MUTUELLE DES SPORTIFS

Accord collectif n° 491
Conditions générales valant notice d'information

ARTICLE LIMINAIRE

COUVERTURE DES RISQUES - SOCIETE APERITRICE - DELEGATION

1. **La Mutuelle des Sportifs**, société de secours mutuels des sportifs régie par le Code de la mutualité, garantit tous les risques définis dans la présente convention de groupe, à l'exception des risques de responsabilité civile et des risques liés à une activité d'assistance et s'engage quant au paiement des indemnités qui y sont prévues.

2. **AZUR Assurances IARD**, société anonyme d'assurance régie par le code des assurances, garantit tous les risques de la responsabilité civile, et s'engage quant au paiement des indemnités qui y sont prévues.

3. **Mutuaide Assistance**, société anonyme d'assurance régie par le code des assurances, garantit tous les risques liés à une activité d'assistance, et s'engage quant au paiement des indemnités qui y sont prévues.

4. **Les assureurs ci-dessus désignent la Mutuelle des Sportifs (M.D.S.) comme société apéritrice de la présente convention de groupe.** En conséquence, les assureurs délèguent à la M.D.S. tous pouvoirs pour recevoir en leurs lieu et place tous avis et communications, pour accepter tous risques, délivrer tous avenants, certificats, polices, percevoir toutes cotisations, en donner quittance, adresser tous avis et mises en demeure, opérer tous règlements, conformément à la présente convention, en un mot, faire le nécessaire pour le bien de la convention.

Toutefois, il est bien précisé que la garantie de la Mutuelle des Sportifs et de chaque société d'assurance est accordée exclusivement, quant au règlement des sommes dues au titre de la présente convention, selon les modalités fixées aux paragraphes 1 à 4 ci-dessus, sans solidarité entre les sociétés mutualiste et d'assurance intervenant en présentation conjointe.

DISPOSITIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES PRESENTEES PAR LA M.D.S. AUX ADHÉRENTS DE L'ASSOCIATION SPORTIVE NATIONALE DES DOUANES SOUSCRIPTRICE DE LA PRESENTE CONVENTION

Article 1 - OBJET :

La présente convention a pour objet de mettre en œuvre un régime collectif de responsabilité civile et de prévoyance destiné aux adhérents de l'Association souscriptrice de la présente convention, notamment conformément à la loi n° 84-610 du 16 Juillet 1984 modifiée et au décret n° 93-392 du 18 Mars 1993.

Article 2 - ASSURES :

2.1. - Adhérents :

Sont assurés :

- Les adhérents de l'Association souscriptrice de la présente convention pratiquant les activités définies à l'article 3 ci-dessous, résidant en France Métropolitaine, en Corse, dans les D.O.M.-T.O.M. ou dans les Principautés d'Andorre ou de Monaco.
- Les adhérents de l'Association souscriptrice de la présente convention résidant hors de France, D.O.M.-T.O.M., 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'association.

2.2. - Invités et Bénévoles :

Peuvent être assurés en individuelle accident et en responsabilité civile dans les conditions prévues aux articles 13.9 et 17.2 de la présente convention les pratiquants occasionnels non adhérents et bénévoles non adhérents, participant exceptionnellement aux activités de l'association ou d'un groupement affilié pour une durée maximum de 3 jours par an (dès lors que la garantie spécifique optionnelle "Invités" et/ou "Bénévoles" a été souscrite), et dont le but est de :

- découvrir l'activité pratiquée à l'exclusion de toute compétition officielle ("Invités"),
- prêter gratuitement leur concours à l'organisation des activités de l'association ("Bénévoles").

Article 3 - ACTIVITES GARANTIES :

3.1. - Sont garanties :

- les activités sportives et/ou culturelles et/ou de loisirs de l'association définie ci-après :

Activités culturelles

Aqua-gym	Handball	Rugby
Athlétisme	Judo	Ski
Aviron	Karaté	Ski de fond
Badminton	Marche	Ski alpinisme
Basket	Musculation	Tennis
Canoë kayak	Natation	Tennis de table
Course à pied	Pêche sportive	Tir
Cyclisme	Pelote basque	Triathlon
Football	Pétanque	Volley
Golf	Plongée	VTT
Gymnastique	Randonnée	Yoga

- les activités des adhérents non pratiquants, notamment des dirigeants, en rapport avec l'objet de l'association,

  dès lors que ces activités sont organisées par l'association et qu'elles se déroulent dans les lieux d'installations appartenant ou mis à disposition de, ou agréés par l'association ou lors de la participation à des compétitions organisées par des associations à but non lucratif, non membre de l'A.S.N.D. ; dans ce cas seules les garanties individuelle accident, protection juridique de base et assistance sont acquises, à l'exclusion de la responsabilité civile,
- la participation à des activités inscrites au calendrier de l'association (compétitions locales, nationales ou internationales),
- les stages avec ou sans hébergement réservés aux seuls adhérents dès lors qu'ils sont organisés et encadrés par l'association,
- les sorties des adhérents dès lors qu'elles sont organisées et encadrées par l'association.

3.2. - Sont garanties également :

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**, et seulement dans le cas où ces activités sont organisées par l'association et que le nombre total de personnes présentes simultanément n'excède pas 500. **Il n'y a pas d'assurance si cette limite venait à être dépassée.**

Sont exclues :

- **toutes manifestations organisées à des fins commerciales (sont admises toutefois les manifestations payantes organisées de façon ponctuelle et procurant à l'association des recettes complémentaires non régulières),**
- **toutes manifestations organisées au profit d'une autre association ou de toute personne morale ou physique,**
- **les risques découlant de courses landaises et corridas.**

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

Article 4 - CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES AUX ADHERENTS

- la garantie Responsabilité civile est automatiquement acquise à chaque adhérent, sans possibilité de renonciation individuelle,
- les garanties Individuelle Accident, Assistance et Protection Juridique sont également automatiquement acquises sauf renonciation expresse, étant entendu que dans cette hypothèse l'adhérent ne peut que renoncer globalement aux trois garanties sus visées.

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

En ce qui concerne les sinistres survenus aux Etats-Unis d'Amérique ou au Canada, il est convenu que :

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE :

- LES DOMMAGES INTERETS PUNITIFS OU EXEMPLAIRES (PUNITIVE DAMAGES OU EXEMPLARY DAMAGES),
- LES DOMMAGES DE POLLUTION.

Article 6 - PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La garantie est accordée dès l'adhésion à l'association ou son renouvellement. Elle cesse à la date de fin de validité de l'adhésion sous réserve de la non résiliation de la présente convention.

En cas d'accident, la preuve de l'adhésion résultera valablement :

- **soit de la production de la copie d'une carte de membre régulièrement délivrée dans les délais et mentionnant la date de fin de validité de l'adhésion,**
- **soit de la présence de l'adhérent sur un relevé nominatif transmis à la mutuelle.**

En cas de difficulté particulière d'application, la mutuelle et l'association se concerteront par tous moyens en vue d'établir la réalité de l'adhésion.

Article 7 - DECLARATION 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 les nom et adresse des responsables, personnes lésées et des témoins, transmettre dans le plus bref délai tous avis, lettres, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédure qui seraient adressés, remis ou signifiés, à lui-même ou à ses préposés.

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

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

Article 8 - ASSURANCES CUMULATIVES

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

Article 9 - PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

1°/ en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 - MEDIATEUR

En cas de difficulté, l'assuré peut d'abord consulter son interlocuteur habituel, en principe, le responsable de l'association ; 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 11 - INFORMATIQUE ET LIBERTE

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de 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 l'association. 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 12 - DEFINITIONS

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. - 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 12.3. 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.).

12.3. - Barème du concours médical

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

12.4. - 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.

12.5. - 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 indemnisations 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.

12.6. - Enfants à charge

Les enfants de l'assuré ou de son conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs âgés 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 %.

12.7. - 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 13 - GARANTIES

13.1. - Garantie : Frais de soins de santé des blessés

En ce qui concerne le remboursement des frais médicaux, 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 % du tarif de responsabilité 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. - Garantie : 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 **1 200 F soit 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. - Garantie : Bris de lunettes

Le bris accidentel de lunettes ou de lentilles fait l'objet d'un remboursement forfaitaire limité à 1 500 F soit 228,67 € pour les lunettes et 500 F soit 76,22 € par lentille dans la limite des frais réels restant à charge et s'il s'agit d'un accident de sport sur production d'un certificat médical précisant que l'assuré doit nécessairement porter ses lunettes ou ses lentilles pendant les activités sportives.

13.4. - Garantie : Frais de transport

Lorsque l'accident survient à moins de 50 km du lieu de domicile du blessé, 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.

Pour les accidents survenant à plus de 50 km du lieu de domicile du blessé, il y a lieu de faire appel à M.D.S. ASSISTANCE conformément aux articles 32 à 36 ci-dessous.

13.5. - Garantie : Indemnités complémentaires spécifiques

L'adhérent bénéficie, sur justificatifs, d'indemnités complémentaires spécifiques à concurrence d'un montant global maximal de 10 000 F soit 1 524,49 € par accident, 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 ou chirurgicaux, en complément du régime obligatoire de Sécurité Sociale et de tout régime de prévoyance complémentaire, à concurrence de 200 % du tarif conventionnel 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 600 F soit 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 100 F soit 15,24 € 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 100 F soit 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 remise à niveau scolaire pour les enfants accidentés mineurs à concurrence de 100 F soit 15,24 € par jour et 5 000 F soit 762,25 € maximum.

13.6. - Garantie : Capital Invalidité

En cas d'invalidité permanente, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est fixé à 200 000 F soit 30 489,80 €. Ce capital est versé en totalité lorsque le taux d'I.P.P. est égal à 100 %.

Pour les taux d'invalidité inférieurs à 100 %, le capital effectivement dû est celui figurant au barème annexé à la présente convention (Annexe A).

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'I.P.P. déjà attribué, soit en cas d'accidents successifs, soit en cas d'aggravation de son état, le capital dû par la M.D.S. est égal à la différence entre le capital dû au titre du taux d'invalidité majoré et le capital déjà versé au titre du taux d'invalidité préexistant.

Le taux d'invalidité est fixé, d'après le barème du concours médical, dans les conditions prévues aux articles 12.2. et 12.3 ci-dessus.

13.7. - Garantie : 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. La rente sera revalorisable annuellement par incorporation des produits financiers résultant des placements financiers.

13.8. - Garantie : Secours en cas de Décès

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

Ce capital est de :

- 20 000 F soit 3 048,98 € si l'assuré est un enfant mineur non émancipé,
- 60 000 F soit 9 146,94 € si l'assuré est majeur ou mineur émancipé, ce capital de base étant majoré de 10 % par enfant à charge (article 12.6.).

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. - Extension optionnelle "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 - REGLEMENT DES PRESTATIONS : FORMALITES 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 33.2. 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 600 F soit 91,47 €.

  Aucune dépense supérieure à 600 F soit 91,47 € ne sera remboursée sans entente préalable.
- 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,
- une fiche familiale d'état civil de l'assuré,
- un certificat médical indiquant la cause du décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie, le cas échéant,
- la (les) fiche (s) individuelle (s) d'état civil du (ou des) bénéficiaire (s).

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 et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,
- les suicides conscients ou inconscients,
- les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'assuré a pris une part active,
- les accidents qui résultent de la participation de l'assuré 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.

ASSURANCE DE LA RESPONSABILITE CIVILE DES ADHERENTS DE L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE DE LA PRESENTE CONVENTION

AZUR Assurances IARD, dans le respect des dispositions du Code des Assurances, garantit les assurés contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qu'ils peuvent encourir à raison des dommages corporels, matériels et immatériels, tels que définis à l'article 16.1., causés aux tiers et survenus pendant les activités garanties telles que décrites à l'article 3 ci-dessus.

Article 16 - DEFINITIONS

16.1. - Dommages

16.1.1. - Dommages corporels

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

16.1.2. - Dommages matériels

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

16.1.3. - Dommages immatériels

Tous dommages autres que corporels ou matériels lorsqu'ils sont la conséquence directe de dommages corporels ou matériels garantis et qui résultent de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par un bien meuble ou immeuble, de la perte d'un bénéfice.

16.2. - Franchise :

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

16.3. - Sinistre :

Le premier des deux événements suivants :

- toute déclaration faite par l'assuré à la société d'un fait ou d'un événement,
- toute réclamation du tiers lésé, amiable ou judiciaire, portée à la connaissance de la société, susceptible d'entraîner l'application de la garantie.

En outre, toutes les déclarations ou réclamations se rattachant à une même cause initiale, constituent un seul et même sinistre dont la date sera celle de la première déclaration ou réclamation.

Les conditions et limites des garanties seront celles en vigueur à la date du sinistre.

16.4. - Tiers :

16.4.1. - Toute personne autre que l'assuré responsable du dommage.

16.4.2. - Les différents assurés sont tous tiers entre eux.

Article 17 - EXTENSIONS PARTICULIERES DES GARANTIES

17.1. - En sus des assurés visés à l'article 2 ci-dessus, sont également garantis les parents ou personnes civilement responsables du fait d'assurés mineurs.

Cette extension est accordée sans cotisation spécifique complémentaire.

17.2. - Les invités et bénévoles peuvent bénéficier des garanties responsabilité civile.

Cette garantie optionnelle peut être souscrite sous réserve du paiement d'une cotisation supplémentaire spécifique.

Article 18 - EXCLUSIONS

Sont exclues des garanties :

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

18.2. - Les dommages causés par la guerre :

18.2.1 : étrangère (déclarée ou non) auquel cas l'assuré doit prouver que le sinistre résulte d'un fait différent de la guerre étrangère,

18.2.2 : ou civile, auquel cas c'est à l'assureur de prouver que le sinistre résulte de cet événement.

18.3. - Les dommages ou l'aggravation des dommages causés par :

18.3.1 : des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome,

18.3.2 : tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou par toute autre source de rayonnements ionisants et qui engagent la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire,

18.3.3 : par toute source de rayonnements ionisants (en particulier tout radio-isotope) utilisée ou destinée à être utilisée hors d'une installation nucléaire et dont l'assuré, ou toute personne dont il répond, a la propriété, la garde ou l'usage, ou dont il peut être tenu pour responsable du fait de sa conception, sa fabrication ou son conditionnement.

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

18.5. - Les amendes quelle qu'en soit la nature.

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

18.7. - Les dommages résultant de la pratique d'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, alpinisme et escalade, canyoning, spéléologie.

18.8. - Les dommages immatériels autres que ceux définis à l'article 16.1.3.

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

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

18.11. - Les conséquences pécuniaires des dommages résultant d'atteintes à l'environnement, non accidentelles, c'est-à-dire :

- l'émission, la dispersion, le rejet ou le dépôt de toute substance solide, liquide ou gazeuse diffusée par l'atmosphère, les eaux ou le sol,
- la production d'odeurs, bruits, vibrations, variations de température, ondes, radiations ou rayonnements excédant la mesure des obligations ordinaires de voisinage,

qui ne résulterait pas d'un événement accidentel imputable directement à l'assuré.

Article 19 - MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES

Les garanties sont accordées dans la limite des sommes stipulées au tableau des limites de garanties et de franchise ci-dessous :

Lorsque la limite est fixée :

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

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

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

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

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

GARANTIE	MONTANT	FRANCHISE
Tous dommages confondus dont :	40 000 000 F soit 6 097 960,69 € par sinistre	Néant
Dommages matériels et immatériels consécutifs	3 000 000 F soit 457 347,05 € par sinistre	Néant

Article 20 - PERIODE DE VALIDITE DE LA GARANTIE

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

Article 21 - LIEU DE REGLEMENT

Les indemnités pouvant être à la charge de l'assuré à l'Etranger lui seront uniquement réglées en France, à concurrence de leur contre-valeur officielle en Francs Français.

Article 22 - SUBROGATION

AZUR est subrogée jusqu'à concurrence des indemnités versées par elle dans les droits et actions de l'assuré contre tout responsable du sinistre (article L 121-12 du Code des Assurances).

Si la subrogation ne peut pas, du fait de l'assuré, s'opérer en faveur d'AZUR, la garantie cesse pour la partie de garantie objet de cette subrogation.

Par ailleurs, l'assuré s'engage à rembourser à AZUR toute somme que celle-ci aura avancée qui lui serait directement réglée par un tiers, y compris les sommes accordées au titre de l'article 700 du nouveau Code de Procédure Civile - ou de ses équivalents devant les autres juridictions - pour frais et honoraires non compris dans les dépens.

GARANTIE " PROTECTION JURIDIQUE DE BASE "

La Mutuelle des Sportifs (M.D.S.), dans le respect des dispositions du Code de la Mutualité, garantit aux personnes désignées ci-après ayant la qualité d'assuré, une protection juridique de base, dans les conditions visées aux articles 23 à 31 ci-dessous.

Article 23 - DEFINITION

- Tiers

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

Article 24 - SINISTRE GARANTI

Le sinistre garanti est le litige ou le différend dont le fait générateur se situe pendant la période où l'assuré a la qualité de membre de l'Association souscriptrice et pendant la durée de l'accord collectif liant la Mutuelle des Sportifs à l'Association souscriptrice.

Article 25 - OBJET DE LA GARANTIE

25.1. - Recours de l'assuré non responsable

La M.D.S. s'engage à réclamer, soit à l'amiable, soit devant toute juridiction, la réparation pécuniaire du préjudice corporel, matériel et immatériel, subi par l'assuré en France et dans les pays membres de l'Union Européenne :

- à l'occasion des activités définies à l'article 3 de la présente convention,
- lorsque la responsabilité totale d'un tiers est engagée.

Si la responsabilité de l'assuré est engagée, la défense de ses intérêts est prise en charge par AZUR dans le cadre de la garantie "Responsabilité Civile" (article 16 à 22 inclus).

25.2. - Défense pénale

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

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

Article 26 - CONTENU DE LA GARANTIE

26.1. - La M.D.S. fournit à l'assuré les avis et services appropriés à la recherche d'une solution amiable.

26.2. - Elle met à sa disposition une personne qualifiée ou un avocat :

a) s'il fait l'objet de poursuites pénales ;

b) en cas d'échec de la procédure amiable si son recours nécessite une action en justice.

Article 27 - LIBRE CHOIX DE LA PERSONNE QUALIFIEE OU DE L'AVOCAT

Si une action en justice est nécesssaire, l'assuré dispose du libre choix de la personne qualifiée ou de l'avocat chargé de la défense de ses intérêts.

Toutefois, seule la M.D.S. aura la qualité de saisir cette personne qualifiée ou cet avocat.

Article 28 - HONORAIRES ET FRAIS

La M.D.S. prend en charge :

- Pour défendre les droits de l'assuré à l'amiable :
- les frais relatifs aux avis et services qu'elle fournit elle-même.
- Pour défendre les intérêts de l'assuré en justice :
- les frais et honoraires de la personne qualifiée ou de l'avocat chargé de la défense de ses intérêts, **dans la limite des montants et plafonds indiqués au barème annexé à la présente convention** (Annexe B),
- les frais de procédure et les sommes mises à la charge de l'assuré au titre des dépens et des frais irrépétibles.

Article 29 - SUBROGATION

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

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

Article 30 - DESACCORD ENTRE L'ASSURE ET LA M.D.S.

Sur simple demande de l'assuré, tout désaccord survenant entre lui-même et la M.D.S. au sujet des mesures à prendre pour régler un différend, sera soumis à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord ou à défaut par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé.

Les frais exposés sont à la charge de la M.D.S.. Cependant, le Président du Tribunal de Grande Instance peut en décider autrement s'il estime que l'assuré a usé de cette faculté dans des conditions abusives.

Si l'assuré a engagé à ses frais une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par la M.D.S. ou par la tierce personne mentionnée ci-dessus, la M.D.S. l'indemnisera des frais exposés pour l'exercice de cette action dans la limite du montant de la garantie.

Article 31 - SEUIL D'INTERVENTION

La garantie ne peut être mise en jeu que lorsque le préjudice de l'assuré, après d'éventuelles indemnisations déjà obtenues par ailleurs, est supérieur à **1 500 F soit 228,67 €.**

GARANTIE ASSISTANCE

Mutuaide Assistance, dans le respect des dispositions du Code des Assurances assure les garanties " M.D.S. Assistance " proposées aux assurés victimes d'accident ou de maladie grave survenu à plus de 50 km de leur domicile, dans le cadre des activités garanties telles que décrites à l'article 3 ci-dessus.

Article 32 - DEFINITIONS

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

32.1. - 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.

32.2. - 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 33 - GARANTIES

33.1. - Rapatriement médical

En cas d'accident ou maladie grave d'un assuré survenu à plus de 50 km de son domicile, 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.

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

Avant son départ, le bénéficiaire doit se munir du formulaire E 111 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 **35 000 F.F. soit 5 335,72 €.**

Franchise : Franchise relative de 100 F.F. soit 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.

33.3. - 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.

33.4. - 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.

33.5. - 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 **3 000 F T.T.C. soit 457,35 €** 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.

Article 34 - EXCLUSIONS GENERALES

- DANS TOUS LES CAS LES PRESTATIONS QUI N'ONT PAS ETE DEMANDEES ET/OU QUI N'ONT PAS ETE ORGANISEES PAR MUTUAIDE ASSISTANCE OU EN ACCORD AVEC ELLE.
- Tout déplacement excédant 90 jours consécutifs.
- Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas de poursuivre son voyage.
- Les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance.
- Les faits provoqués intentionnellement par le bénéficiaire ou résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide.
- Une infirmité préexistante.
- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement.
- Les états de grossesse de plus de 6 mois (date présumée de conception) à moins d'une complication imprévisible.
- Les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées.
- Le suicide ou 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.

Article 35 - MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

Mutuaide Assistance assure l'organisation des prestations et la couverture des garanties décrites ci-dessus 24 h sur 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 36 - 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 M.D.S. AU TITRE DE L'ARTICLE 13.6 DE LA PRESENTE CONVENTION

TAUX	CAPITAUX	
100 %	200 000 F	30 489,80 €
99 %	198 000 F	30 184,91 €
98 %	196 000 F	29 880,01 €
97 %	194 000 F	29 575,11 €
96 %	192 000 F	29 270,21 €
95 %	190 000 F	28 965,31 €
94 %	188 000 F	28 660,42 €
93 %	186 000 F	28 355,52 €
92 %	184 000 F	28 050,62 €
91 %	182 000 F	27 745,72 €
90 %	180 000 F	27 440,82 €
89 %	178 000 F	27 135,93 €
88 %	176 000 F	26 831,03 €
87 %	174 000 F	26 526 13 €
86 %	172 000 F	26 221,23 €
85 %	170 000 F	25 916,33 €
84 %	168 000 F	25 611,43 €
83 %	166 000 F	25 306,54 €
82 %	164 000 F	25 001,64 €
81 %	162 000 F	24 696,74 €
80 %	160 000 F	24 391,84 €
79 %	158 000 F	24 086,94 €
78 %	156 000 F	23 782 05 €
77 %	154 000 F	23 477,15 €
76 %	152 000 F	23 172,25 €

TAUX	CAPITAUX	
75 %	150 000 F	22 867,35 €
74 %	148 000 F	22 562,45 €
73 %	146 000 F	22 257,56 €
72 %	144 000 F	21 952,66 €
71 %	142 000 F	21 647,76 €
70 %	140 000 F	21 342,86 €
69 %	138 000 F	21 037,96 €
68 %	136 000 F	20 733,07 €
67 %	134 000 F	20 428,17 €
66 %	132 000 F	20 123,27 €
65 %	130 000 F	19 818,37 €
64 %	128 000 F	19 513,47 €
63 %	126 000 F	19 208,58 €
62 %	124 000 F	18 903,68 €
61 %	122 000 F	18 598,78 €
60 %	120 000 F	18 293,88 €
59 %	59 000 F	8 994,49 €
58 %	58 000 F	8 842,04 €
57 %	57 000 F	8 689,59 €
56 %	56 000 F	8 537,14 €
55 %	55 000 F	8 384,70 €
54 %	54 000 F	8 232,25 €
53 %	53 000 F	8 079,80 €
52 %	52 000 F	7 927,35 €
51 %	51 000 F	7 774,90 €

TAUX	CAPITAUX	
50 %	50 000 F	7 622,45 €
49 %	49 000 F	7 470,00 €
48 %	48 000 F	7 317,55 €
47 %	47 000 F	7 165,10 €
46 %	46 000 F	7 012,65 €
45 %	45 000 F	6 860,21 €
44 %	44 000 F	6 707,76 €
43 %	43 000 F	6 555,31 €
42 %	42 000 F	6 402,86 €
41 %	41 000 F	6 250,41 €
40 %	40 000 F	6 097,96 €
39 %	39 000 F	5 945,51 €
38 %	38 000 F	5 793,06 €
37 %	37 000 F	5 640,61 €
36 %	36 000 F	5 488,16 €
35 %	35 000 F	5 335,72 €
34 %	34 000 F	5 183,27 €
33 %	13 200 F	2 012,33 €
32 %	12 800 F	1 951,35 €
31 %	12 400 F	1 890,37 €
30 %	12 000 F	1 829,39 €
29 %	11 600 F	1 768,41 €
28 %	11 200 F	1 707,43 €
27 %	10 800 F	1 646,45 €
26 %	10 400 F	1 585,47 €

TAUX	CAPITAUX	
25 %	10 000 F	1 524,49 €
24 %	9 600 F	1 463,51 €
23 %	9 200 F	1 402,53 €
22 %	8 800 F	1 341,55 €
21 %	8 400 F	1 280,57 €
20 %	8 000 F	1 219,59 €
19 %	7 600 F	1 158,61 €
18 %	7 200 F	1 097,63 €
17 %	6 800 F	1 036,65 €
16 %	6 400 F	975,67 €
15 %	6 000 F	914,69 €
14 %	5 600 F	853,71 €
13 %	5 200 F	792,73 €
12 %	4 800 F	731,76 €
11 %	4 400 F	670,78 €
10 %	4 000 F	609,80 €
9 %	3 600 F	548,82 €
8 %	3 200 F	487,84 €
7 %	2 800 F	426,86 €
6 %	2 400 F	365,88 €
5 %	2 000 F	304,90 €
4 %	1 600 F	243,92 €
3 %	1 200 F	182,94 €
2 %	800 F	121,96 €
1 %	400 F	60,98 €
0 %	0 F	0 €

ANNEXE B

PLAFONDS DE GARANTIE ET BAREME DE REMBOURSEMENT DES HONORAIRES ET FRAIS DE LA PERSONNE QUALIFIEE OU DE L'AVOCAT CHARGE DE LA DEFENSE DE VOS INTERETS

1. RECOURS AMIABLE

A - Honoraires et frais engagés par la M.D.S. : 100 000 F (15 244,90 €)

B - Honoraires et frais engagés par l'assuré* :
- Plafond de garantie : 30 000 F (4 573,47 €)
(pour l'ensemble des frais relatifs au recours amiable)
- Barème de remboursement (Hors taxes) :
  - Honoraires d'avocat ..... 2 000 F (304,90 €)
  (pour l'ensemble de son intervention)
  - Expertise médicale ..... 800 F (121,96 €)
  - Expertise immobilière ..... 10 000 F (1 524,49 €)
  - Autre expertise matérielle ..... 600 F (91,47 €)

** Les frais de recours amiable engagés par l'assuré ne sont pris en charge qu'en cas d'accord préalable écrit de la part de la M.D.S.*

2. DEFENSE DES DROITS DE L'ASSURE EN JUSTICE

A - Plafond de garantie de 100 000 F (15 244,90 €) applicable aux honoraires et frais engagés :
- Par l'assuré pour un même sinistre.
- Par l'assuré ou par la M.D.S. :
  - pour un ensemble de sinistres ayant un même objet, une même cause ou opposant l'assuré au(x) même(s) adversaire(s)
  - ou en cas de procédure initiée devant une juridiction étrangère.

B - Honoraires et frais de la personne qualifiée ou de l'avocat désigné par la M.D.S.

Prise en charge dans la limite du plafond indiqué en A ci-dessus.

C - Barème de remboursement (hors taxes) des honoraires et frais de la personne qualifiée ou de l'avocat désigné par l'assuré :

	Cours de Paris et de Versailles		Autres Cours	
- Tribunal de Police et médiation pénale	3 150 F*	(480,21 €)	3 000 F*	(457,35 €)
- Tribunal Correctionnel et de Grande Instance	3 300 F*	(503,08 €)	3 150 F*	(480,21 €)
- Tribunal d'Instance	2 500 F*	(381,12 €)	2 350 F*	(358,26 €)
- Référé	2 000 F*	(304,90 €)	1 900 F*	(289,65 €)
- Ordonnance du Juge de la Mise en Etat. Saisine du Juge de l'Exécution	2 000 F*	(304,90 €)	1 900 F*	(289,65 €)
- Commission Administrative et Tribunal Administratif	3 300 F*	(503,08 €)	3 150 F*	(480,21 €)
- Cours d'Appel - Référé 1er Président	2 900 F*	(442,10 €)	2 750 F*	(419,23 €)
- Affaire au Fond	3 700 F*	(564,06 €)	3 600 F*	(548,82 €)
- Cour Administrative d'Appel	3 700 F*	(564,06 €)	3 600 F*	(548,82 €)
- Présentation d'une requête	1 500 F	(228,67 €)	1 400 F	(213,43 €)
- Assistance à instruction/expertise (sur accord exprès de la M.D.S.)	1 800 F	(274,41 €)		
- Démarche au Parquet	500 F	(76,22 €)		
- Cour de Cassation - Conseil d'Etat : consultation	5 000 F*	(762,25 €)		
mémoire	4 000 F*	(609,80 €)		
- Expertise - médicale	800 F	(121,96 €)		
- immobilière	10 000 F	(1 524,49 €)		
- autre	600 F	(91,47 €)		

** Cette somme est accordée pour l'ensemble de la procédure devant cette juridiction. Elle concerne tous les honoraires et frais, notamment la préparation du dossier, la plaidoirie et les frais inhérents à la gestion du dossier.*

SPORTMUT

CONTRAT COLLECTIF DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE
RESERVE AUX MEMBRES DE LA M.D.S. BENEFICIANT DE GARANTIES COLLECTIVES DE BASE

DEMANDE D'ADHESION

(l'adhérent est toujours l'assuré)
Assuré : M. ☐ Mme ☐ Mlle☐
Nom : _____ Nom de jeune fille : _____ Prénoms : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Date de Naissance : _____ Profession (nature exacte) : _____ Téléphone : _____
Fédération ou Association sportive par laquelle ou au titre de laquelle le régime de base a été souscrit :
_____

Je soussigné (e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la note d'information du contrat «SPORTMUT »ayant pour objet de proposer des garanties complémentaires en cas de dommage corporel suite à un accident de sport en sus du régime de prévoyance et de responsabilité civile de base dont je suis déjà bénéficiaire auprès de la M.D.S.

J'ai décidé ☐ d'adhérer à SPORTMUT
☐ de ne pas y adhérer

Je déclare pratiquer les sports suivants :
_____
_____

Date limite de l'adhésion 65ème anniversaire
Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré:
☐ mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon concubin notoire, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.
☐ Autres dispositions : _____

Option choisie	Capital Décès (€)	Capital Invalidité (100 % IPP) (€)	IJ (1) (€)	Cotisation Globale Annuelle SP : I (2) (€)	Cotisation Globale Annuelle SP : II (2) (€)	Cotisation Globale Annuelle SP : III (2) (€)	Cotisation Globale Annuelle SP : IV (2) (€)
☐*	-	30.489,80	-	5,76	7,56	22,41	64,03
☐	15.244,90	30.489,80	-	7,03	8,83	29,94	103,13
☐	15.244,90	-	7,62 €/Jour	16,43	23,22	31,92	107,86
☐	15.244,90	30.489,80	7,62 €/Jour	19,15	27,73	51,28	168,84
☐*	-	60.979,61	-	8,48	12,07	41,77	125,01
☐	30.489,80	60.979,61	-	11,01	14,60	56,83	203,21
☐	30.489,80	-	15,24€/Jour	29,82	43,39	60,80	212,67
☐	30.489,80	60.979,61	15,24€/Jour	35,25	52,41	99,52	334,63
☐*	-	91.469,41	-	11,19	16,59	61,13	185,99
☐	45.734,71	91.469,41	-	14,99	20,38	83,73	303,30
☐	45.734,71	-	22,87€/Jour	43,20	63,56	89,67	317,48
☐	45.734,71	91.469,41	22,87€/Jour	51,34	77,09	147,75	500,41
☐*	-	121.959,21	-	13,90	21,10	80,49	246,97
☐	60.979,61	121.959,21	-	18,96	26,16	110,62	403,38
☐	60.979,61	-	30,49€/Jour	56,59	83,73	118,54	422,28
☐	60.979,61	121.959,21	30,49€/Jour	67,44	101,77	195,99	666,20
☐*		152.449,01	-	16,62	25,62	99,85	307,95
☐	76.224,51	152.449,01	-	22,94	31,94	137,51	503,46
☐	76.224,51	-	38,11€/Jour	69,97	103,89	147,42	527,09
☐	76.224,51	152.449,01	38,11€/Jour	83,54	126,46	244,22	831,99

CLASSEMENT DES SPORTS

SPORMUT I :
Activités Culturelles et Artistiques
Aquagym, Athlétisme (sauf triathlon et pentathlon moderne), Aviron, Badminton, Ballon au Poing, Base-Ball, Basket, Billard, Boules, Boxe amateur, Boxe Française, Course d'Orientation, Culture Physique Danse et Expression Corporelle, Escrime, Flag, Football, Golf, Goshindo, Gymnastique, Hand-Ball, Haltérophilie, Jeu de Paume, Judo, Karaté, Longue Paume, Lutte, Majorettes, Moving, Natation, Nin Jutsu, Nunchaku, Pelote Basque, Quilles et Bowling, Randonnées Pédestres, Sauvetage et Secourisme, Scoutisme, Skate-Board, Ski-Nautique, Squash, Surf, Tennis, Taekwondo,Tennis de Table, Tennismen Footballeurs, Tir, Tir à l'Arc,Trampoline, Voile, Volley-Ball, Yoga.

SPORMUT II :
Canoë-Kayak, Football Américain, Kick Boxing, Patinage sur Glace, Pêche en Mer, Plongée, Rugby

SPORMUT III :
Bicross, Cyclisme, Cyclotourisme, Equitation, Hockey sur Glace, Mountain Bike, Penthatlon Moderne, Planche à Voile, Ski, Surf des Neiges, Triathlon

SPORMUT IV :
Alpinisme, Automobile, Bobsleigh, Canyoning Escalade, Luge, Moto, Motonautisme Spéléologie, Sports Mécaniques, Varappe

(*) options réservées aux mineurs âgés de moins de 12 ans
Dans toutes ces formules les indemnités journalières sont versées à compter du 31ème jour d'incapacité temporaire Totale de travail ou à partir du 4ème jour en cas d'hospitalisation et ce, jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours.
Le non renouvellement de la cotisation annuelle par l'assuré met fin de plein droit à l'adhésion 40 jours après le terme principal de la dernière échéance.

Je certifie sur l'honneur ne pas être atteint (e) d'une infirmité ou d'un handicap. Au cas contraire prendre contact avec la M.D.S.

Je suis informé(e) que la loi du 6 janvier 1978 « Informatique et Liberté » me donne le droit de demander communication et rectification de toutes informations me concernant qui figureraient sur tout fichier de la Fédération ou de l'Association ou de la M.D.S. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la M.D.S. indiquée ci-après : Groupe M.D.S. : 4 rue de Vienne, BP 605, 75367 Paris Cedex 08.

Fait à _____, le _____
Signature de l'adhérent *
faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité.

SPORTMUT

CONTRAT COLLECTIF DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE
RESERVE AUX MEMBRES DE LA M.D.S. BENEFICIANT DE GARANTIES COLLECTIVES DE BASE

NOTE D'INFORMATION

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

UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :
Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'IPP égale à 100%. Ce capital est réduit lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 100%. **Aucun capital n'est versé pour un taux d'IPP inférieur ou égal à 5%.**

DES INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE :
Elles vous sont versées mensuellement à terme échu, après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise. **La période de franchise n'est pas indemnisée.** La durée d'indemnisation est de 365 ou de 1095 jours selon votre choix.
Quelle que soit la durée d'indemnisation choisie, l'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de votre état de santé.
Vous ne pouvez choisir un montant de garantie qui vous ferait bénéficier en arrêt de travail de ressources supérieures à celles dont vous disposez en période d'activité.
Un justificatif de revenus est exigé.

UN CAPITAL DECES : qui sera versé au bénéficiaire désigné.

OPTIONS ENFANT :

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

MODALITES D'ADHESION

Des formules de garanties pré-tarifées vous sont proposées ci-dessous.
Si l'une de ces formules vous convient, vous pouvez remplir la demande d'adhésion et l'adresser à la M.D.S. accompagnée de votre règlement. A réception la M.D.S. vous adressera un certificat d'adhésion accompagné des conditions générales du contrat SPORTMUT. Vous disposerez alors d'un délai de 40 jours pendant lequel vous pourrez renoncer à votre adhésion. Passé ce délai votre adhésion deviendra définitive.
Si ces formules ne sont pas adaptées à vos souhaits, vous pouvez en choisir d'autres : il vous suffit de contacter la M.D.S.