
83%	41 500 €	33%	3 300 €
82%	41 000 €	32%	3 200 €
81%	40 500 €	31%	3 100 €
80%	40 000 €	30%	3 000 €
79%	39 500 €	29%	2 900 €
78%	39 000 €	28%	2 800 €
77%	38 500 €	27%	2 700 €
76%	38 500 €	26%	2 600 €
75%	38 000 €	25%	2 500 €
74%	37 000 €	24%	2 400 €
73%	36 500 €	23%	2 300 €
72%	36 000 €	22%	2 200 €
71%	35 500 €	21%	2 100 €
70%	35 000 €	20%	2 000 €
69%	34 500 €	19%	1 900 €
68%	34 000 €	18%	1 800 €
67%	33 500 €	17%	1 700 €
66%	33 000 €	16%	1 600 €
65%	32 500 €	15%	- €
64%	32 000 €	14%	- €
63%	31 500 €	13%	- €
62%	31 000 €	12%	- €
61%	30 500 €	11%	- €
60%	30 000 €	10%	- €
59%	14 750 €	9%	- €
58%	14 500 €	8%	- €
57%	14 250 €	7%	- €
56%	14 000 €	6%	- €
55%	13 750 €	5%	- €
54%	13 500 €	4%	- €
53%	13 250 €	3%	- €
52%	13 000 €	2%	- €
51%	12 750 €	1%	- €