



Accord collectif n° 980 A 15

Notice d'information Individuelle Accident et Assistance Rapatriement

Saison 2011 / 2012

Les licenciés de la LIGUE MIDI-PYRENEES DE FOOTBALL deviennent membres participants de la M.D.S. Ils reçoivent gratuitement un exemplaire des statuts de la M.D.S.

Conformément aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et des articles 10 et 12 des statuts susvisés, leur représentation à l'assemblée générale de la M.D.S. est organisée comme suit :

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

DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT ET ASSISTANCE RAPATRIEMENT RESERVEES AUX LICENCIES de la LIGUE MIDI-PYRENEES DE FOOTBALL

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 Ligue Midi-Pyrénées de Football souscriptrice, conformément aux dispositions du Code du Sport.

Article 2 : ASSURES

2.1 : Sont assurés :

- Les dirigeants (y compris lorsqu'ils sont amenés à exercer des fonctions d'arbitres bénévoles),
- Les arbitres,
- Les éducateurs,
- Les moniteurs,
- Les stagiaires du Centre Régional Technique,
- Les pratiquants licenciés.

2.2 : Joueurs à l'essai ou en cours de mutation :

Les joueurs licenciés (ou non) en provenance (ou non) d'une autre ligue :

- à l'essai,
 - en cours de mutation (notamment pour des raisons professionnelles).
- Pour ces joueurs, les garanties sont accordées, à défaut d'une autre assurance, **pendant une période de 15 jours du début de saison jusqu'au 31 décembre** dès leur prise en charge par le club.

2.3 : Elèves des écoles de football :

Les joueurs de moins de 6 ans bénéficient des garanties Individuelle Accident et Assistance Rapatriement alors même qu'ils n'ont pas encore leur licence ou qui ne sont pas licenciés.

2.4 : Invités et Bénévoles non licenciés :

Bénéficient des garanties Individuelle Accident et Assistance Rapatriement les pratiquants occasionnels (à des journées portes ouvertes, rencontres amicales ou tournois) non licenciés ainsi que les bénévoles non licenciés et dont le but est de :

- Découvrir l'activité pratiquée à l'exclusion de toute compétition officielle, dans la limite de 3 jours par an (« Invités »),
- Prêter gratuitement leur concours à l'organisation des activités du club (« Bénévoles »).

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

3.1. - Sont garanties :

- La pratique du football et du futsal (lors de compétitions, matchs officiels ou amicaux, de sélection ou de présélection, de stages, d'entraînements, ...), ainsi que toutes activités annexes ou connexes
- Les activités des licenciés non pratiquants, notamment des dirigeants, en rapport avec l'objet de la Ligue,

dès lors que ces activités sont organisées par la Ligue, ses districts, clubs, associations ou groupements organismes affiliés agissant dans le cadre de la Ligue et qu'elles se déroulent dans les lieux d'installations sportives appartenant ou mis à disposition de, ou agréées par la Ligue, ses districts, clubs, associations ou groupements affiliés.

Est exclue la pratique des sports et activités suivantes : les sports aériens, les sports comportant l'usage de véhicules terrestres à moteur, l'utilisation d'embarcation d'une longueur supérieure à 5m50 ou équipée d'un moteur de plus de 10 CV ou pouvant transporter plus de 10 personnes, le saut à l'élastique, l'alpinisme, l'escalade, le canyoning, la spéléologie.

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 Ligue ou ses organismes affiliés agissant dans le cadre de la Ligue.

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, **SAUF dans le cadre du TELETHON ou autres actions humanitaires.**

3.3 - Les assurés sont également couverts au cours des déplacements nécessités par les activités visées ci-dessus.

Article 4 : CONDITIONS INDIVIDUELLES D'ADHESION / GARANTIES OPTIONNELLES

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

Par ailleurs, le licencié peut, à titre volontaire et individuel, demander à bénéficier de garanties complémentaires (frais de soins de santé, indemnités journalières, décès, invalidité) destinées à améliorer sa couverture en cas de dommages corporels.

Article 5 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

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

Hors de France Métropolitaine et DOM-TOM ou du Val d'ARAN, lors d'un déplacement ou d'un séjour temporaire ne dépassant pas 90 jours. Le déplacement ou le séjour doit être organisé par la Ligue, ses districts, clubs, associations ou groupements affiliés et le pays d'accueil ne doit pas être en état de guerre ou en état d'instabilité politique notoire.

Article 6 : 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) par la ligue de la demande de licence formulée par le club. Elle cesse à la date de fin de validité de la licence.

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

Article 7 : DÉCLARATION D'ACCIDENT - Obligation de l'assuré

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

Pour faciliter et accélérer la connaissance des déclarations d'accident, la Mutuelle met à la disposition de ses adhérents un **NUMERO VERT (0.800.857.857)** utilisable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Ce service ne peut se substituer en matière de preuve à l'envoi d'une déclaration écrite de sinistre (selon les procédures normalement applicables), cette dernière restant en toute hypothèse obligatoire.

La non déclaration ou la déclaration passés les délais ci-dessus entraîne la déchéance de garantie dans la mesure où le retard, non imputable à un cas fortuit ou de force majeure, aura causé un préjudice aux assureurs.

L'assuré doit en outre :

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

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

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

Article 8 : ASSURANCES CUMULATIVES

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

Article 9 : PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

La prescription peut être interrompue par :

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

Article 10: MÉDIATEUR

En cas de difficulté, l'assuré peut d'abord consulter son interlocuteur habituel, en principe, le responsable de son club ; si le désaccord persiste, il peut s'adresser à la Ligue et en troisième ressort à la M.D.S. Au cas où le litige n'a pu être résolu par ces voies, l'assuré peut demander les coordonnées du médiateur compétent, dont les conditions de saisine lui seront communiquées sur simple demande.

Article 11 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

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

L'assuré peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de l'assureur, de ses mandataires et réassureurs ou de la Ligue. 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 : DÉFINITIONS

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

12.1. - Accident :

Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Toute mort subite ne résultant pas d'un état antérieur et intervenant au cours des activités garanties est assimilée à un accident et donne lieu au versement d'une indemnité décès.

Sont également garanties :

- les conséquences d'un traitement médical ou chirurgical nécessités par l'accident,
- les maladies qui seraient la conséquence directe de l'accident, à la condition qu'il n'y ait pas eu entre-temps un certificat médical de guérison ou une reprise d'activité professionnelle,
- les tours de reins et lombagos

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 utilisés en droit commun.

12.4. - Droit de contrôle et expertise

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

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

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

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

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

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 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. - FRAIS DE SOINS DE SANTE DES BLESSES

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 120% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et dans la limite des frais réels exposés.

Elle rembourse également le forfait journalier hospitalier.

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'état de santé de l'assuré.

13.2. - CAPITAL INVALIDITE

En cas d'invalidité permanente, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant est fixé à **25 000 € lorsque le taux d'invalidité est égal à 100%**.

Si le taux d'invalidité est inférieur à 100 %, le capital effectivement dû est celui figurant en annexe au présent Accord collectif.

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 du taux est substituée au taux dans le barème annexé susvisé.**

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

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

13.3. - CAPITAL DECES

En cas de décès survenant dans le délai de deux ans à compter du jour de l'accident, la M.D.S. garantit le versement d'un capital d'un montant de **15000 €**.

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

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

14.1. - Règlement des frais de soins divers

Il appartient à l'assuré d'adresser à la M.D.S. ses bordereaux de remboursement du régime obligatoire et le cas échéant de tout régime complémentaire.

Les assurés de la M.D.S. non affiliés à une caisse chirurgicale ou mutualiste, peuvent éviter, lorsqu'ils sont hospitalisés sur le territoire français, de faire l'avance du ticket modérateur et/ou du forfait journalier en lui faisant adresser par l'établissement hospitalier une demande de prise en charge rappelant les références du dossier concerné.

En cas d'hospitalisation à l'étranger, une avance de fonds peut être consentie dans les conditions visées à l'article 17.2. ci-dessous.

14.2. - Formalités en cas d'invalidité

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

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

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

- la date de première constatation de l'affection.

La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire et de faire expertiser l'assuré par un médecin expert de son choix.

La reconnaissance de l'invalidité permanente suite à un accident survenu à l'étranger ne peut avoir qu'après le retour de l'assuré en France.

14.3 - 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 15 : EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties :

- la pratique professionnelle de toutes activités sportives,
- 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.

GARANTIES « 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 16 : DÉFINITIONS

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

16.1 - Accident grave :

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

16.2. - Maladie grave :

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

Article 17 : GARANTIES

17.1. - Rapatriement médical

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

Dans l'hypothèse où la Sécurité Sociale prend en charge la rééducation dans un centre spécialisé, Mutuaide Assistance prend en charge le rapatriement de l'assuré vers ce centre de rééducation physique.

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

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

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

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

Avant son départ, le bénéficiaire doit se munir du justificatif délivré par l'organisme social auquel il est affilié (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) pour un séjour dans un pays de l'Union Européenne.

A la suite d'accident ou de maladie grave de l'assuré survenu à l'étranger dans le cadre des activités garanties, Mutuaide Assistance rembourse la partie des frais médicaux qui n'a pas été prise en charge par les organismes sociaux et/ou tout organisme de prévoyance ou complémentaire de l'assuré à concurrence de **10 000 €**.

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

En cas de nécessité, Mutuaide Assistance pourra sentir 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 pour un assuré social en France
- Les frais médicaux en France pour un assuré social en Espagne
- Les prothèses, appareillages
- Les cures thermales, les rééducations.

17.3. - Visite d'un proche

En cas d'hospitalisation pour une durée de plus de 5 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, 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.

S'agissant des licenciés des catégories « Débutants », « Poussins » et « Benjamins », Mutuaide Assistance prend en charge :

- sur justificatifs et à concurrence de 100 € par jour (maximum 3 nuits) les frais d'hôtel de la personne s'étant rendue au chevet de l'assuré,

OU

- un lit d'accompagnement en milieu hospitalier (maximum 400 €).

17.4. - Retour anticipé uniquement depuis l'étranger

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

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

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

17.5. - Rapatriement de corps

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

Mutuaide Assistance participe à concurrence de **460 € T.T.C.** 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,
- prend en charge sur justificatifs et à concurrence de 100 € les frais d'hôtel du membre de la famille déplacé.

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

Prise en charge ou remboursement des frais de recherche et/ou de secours à concurrence de **30 000 €**. Cette prestation s'applique aux frais de recherche et/ou de secours non pris en charge par les organismes publics de secours.

Modalités d'application et procédure de déclaration :

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

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

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

Remboursement :

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

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

Exclusions :

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

17.7. - Encadrement de remplacement

En cas de rapatriement d'un personnel d'encadrement suite à un accident ou à un décès d'un assuré, Mutuaide Assistance prend en charge le billet aller de son remplaçant.

Article 18 - 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.
- La pratique professionnelle de toutes activités sportives,
- Tout déplacement excédant 90 jours consécutifs.
- Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas de poursuivre son voyage.
- Les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance.
- Les faits provoqués intentionnellement par le bénéficiaire ou résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide pendant la première année de garantie.
- Une infirmité préexistante.
- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement.
- Les états de grossesse de plus de 6 mois (date présumée de conception) à moins d'une complication imprévisible.
- Les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées.
- Le suicide ou la tentative de suicide, une mutilation volontaire du bénéficiaire.
- Les dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré.
- Les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré.

Article 19 - MISE EN OEUVRE DES GARANTIES

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

Ce service est accessible

Par téléphone **01.45.16.65.70** (International + 33.1.45.16.65.70)

Par fax **01.45.16.63.92** (International + 33.1.45.16.63.92)

Par télex **261.531**

Mutuaide Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence

Mutuaide Assistance intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

Article 20 - CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

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

ANNEXE : CAPITAL INVALIDITE

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

2/4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16

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