



FEDERATION FRANCAISE DE TAEKWONDO ET DISCIPLINES ASSOCIEES (FFTDA)

Accord collectif n° 1289 souscrit auprès de la MUTUELLE DES SPORTIFS Notice d'information Individuelle Accident et Assistance Rapatriement / Saison 2017 / 2018

Les licenciés de la Fédération bénéficiant du présent Accord collectif deviennent membres participants de la M.D.S. Conformément aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et des articles 10 et 12 des statuts de la MDS, leur représentation à l'assemblée générale de la M.D.S. est organisée comme suit :

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

DISPOSITIONS COMMUNES

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 FFTDA, conformément aux dispositions du Code du Sport.

Article 2 : ASSURES

2.1. – Licenciés :

- les licenciés de la FFTDA pratiquant les activités définies à l'article 3 ci-dessous, résidant en France ou dans les Principautés d'Andorre et de Monaco,
- les licenciés résidant hors de France ou des Principautés d'Andorre et Monaco ne sont assurés que si les activités visées à l'article 3 ci-dessous sont pratiquées dans les pays visés ci-dessus et/ou sous l'autorité de la Fédération ou ses Ligues Régionales, Comités Départementaux ou clubs affiliés.

2.2. – Invités et Bénévoles :

Les pratiquants occasionnels 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 (« invités »),
- prêter gratuitement leur concours à l'organisation des activités (« bénévoles »).

Les invités et bénévoles non licenciés sont automatiquement garantis dès lors qu'ils participent à une activité organisée par la Fédération, une Ligue Régionale ou un Comité Départemental.

Dans l'éventualité où les bénévoles participeraient à une activité organisée par un club affilié, celui-ci aurait la possibilité de souscrire auprès de la MDS à une extension de garantie en vue de faire bénéficier les bénévoles en question d'une couverture au titre de l'individuelle accident.

2.3 - Athlètes et dirigeants étrangers (*) :

Bénéficient des garanties individuelle accident les athlètes et dirigeants étrangers présents sur le territoire français à l'invitation d'une instance dirigeante de la Fédération ou pour un stage ou une compétition.

(*) Garanties limitées aux « Frais pharmaceutiques », aux « Frais de traitement », aux « Dépassements d'honoraires », au Forfait hospitalier ».

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

- Les activités sportives des licenciés pratiquant le taekwondo et les disciplines associées sous toutes leurs formes (compétitions officielles ou non, rencontres amicales, enseignement, pratique dans le cadre d'actions à but humanitaire, actions de promotion et/ou de propagande, ...),
- Les activités physiques et sportives nécessaires à l'entraînement et à la préparation physique,
- Les activités des licenciés non pratiquants, notamment les dirigeants, en rapport avec l'objet de la Fédération,
- Les stages avec ou sans hébergement,
- Les sorties pour la pratique d'entraînement et d'activités physiques et sportives des licenciés

(sous réserve que ces activités soient organisées par la Fédération ou ses Ligues Régionales Comités Départementaux ou clubs affiliés).

- La participation à des manifestations festives à caractère privé telles que fêtes, bals, kermesses, repas, sorties (à l'exclusion des conséquences de l'utilisation de véhicule terrestre à moteur) sous réserve que ces activités soient organisées par la Fédération ou ses Ligues Régionales, Comités Départementaux ou clubs affiliés, qu'elles soient réservées aux licenciés de la Fédération et aux membres de leur famille.

Sont exclus :

- toutes manifestations organisées à des fins commerciales (sont admises toutefois les manifestations payantes organisées de façon ponctuelle et procurant

Sont exclus :

- 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 n'ayant pas la qualité d'assuré,
- les risques découlant de courses landaises et corridas.

- Les activités en rapport avec l'objet de la Fédération et de ses groupements affiliés.
- Le transport bénévole effectué par des véhicules pour les déplacements nécessités par une réunion sportive. Il faut entendre par déplacement le trajet aller et retour du domicile ou du lieu de rassemblement à celui de la réunion.

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

La garantie s'exerce pour les dommages survenus en France, et dans 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 la Fédération ou ses Ligues Régionales, Comités Départementaux ou clubs affiliés, et dès lors que le pays d'accueil n'est pas en état de guerre ou en état d'instabilité politique notoire.

Article 5 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

Pour les sportifs prenant pour la première fois leur licence, la garantie est accordée dès le jour de réception à 0 heure de la demande de licence par la Fédération. Elle cesse à la date de fin de validité de la licence.

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

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

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

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

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

La non déclaration ou la déclaration 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 7 : ASSURANCES CUMULATIVES

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

Article 8 : PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1°/ en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a 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 significatives à celui que l'on veut empêcher de prescrire, citation en justice, même en référé, etc...)
- ainsi que dans les cas ci-après :
 - désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
 - envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception,
 - . par la Société à l'Assuré, en ce qui concerne le paiement de la cotisation,
 - . par l'Assuré à la Société, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 9: RECLAMATIONS / MÉDIATEUR

En cas de difficultés ou de réclamations relatives aux garanties prévues au présent Accord collectif, l'assuré peut écrire directement à :

MUTUELLE DES SPORTIFS – Service Réclamations – 2/4 rue Louis David – 75782 Paris Cedex 16 – Tel. 01.53.04.86.30 - Fax 01.53.04.86.10 - reclamations@grpmds.com

La Mutuelle des Sportifs s'engage à :

- accuser réception du courrier de réclamation de l'assuré dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables,
- le tenir informé du traitement de la réclamation par le service compétent,
- lui indiquer lorsque les délais sur lesquels il s'est engagé (1 mois maximum) ne peuvent être respectés.

Si le désaccord persiste, l'assuré peut saisir le Médiateur (personnalité indépendante), dont les coordonnées sont les suivantes :

Mutuelle des Sportifs – Le Médiateur – 2/4 rue Louis David – 75782 Paris cedex 16

Article 10 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la présente convention. L'assuré peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de l'assureur, de ses mandataires et réassureurs ou de la Fédération. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la M.D.S., à l'adresse de son siège social (loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978).

GARANTIES « INDIVIDUELLE ACCIDENT »

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

Article 11 : DÉFINITIONS

11.1. – Accident :

Par accident corporel, il faut comprendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et toute mort subite ne résultant pas d'un état pathologique antérieur.

Sont également considérées comme accidents corporels, les atteintes corporelles suivantes :

- l'empoisonnement, les lésions, causés par des substances vénéneuses ou corrosives ou par l'absorption d'aliments avariés ou de corps étrangers ; toutefois, exceptés ceux provenant de l'action criminelle de tiers, ces dommages ne sont pas garantis s'ils sont le résultat d'atteintes à évolution lente,
- les conséquences d'injections médicales mais seulement si elles ont été mal faites ou faites par erreur quant à la nature du produit injecté,
- les congélations, insulations ou asphyxies survenant par suite d'un événement fortuit,
- les conséquences des interventions chirurgicales dans le seul cas où elles sont nécessitées par un accident garanti.

11.2. - Invalidité Permanente Totale ou Partielle :

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

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

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

11.3. - Barème du concours médical

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

11.4. - Incapacité Temporaire Totale de Travail

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

11.5. - Enfants à charge

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

11.6. - 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.

11.7. - Assurés

Pour l'application des garanties définies au présent article, il faut entendre par :

- Dirigeants :

Toutes les personnes licenciées de la Fédération Française de Taekwondo, régulièrement élues dans les structures fédérales, clubs et associations affiliés.

Sont considérés comme dirigeants les membres élus du Comité Directeur de la Fédération, des Comités Régionaux, Comités Départementaux et Associations affiliées, ainsi que les Présidents, Secrétaire Général, Trésoriers des groupements sportifs régulièrement affiliés à la Fédération.

Sont également considérés comme dirigeants :

- les cadres techniques d'Etat licenciés mis à la disposition de la Fédération ou de ses organes déconcentrés par le Ministère de la Jeunesse et des Sports,
- les membres licenciés des Commissions de la Fédération, les officiels licenciés.

- Athlètes de haut niveau :

Toutes les personnes licenciées à la Fédération et régulièrement inscrites sur les listes des athlètes de haut niveau publiées par la Fédération.

- Participants étrangers :

Les participants étrangers (athlètes et dirigeants) présents sur le territoire français à l'invitation de la Fédération ou d'un organe déconcentré ou bien pour un stage ou une compétition.

Ils bénéficient des seules garanties « Frais pharmaceutiques », « Frais de traitement », « Dépassement d'honoraires », « Forfait hospitalier ».

Article 12 : GARANTIES

12.1. MODALITES :

IL CONVIENT DE SE REPORTER A LA PAGE 3 DE LA PRESENTE NOTICE POUR CONSULTER LE TABLEAU DESCRIPTIF DES GARANTIES VISEES AU PRESENT ARTICLE

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

12.1.1. Capital Décès :

En cas de décès, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant est indiqué au tableau ci-dessous page 3.

Toute mort subite intervenant au cours ou à la suite de la pratique de l'activité sportive donne lieu au versement d'un capital décès.

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

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

12.1.2. Capital Invalidité :

En cas d'invalidité permanente, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est indiqué au tableau ci-dessous page 3.

Ce capital est versé en totalité lorsque le taux d'invalidité est égal à 100 %.

Pour les taux d'invalidité inférieurs à 100 %, le capital effectivement dû est celui figurant en Annexe.

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

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

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

MONTANTS DES GARANTIES :

Les garanties ci-après bénéficient automatiquement aux assurés visés à l'article 2, dans les conditions prévues aux articles 2, 11 et 12.

<u>GARANTIES</u>	LICENCIES	ATHLETES DE HAUT NIVEAU ET DIRIGEANTS	Franchise
<u>DECES</u>			
Moins de 16 ans	7 623 €	7 623 €	Néant
Seize ans et plus	30 500 €	61 000 €	Néant
(majoration de 10% par enfant à charge de moins de 25 ans dans la limite de 50% du capital garanti)			
<u>INVALIDITE</u> (Voir tableaux ci-après en annexe)	100 000 € (pour 100% d'IPP)	150 000 € (pour 100% d'IPP)	Néant
<u>FRAIS PHARMACEUTIQUES</u>	Frais réels	Frais réels	Néant
<u>FRAIS DE TRAITEMENT</u>	Frais réels	Frais réels	Néant
<u>DEPASSEMENTS HONORAIRES</u>	Frais réels	Frais réels	Néant
<u>FORFAIT HOSPITALIER</u>	Frais réels	Frais réels	Néant
<u>FRAIS DE TRANSPORT</u>			
Du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins	Frais réels	Frais réels	Néant
Pour se rendre aux soins prescrits médicalement	Frais réels	Frais réels	Néant
Transport domicile / école, université, lieu de travail	500 € par sinistre	500 € par sinistre	Néant
<u>SOINS DENTAIRES ET PROTHESES</u>	300 € par dent sans plafond	600 € par dent sans plafond	Néant
<u>OPTIQUE</u>	250 € par verre ou monture	600 € par verre ou monture	Néant
<u>CENTRE DE REEDUCATION TRAUMATOLOGIQUE SPORTIVE</u>	3 000 €	3 000 €	Néant
<u>FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE</u>		60 € par licencié et par jour (max. 365 jours)	10 jours
<u>INDEMNITES JOURNALIERES</u> (franchise 10 jours)		60 € par jour (max. 365 jours)	10 jours

CAPITAL SANTE

L'assuré bénéficie également d'un « **CAPITAL SANTE** » d'un montant maximal de 1 000 €.

Ce capital santé est disponible en totalité à chaque accident.

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

L'assuré peut, sur justificatifs et dans la limite des frais réels restant à charge après remboursement par le régime de sécurité sociale et de tout régime de prévoyance complémentaire, disposer de ce capital :

pour toutes les dépenses suivantes sous réserve d'être prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :

- les dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux,
- les prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,
- les dents fracturées,
- les prothèses déjà existantes nécessitant une réparation ou un remplacement,
- en cas d'hospitalisation :

la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte)
si le blessé est mineur :

- le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital,
- les frais de trajet dans la limite de 0,25 € / km,

les frais d'ostéopathie, sous réserve que les soins soient pratiqués par un Médecin praticien.

les frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, dans la limite de 0,25 € / km

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

12.1.3. 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.

12.1.4. Frais de soins de santé :

Les remboursements des frais pharmaceutiques, des frais de traitement, et des dépassements d'honoraires, s'effectuent à hauteur de 100% des frais restant à la charge de l'assuré, après intervention de tout régime de prévoyance obligatoire ou complémentaire (Sécurité Sociale, Mutuelles et autres assurances ...) dont l'assuré bénéficie.

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

12.1.5. Frais de traitement :

Les frais de traitement (remboursés par la MDS après intervention de tout régime de prévoyance obligatoire ou complémentaire dont l'assuré bénéficie) indiqués au tableau ci-dessous page 3 s'entendent des frais :

- de médecine générale ou spéciale, d'intervention chirurgicale et de salle d'opération,
- de rééducation fonctionnelle ou professionnelle,
- de première acquisition de toutes prothèses et tous appareillages,
- d'analyses et d'examen de laboratoire,
- de séjour dans les établissements de soins publics et privés.

12.1.6. Principe indemnitaire :

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

12.1.7. 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 des montants indiqués au tableau ci-dessus page 3, et dans la limite des frais réels restant à charge, 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.

12.1.8. Bris de lunettes ou de lentilles :

Le bris accidentel de lunettes ou de lentilles durant les activités sportives, y compris le trajet, fait l'objet d'un remboursement forfaitaire à concurrence des montants indiqués au tableau ci-dessus page 3, 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.

12.1.9. Frais de remise à niveau scolaire :

Pour le licencié victime d'un accident entraînant une interruption de sa scolarité ou de ses études constatée médicalement, il sera versé une indemnité journalière de soutien scolaire suivant les montants indiqués au tableau ci-dessus page 3, et ce sans tenir compte des vacances scolaires.

12.1.10. Indemnités journalières :

Les indemnités sont versées :

- dans la limite de la perte de revenus réelle (sous déduction des indemnités versées par le(s) régime(s) de prévoyance et de celles attribuées au titre de la loi sur la mensualisation et de la convention collective applicable),
- après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise,
- pendant au maximum 365 jours.

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

12.2. MONTANTS DES GARANTIES :

IL CONVIENT DE SE REPORTER A LA PAGE 3 DE LA PRESENTE NOTICE POUR CONSULTER LE TABLEAU DESCRIPTIF DES GARANTIES VISEES A L'ARTICLE 12.1 CI-DESSUS

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

13.1. - Règlement des frais de soins divers

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

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

En cas d'hospitalisation à l'étranger, une avance de fonds peut être consentie dans les conditions visées à l'article 16.3 ci-dessous.

13.2. - Formalités en cas d'invalidité

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

- le taux d'invalidité probable et la date de consolidation. Si l'assuré est affilié au régime général de la Sécurité Sociale (ou à un régime équivalent) classant son invalidité en 2ème ou 3ème catégorie au sens du Code de la Sécurité Sociale ;
- la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'adhérent,
- la date de première constatation de l'affection.

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

13.3 - Formalités en cas de décès de l'assuré

Les pièces suivantes doivent être adressées à la MDS :

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

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

Article 14 : EXCLUSIONS

- les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès,
- les suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide,
- les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active,
- les accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense,
- les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré,
- les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré,

GARANTIE « ASSISTANCE-RAPATRIEMENT » Souscrites par la M.D.S. au bénéfice de ses adhérents

Mutuaide Assistance, société anonyme d'assurance régie par le Code des Assurances assure les garanties « M.D.S. Assistance » proposées aux assurés victimes d'accident ou de maladie grave, dans le cadre des activités garanties telles que décrites à l'article 3 ci-dessus.

Article 15 : DÉFINITIONS

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

15.1 - Accident grave :

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

15.2. - Maladie grave :

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

15.3. - Titres de transports :

Pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1^{ère} classe.

Pour les trajets dont la durée est supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe touriste.

Article 16: GARANTIES

16.1. - Rapatriement médical

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

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

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

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

Un médecin éventuellement commis devra avoir libre accès au dossier médical du patient, afin de réunir les éléments nécessaires à la décision et à l'organisation du transport sanitaire.

16.2. - Mise à disposition d'un chauffeur

Si une maladie ou un accident ne permet pas à l'assuré ou à l'un des passagers de conduire le véhicule privé utilisé pour se rendre à une manifestation organisée par la Fédération Française de Taekwondo, Mutuaide Assistance met à sa disposition un chauffeur qualifié. Il ramène le véhicule au domicile de l'assuré après réparations éventuelles par l'itinéraire le plus direct.

L'assuré supporte les frais de péage, de consommation du carburant et les éventuels frais de remise en état du véhicule.

Toutefois, Mutuaide Assistance n'est pas tenu d'exécuter cet engagement s'il s'agit d'un véhicule qui n'est pas en parfait état de fonctionnement ou qui présente une ou plusieurs anomalies en infraction aux Codes de la route français et international.

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

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

A la suite d'accident ou maladie grave de l'assuré survenu à l'étranger dans le cadre des activités garanties, Mutuaide Assistance rembourse la partie des frais médicaux qui n'a pas été prise en charge par les organismes sociaux et/ou tout organisme de prévoyance ou complémentaire de l'assuré à concurrence de **5 335,72 €**.

Ce montant est porté à **15 245 €** pour les dirigeants et les athlètes de haut niveau.

Seront pris en charge les frais d'ambulance sur place ordonnés par un médecin, pour effectuer un trajet local, autres que ceux de premiers secours.

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

Exclusions particulières :

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

16.4. - 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.

Mutuaide Assistance prend en charge sur justificatif et à concurrence de **46 € TTC par jour (maximum 4 nuits)** les frais d'hôtel de la personne s'étant rendue au chevet du malade ou du blessé.

Les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge.

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

16.5. - Retour anticipé uniquement depuis l'étranger

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

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

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

16.6. - 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 s'occupe de toutes les formalités à accomplir sur place et prend en charge les frais de traitement post-mortem, de mise en bière et de cercueil indispensable au transport à l'exclusion des frais d'obsèques et d'inhumation.

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

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

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

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

Modalités d'application et procédure de déclaration :

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

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

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

Remboursement :

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

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

Exclusions :

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

Article 17 - EXCLUSIONS GENERALES

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

Article 18 - MISE EN OEUVRE DES GARANTIES

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

Ce service est accessible

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

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

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

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

Article 12 - CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

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

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

LICENCIES DE BASE

TAUX	CAPITAUX
100%	100 000,00 €
99%	100 000,00 €
98%	100 000,00 €
97%	100 000,00 €
96%	100 000,00 €
95%	100 000,00 €
94%	100 000,00 €
93%	100 000,00 €
92%	100 000,00 €
91%	100 000,00 €
90%	100 000,00 €
89%	100 000,00 €
88%	100 000,00 €
87%	100 000,00 €
86%	100 000,00 €
85%	100 000,00 €
84%	100 000,00 €
83%	100 000,00 €
82%	100 000,00 €
81%	100 000,00 €
80%	100 000,00 €
79%	100 000,00 €
78%	100 000,00 €
77%	100 000,00 €
76%	100 000,00 €
75%	100 000,00 €
74%	100 000,00 €
73%	100 000,00 €
72%	100 000,00 €
71%	100 000,00 €
70%	100 000,00 €
69%	100 000,00 €
68%	100 000,00 €
67%	100 000,00 €
66%	100 000,00 €
65%	100 000,00 €
64%	100 000,00 €
63%	100 000,00 €
62%	100 000,00 €
61%	100 000,00 €
60%	66 644,37 €
59%	65 533,63 €
58%	64 422,89 €
57%	63 312,16 €
56%	62 201,42 €
55%	61 090,68 €
54%	59 979,94 €
53%	58 869,20 €
52%	57 758,46 €
51%	56 647,72 €

TAUX	CAPITAUX
50%	33 322,19 €
49%	32 655,74 €
48%	31 989,30 €
47%	31 323,07 €
46%	30 656,41 €
45%	29 989,96 €
44%	29 323,52 €
43%	28 657,08 €
42%	27 990,63 €
41%	27 324,19 €
40%	26 657,74 €
39%	25 991,30 €
38%	25 324,86 €
37%	24 658,41 €
36%	23 991,97 €
35%	23 325,53 €
34%	22 659,08 €
33%	8 797,05 €
32%	8 530,47 €
31%	8 263,90 €
30%	7 997,32 €
29%	7 730,74 €
28%	7 464,16 €
27%	7 197,59 €
26%	6 931,01 €
25%	6 664,43 €
24%	6 397,85 €
23%	6 131,28 €
22%	5 864,70 €
21%	5 598,12 €
20%	5 331,54 €
19%	5 064,97 €
18%	4 798,39 €
17%	4 531,81 €
16%	4 265,23 €
15%	3 998,65 €
14%	3 732,08 €
13%	3 465,50 €
12%	3 198,92 €
11%	2 932,34 €
10%	2 665,77 €
9%	2 399,19 €
8%	2 132,61 €
7%	1 866,04 €
6%	1 599,46 €
5%	1 332,88 €
4%	1 066,30 €
3%	799,73 €
2%	533,15 €
1%	266,57 €

ATHLETES DE HAUT NIVEAU ET DIRIGEANTS

TAUX	CAPITAUX
100%	150 000,00 €
99%	150 000,00 €
98%	150 000,00 €
97%	150 000,00 €
96%	150 000,00 €
95%	150 000,00 €
94%	150 000,00 €
93%	150 000,00 €
92%	150 000,00 €
91%	150 000,00 €
90%	150 000,00 €
89%	150 000,00 €
88%	150 000,00 €
87%	150 000,00 €
86%	150 000,00 €
85%	150 000,00 €
84%	150 000,00 €
83%	150 000,00 €
82%	150 000,00 €
81%	150 000,00 €
80%	150 000,00 €
79%	150 000,00 €
78%	150 000,00 €
77%	150 000,00 €
76%	150 000,00 €
75%	150 000,00 €
74%	150 000,00 €
73%	150 000,00 €
72%	150 000,00 €
71%	150 000,00 €
70%	150 000,00 €
69%	150 000,00 €
68%	150 000,00 €
67%	150 000,00 €
66%	150 000,00 €
65%	150 000,00 €
64%	150 000,00 €
63%	150 000,00 €
62%	150 000,00 €
61%	150 000,00 €
60%	99 966,56 €
59%	98 300,45 €
58%	96 634,34 €
57%	94 968,24 €
56%	93 302,13 €
55%	91 636,02 €
54%	89 969,91 €
53%	88 303,80 €
52%	86 637,69 €
51%	84 971,58 €

TAUX	CAPITAUX
50%	49 983,29 €
49%	48 983,61 €
48%	47 983,95 €
47%	46 984,61 €
46%	45 984,62 €
45%	44 984,94 €
44%	43 985,28 €
43%	42 985,62 €
42%	41 985,95 €
41%	40 986,29 €
40%	39 986,61 €
39%	38 986,95 €
38%	37 987,29 €
37%	36 987,62 €
36%	35 987,96 €
35%	34 988,30 €
34%	33 988,62 €
33%	13 195,58 €
32%	12 795,71 €
31%	12 395,85 €
30%	11 995,98 €
29%	11 596,11 €
28%	11 196,24 €
27%	10 796,39 €
26%	10 396,52 €
25%	9 996,65 €
24%	9 596,78 €
23%	9 196,92 €
22%	8 797,05 €
21%	8 397,18 €
20%	7 997,31 €
19%	7 597,46 €
18%	7 197,59 €
17%	6 797,72 €
16%	6 397,85 €
15%	5 997,98 €
14%	5 598,12 €
13%	5 198,25 €
12%	4 798,38 €
11%	4 398,51 €
10%	3 998,66 €
9%	3 598,79 €
8%	3 198,92 €
7%	2 799,06 €
6%	2 399,19 €
5%	1 999,32 €
4%	1 599,45 €
3%	1 199,60 €
2%	799,73 €
1%	399,86 €