



FEDERATION FRANCAISE DE KARATE (FFK)

Accord collectif n° 2215 /// Notice d'information Individuelle Accident // Saison 2021 / 2022

Les personnes adhérant dans le cadre du présent accord collectif et bénéficiant des prestations qui y sont définies deviennent membres participants de la Mutuelle des Sportifs. Elles reçoivent gratuitement un exemplaire des statuts de la Mutuelle des Sportifs. Conformément aux dispositions du Code de la Mutualité et en application des articles 10 à 14 des statuts de la Mutuelle des Sportifs, les membres participants au titre du présent accord collectif sont représentés à l'assemblée générale de la Mutuelle des Sportifs par des délégués désignés, chaque année, par la Fédération Française de Karaté.

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 Fédération Française de Karaté et Disciplines Associées (FFK), de ses Ligues, Comités, Associations, Clubs et organismes affiliés, conformément aux dispositions du Code du Sport.

Article 2 : ASSURES

- ▶ Les licenciés (1) de la FFK, de ses Ligues, Comités, Associations, Clubs et organismes affiliés pratiquant les activités définies à l'article 3 ci-dessus, résidant en France Métropolitaine, en Corse, dans les DOM, COM, ROM, POM ou dans les Principautés d'Andorre ou de Monaco.
- ▶ Les licenciés (1) de la FFK, de ses Ligues, Comités, Associations, Clubs et organismes affiliés résidant hors de France Métropolitaine, de Corse, des DOM, COM, ROM, POM ou des Principautés d'Andorre ou de Monaco ne sont assurés que si les activités visées à l'article 3 ci-dessus sont pratiquées dans les pays visés ci-dessus et/ou sous l'autorité de la FFKDA, Ligues, Comités, Associations, Clubs et organismes affiliés.

(1) Sont également assurés :

- ▶ les dirigeants (2) non licenciés de la Fédération,
- ▶ le personnel de la Fédération, y compris les dirigeants (2) et les bénévoles dûment mandatés par ceux-ci,
- ▶ les non licenciés participant à des journées portes ouvertes organisées par la Fédération ou un groupement sportif affilié :
 - en nombre illimité en début de saison sportive, soit du 1^{er} septembre au 31 octobre,
 - dans la limite de 2 jours par club en cas d'organisation entre le 1^{er} novembre et le 31 août,
 sous réserve que cette journée ait fait l'objet d'une déclaration préalable 48 h avant son déroulement auprès de la MDS et de la FFK.

(2) On entend par dirigeant :

- ▶ toutes les personnes régulièrement élues au sein des instances dirigeantes de la Fédération, des Ligues et des Comités départementaux,
- ▶ les cadres fédéraux,
- ▶ les cadres techniques d'Etat mis à la disposition de la Fédération ou de ses organes décentralisés par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports,
- ▶ les membres des Commissions de la Fédération, les arbitres et les juges arbitres.

Peuvent être assurés par souscription distincte à l'initiative du club :

- les bénévoles non licenciés prêtant gratuitement leur concours à l'organisation des activités du club,
- les « participants étrangers » : athlètes et dirigeants étrangers présents sur le territoire français à l'invitation d'une instance dirigeante de la Fédération ou de ses organismes affiliés ou pour un stage ou une compétition.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

- ▶ La pratique de l'ensemble des activités sportives organisées par la Fédération et notamment le Karaté et les disciplines associées (et leur enseignement) sous toutes leurs formes (telles que le karaté-do, le karaté jitsu, le yoseikan budo, le krav maga, le wushu, le para-karaté, les arts martiaux vietnamiens et les arts martiaux du Sud-Est asiatique), comprenant la participation :
 - o à des compétitions (officielles ou amicales) et leurs essais ou entraînements préparatoires,
 - o aux séances d'entraînement sur les lieux des installations sportives appartenant ou mis à la disposition de la Fédération, de ses Ligues, de ses Comités Départementaux, des Clubs et des Associations affiliés, ou en dehors de ces lieux sous réserve que ces séances se déroulent sous leur contrôle ou leur surveillance et avec leur autorisation,
 - o à toutes épreuves organisées dans le cadre du Téléthon ou autres actions à but humanitaire,
 - o aux passages de brevets,
 - o à la remise des coupes, prix afférents aux compétitions, qu'elles soient réalisées à la clôture de la compétition ou en différé,
 - o à des actions de promotion et/ou propagande, notamment démonstrations, exhibitions, défilés, soirées de gala, organisées par la FFK, ses Ligues, ses Comités Départementaux, ses Clubs et ses Associations affiliés,
 - o à des stages d'initiation ou de perfectionnement organisés ou agréés par la FFK, ses Ligues, ses Comités Départementaux, ses Clubs et

ses Associations affiliés.

- ▶ L'exercice d'autres activités dans le cadre fédéral, même si celles-ci ne relèvent pas directement du domaine sportif :
 - o toutes réunions en tous lieux, y compris à l'étranger, organisées par la FFK, ses Ligues, ses Comités Départementaux, ses Clubs et ses Associations affiliés,
 - o les manifestations culturelles, récréatives, amicales, notamment parties de cartes, bals, voyages, banquets, sorties,
 - o se déplacer en tous lieux et en revenir par tous modes dans le cadre des activités énoncées ci-dessus,
 - o toutes actions administratives, logistiques, informatiques et autres.

La présente énumération est faite à titre indicatif et non limitatif.

▶ Sont exclus les sports à risques suivants :

Boxe, Catch, Spéléologie, Chasse et plongée sous-marine, Motonautisme, Yachting à plus de 5 milles des côtes, Sports aériens, Alpinisme, Varappe, Hockey sur glace, Bobsleigh, Skeleton, Saut à ski.

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

La garantie s'exerce :

- En France, dans les D.O.M., C.O.M., R.O.M., P.O.M ou dans les Principautés d'Andorre ou de Monaco : sans limitation de durée ;
- Dans les autres pays du Monde Entier : lors d'un déplacement ou d'un séjour temporaire ne dépassant pas un an et organisé par la Fédération ou ses Ligues, Comités, Associations, Clubs ou organismes affiliés, étant précisé que le pays d'accueil ne doit pas être en état de guerre ou en état d'instabilité politique notoire.

Article 5 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

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 - Obligations 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: RECLAMATION / MÉDIATION

8.1. – Garanties Individuelle Accident:

En cas de désaccord sur l'application des garanties de la M.D.S., l'assuré peut présenter sa réclamation au Service Réclamations de la M.D.S. :

- ▶ par voie postale à : **MUTUELLE DES SPORTIFS – Service Réclamations – 2/4 rue Louis David – 75782 Paris Cedex 16**
- ▶ par messagerie électronique à : reclamations@grpmds.com
- ▶ par télécopie au : **01.53.04.86.10**
- ▶ par téléphone au : **01.53.04.86.30** (numéro non sur-taxé) ; dans ce dernier cas, une confirmation écrite du réclamant doit être adressée au Service Réclamations.

Le Service Réclamations s'engage à :

- ▶ accuser réception de la réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation écrite, sauf si la réponse est apportée dans ce délai,
- ▶ tenir le réclamant informé du déroulement du traitement de sa réclamation,
- ▶ traiter la réclamation dans le délai maximal de 2 mois à compter de la réception de la réclamation écrite.

Si le désaccord subsiste après examen de la réclamation, l'assuré a la faculté de saisir le Médiateur de la consommation auprès du Groupe MDS en formulant sa demande, par voie postale sous pli confidentiel à l'adresse suivante : Monsieur Philippe BORGAT (PhB expertise et conseil), Médiateur de la consommation auprès du Groupe M.D.S. – 6 rue Bouchardon – 75010 PARIS, ou par voie de dépôt en ligne d'une demande de médiation sur le site du Médiateur : <http://mediation.mutuelle-des-sportifs.com>

Le Médiateur intervient selon les modalités et dans les limites définies dans la Charte de la Médiation de la consommation auprès du Groupe MDS, charte dont une copie est communiquée à l'assuré sur simple demande de sa part adressée au Service Réclamations.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas à l'assuré qui conserve la faculté de saisir le tribunal compétent afin de le faire statuer sur le litige qui l'oppose à la M.D.S. »

8.2. - Garanties Assistance Rapatriement :

En cas de désaccord ou de mécontentement sur la mise en œuvre des garanties d'assistance du contrat, l'assuré peut le faire connaître à MUTUAIDE en appelant le 01.55.98.51.42 ou en écrivant à medical@mutuaide.fr.

Si la réponse qu'il obtient ne lui donne pas satisfaction, l'assuré peut adresser un courrier à : **MUTUAIDE - SERVICE QUALITE CLIENTS - 126 RUE DE LA PIAZZA - CS 20010 - 93196 NOISY LE GRAND CEDEX.**

MUTUAIDE s'engage à accuser réception du courrier de l'assuré dans un délai de 10 jours ouvrés. Il sera traité dans les 2 mois au plus.

Enfin, si à réception de la réponse, le désaccord persiste, l'assuré peut s'adresser au Médiateur de Groupama en écrivant au 5/7 rue du Centre 93199 Noisy-le-Grand, sans préjudice de votre droit de saisir éventuellement la justice.

Article 9 : 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 10 : DÉFINITIONS

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

10.1. - 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.

10.2. - Accident de sport :

Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, **pendant une rencontre sportive, une compétition ou une séance d'entraînement. Un accident survenant pendant un trajet ne peut en aucun cas être considéré comme un accident de sport.**

10.3. - 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 10.4. 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.....).

10.4. - Barème du concours médical

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

10.5. - Incapacité Temporaire Totale de Travail

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

10.6. - 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.

10.7. - Enfants à charge

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

10.8. - 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 11 : GARANTIES

11.1. - Modalités :

Les montants des garanties sont précisés au tableau ci-dessous. Pour la mise en œuvre de certaines d'entre elles, il convient de se reporter aux précisions et modalités ci-après exposées.

▶ Capital Décès :

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

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

La mort subite se définit comme une mort naturelle (non traumatique) d'un individu apparemment en bonne santé, survenant de manière soudaine et inattendue, l'intervalle entre les premiers symptômes alarmants et la mort n'excédant pas quelques minutes.

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 partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité ou au concubin notoire, à défaut aux héritiers légaux.

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

▶ Capital Invalidité :

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

Ce barème sera appliqué en faisant abstraction du taux d'invalidité éventuellement préexistant dès lors que cette invalidité préexistante n'est pas la conséquence d'un accident pris en charge par la M.D.S.

Seule la majoration du taux d'invalidité imputable à l'accident garanti sera prise en compte. Pour l'application de cette disposition cette majoration de taux est substituée au taux dans le barème annexé susvisé.

En revanche, dès lors qu'un assuré a déjà été indemnisé par la MDS 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 10.2. et 10.3.

▶ Frais de soins de santé :

Les remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation s'effectuent à concurrence des frais réels exposés et dans la limite précisée au tableau ci-dessous, **après intervention de tout régime de prévoyance obligatoire ou complémentaire (Sécurité Sociale, Mutuelles et autres assurances ...) dont l'assuré bénéficie.**

Les prothèses dentaires, le bris de lunettes et les frais de transport font l'objet de remboursements décrits au « CAPITAL SANTE » défini ci-après.

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.

11.2. - **Montants des garanties :**

DECES ET INVALIDITE		LICENCIES	DIRIGEANTS	ATHLETES DE HAUT NIVEAU
DECES	- Moins de 16 ans	8 000 €	8 000 €	8 000 €
	- 16 ans et plus	31 000 €	46 000 €	60 000 €
Majoration de 10% par enfant à charge de moins de 18 ans dans la limite de 50% du capital garanti				
INVALIDITE (pour 100% d'IPP) Capital réductible en fonction du taux (cf. Annexe ci-après)		110 000 €	130 000 €	130 000 €
FRAIS DE SOINS DE SANTE		200 % de la base de remboursement Sécurité Sociale		
FRAIS DE PREMIER TRANSPORT (Du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins)		Frais réels		
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		Frais réels		

FRAIS MEDICAUX	LICENCIES	DIRIGEANTS	ATHLETES DE HAUT NIVEAU
CAPITAL SANTE	1 000 € par accident	2 000 € par accident	2 000 € par accident
<p>Au-delà des prestations définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « CAPITAL SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1 000 € ou 2 000 € selon la qualité de l'assuré.</p> <p>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 reconstruit en cas d'accident ultérieur.</p> <p>L'assuré pourra disposer de ce capital pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ dépassements d'honoraires médicaux (y compris sur la pharmacie) ou chirurgicaux, ▶ prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale, ▶ bris de lunettes et perte de lentilles durant les activités sportives (s'il s'agit d'un accident de sport, sur production d'un certificat médical précisant que l'assuré doit nécessairement porter ses lunettes ou ses lentilles pendant les activités sportives), ▶ frais de prothèse dentaire, 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, ▶ en cas d'hospitalisation, la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc... ne sont pas pris en compte) et / ou le coût d'un parent accompagnant si le blessé a moins de 12 ans, ▶ frais de transport pour se rendre aux soins prescrits médicalement, dans la limite de 0,25 € par km, ▶ frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, dans la limite de 0,25 € par km, ▶ frais de séjour médicalement prescrits en centre de rééducation traumatologique sportive, de thalassothérapie, de convalescence ou maison de repos, ▶ frais de remise à niveau scolaire ou universitaire, ▶ frais d'ostéopathie (ils devront être prescrits et pratiqués par un médecin praticien). 			

On entend par **Athlètes de haut niveau** toutes les personnes licenciées à la Fédération et régulièrement inscrites sur les listes des athlètes de haut niveau publiées par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports ainsi que les effectifs des pôles France, pôles Espoirs, centres nationaux d'entraînement, les athlètes sélectionnés en Equipe de France et finalistes des championnats nationaux individuels.

Les garanties sont accordées aux participants étrangers non licenciés sous condition d'une cotisation supplémentaire.

Article 12 : FORMALITÉS A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

12.1. - 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 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 18.3 ci-dessous.

12.2. - Règlement du Capital Santé

La M.D.S. demandera tout justificatif utile, notamment relevés de la Sécurité Sociale, factures, etc...

12.3. - 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.

12.4 - 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,
- 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 : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent Accord collectif 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'assuré 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 significatifs 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 14 : EXCLUSIONS

- ▶ les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès,
- ▶ les suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide,
- ▶ les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active,

- ▶ les accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense,
- ▶ les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré,
- ▶ les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré,
- ▶ les accidents résultant des effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité.

Article 15 : PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

En application du règlement européen n°2016-679 relatif à la protection des données et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement dont le responsable est la Mutuelle des Sportifs et dont la finalité porte pour la gestion des garanties du présent Accord collectif.

Ces données seront conservées pour les durées nécessaires à la réalisation des finalités énumérées ci-dessus et conformément aux obligations légales et réglementaires.

La Mutuelle des Sportifs s'engage notamment au respect des obligations ci-dessous et à en justifier auprès de la Fédération à sa demande :

- ▶ Informer et/ou permettre l'information des personnes concernées par les traitements en vertu de la réglementation relative à la protection des données personnelles,
- ▶ Habilitier les membres de son personnel qui sont susceptibles d'accéder aux données à caractère personnel et gérer ces habilitations,
- ▶ Informer sans délai la Fédération de tout événement ou incident, volontaire ou accidentel, relatif à la confidentialité, l'intégrité et à la sécurité des données à caractère personnel traitées, notamment toute atteinte, perte, vol, divulgation, destruction ou accès non autorisé,
- ▶ Coopérer avec les autorités de protection des données compétentes, notamment en cas de demande d'information qui pourrait leur être adressée ou en cas de contrôle ;
- ▶ Informer immédiatement la Fédération de toute requête provenant

d'une autorité française ou étrangère, administrative ou judiciaire, affectant, en tout ou partie, les données à caractère personnel.

La personne concernée dispose, conformément à la réglementation en vigueur, d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, d'effacement, de limitation, d'un droit à la portabilité et d'un droit de donner des instructions relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données après son décès, droits qui peuvent être exercés :

- ▶ par voie électronique à l'adresse suivante RGPD@mutuelle-des-sportifs.com,
- ▶ par voie postale à l'adresse du siège social de la Mutuelle des Sportifs, en précisant ses nom, prénom, adresse postale et en joignant une copie recto-verso de sa pièce d'identité.

En cas de contestation portant sur le traitement, une réclamation peut être adressée à la CNIL par la personne concernée, en ligne ou par voie postale.

Article 16 : SECURITE DES DONNEES

L'Assureur s'engage à assurer la sécurité et la confidentialité de l'ensemble des données échangées ou stockées dans le cadre de la réalisation du présent Accord collectif et empêcher leur accès à des tiers non autorisés pendant sa durée.

L'Assureur garantit également l'intégrité des données par la mise en place de dispositifs de sécurité appropriés, tant pour la transmission des données sur le réseau que pour leur stockage ainsi que leur traitement. A ce titre, l'Assureur prendra toutes les mesures nécessaires destinées à éviter la perte, la destruction, la modification ou l'altération des données.

Le cas échéant, la reconstitution des données est à la charge de l'Assureur. Les données ne peuvent être saisies, stockées, transportées, traitées ou diffusées que dans des environnements garantissant leur sécurité.

Lorsque l'Assureur a accès à des données nominatives ou sensibles au sens de la Loi Informatique et Libertés, il s'engage à mettre en place toutes les mesures adéquates pour préserver la confidentialité desdites données.

ANNEXE : CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA MDS AU TITRE DE L'ARTICLE 11.2

TAUX	Licenciés	Dirigeants / Athlètes de Haut Niveau	TAUX	Licenciés	Dirigeants / Athlètes de Haut Niveau	TAUX	Licenciés	Dirigeants / Athlètes de Haut Niveau	TAUX	Licenciés	Dirigeants / Athlètes de Haut Niveau
100%	110 000 €	130 000 €	75 %	110 000 €	130 000 €	50 %	27 500 €	32 500 €	25 %	5 500 €	6 500 €
99 %	110 000 €	130 000 €	74 %	110 000 €	130 000 €	49 %	26 950 €	31 850 €	24 %	5 280 €	6 240 €
98 %	110 000 €	130 000 €	73 %	110 000 €	130 000 €	48 %	26 400 €	31 200 €	23 %	5 060 €	5 980 €
97 %	110 000 €	130 000 €	72 %	110 000 €	130 000 €	47 %	25 850 €	30 550 €	22 %	4 840 €	5 720 €
96 %	110 000 €	130 000 €	71 %	110 000 €	130 000 €	46 %	25 300 €	29 900 €	21 %	4 620 €	5 460 €
95 %	110 000 €	130 000 €	70 %	110 000 €	130 000 €	45 %	24 750 €	29 250 €	20 %	4 400 €	5 200 €
94 %	110 000 €	130 000 €	69 %	110 000 €	130 000 €	44 %	24 200 €	28 600 €	19 %	4 180 €	4 940 €
93 %	110 000 €	130 000 €	68 %	110 000 €	130 000 €	43 %	23 650 €	27 950 €	18 %	3 960 €	4 680 €
92 %	110 000 €	130 000 €	67 %	110 000 €	130 000 €	42 %	23 100 €	27 300 €	17 %	3 740 €	4 420 €
91 %	110 000 €	130 000 €	66 %	72 600 €	85 800 €	41 %	22 550 €	26 650 €	16 %	3 520 €	4 160 €
90 %	110 000 €	130 000 €	65 %	71 500 €	84 500 €	40 %	22 000 €	26 000 €	15 %	3 300 €	3 900 €
89 %	110 000 €	130 000 €	64 %	70 400 €	83 200 €	39 %	21 450 €	25 350 €	14 %	3 080 €	3 640 €
88 %	110 000 €	130 000 €	63 %	69 300 €	81 900 €	38 %	20 900 €	24 700 €	13 %	2 860 €	3 380 €
87 %	110 000 €	130 000 €	62 %	68 200 €	80 600 €	37 %	20 350 €	24 050 €	12 %	2 640 €	3 120 €
86 %	110 000 €	130 000 €	61 %	67 100 €	79 300 €	36 %	19 800 €	23 400 €	11 %	2 420 €	2 860 €
85 %	110 000 €	130 000 €	60 %	66 000 €	78 000 €	35 %	19 250 €	22 750 €	10 %	2 200 €	2 600 €
84 %	110 000 €	130 000 €	59 %	64 900 €	76 700 €	34 %	18 700 €	22 100 €	9 %	1 980 €	2 340 €
83 %	110 000 €	130 000 €	58 %	63 800 €	75 400 €	33 %	7 260 €	8 580 €	8 %	1 760 €	2 080 €
82 %	110 000 €	130 000 €	57 %	62 700 €	74 100 €	32 %	7 040 €	8 320 €	7 %	1 540 €	1 820 €
81 %	110 000 €	130 000 €	56 %	61 600 €	72 800 €	31 %	6 820 €	8 060 €	6 %	1 320 €	1 560 €
80 %	110 000 €	130 000 €	55 %	60 500 €	71 500 €	30 %	6 600 €	7 800 €	5 %	1 100 €	1 300 €
79 %	110 000 €	130 000 €	54 %	59 400 €	70 200 €	29 %	6 380 €	7 540 €	4 %	880 €	1 040 €
78 %	110 000 €	130 000 €	53 %	58 300 €	68 900 €	28 %	6 160 €	7 280 €	3 %	660 €	780 €
77 %	110 000 €	130 000 €	52 %	57 200 €	67 600 €	27 %	5 940 €	7 020 €	2 %	440 €	520 €
76 %	110 000 €	130 000 €	51 %	56 100 €	66 300 €	26 %	5 720 €	6 760 €	1 %	220 €	260 €

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

Article 17 : DÉFINITIONS

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

17.1 - Nous, l'Assureur :

MUTUAIDE ASSISTANCE – 126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX. SA au capital de 12 558 240 € – Entreprise régie par le Code des Assurances - Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel de Résolution – 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09 – 383 974 086 RCS Bobigny – TVA FR 31 383 974 086.

17.2 - 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.

17.3 - Assuré :

Personne physique ou groupe dûment assurés au présent contrat et désignés, ci-après, sous le terme « vous ».

17.4 - Définition de l'assistance aux personnes :

L'ensemble des prestations mises en œuvre en cas de maladie, blessure ou décès des personnes garanties, lors d'un déplacement garanti.

17.5 - Déplacement garanti :

Séjour pour lequel vous êtes assuré, avec une durée maximale de 90 jours consécutifs.

17.6 - Domicile :

Est considéré comme domicile le lieu de résidence principal et habituel en France, dans les DOM-ROM COM et collectivités sui generis ou en Europe. En cas de litige, le domicile fiscal constitue le domicile.

17.7 - Evénements garantis en assistance :

Maladie, blessure ou décès pendant un déplacement garanti.

17.8 - Exécution des prestations :

Les prestations garanties par la présente convention ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de MUTUAIDE ASSISTANCE. En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par les Bénéficiaires ne pourra être remboursée par MUTUAIDE ASSISTANCE.

17.9 - 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.

17.10 - Membres de la famille :

Votre conjoint de droit ou de fait ou toute personne qui vous est liée par un Pacte, vos ascendants ou descendants ou ceux de votre conjoint, vos beaux-pères, belles-mères, frères, sœurs, y compris les enfants du conjoint ou partenaire concubin d'un de vos ascendants directs, beaux-frères, belles-sœurs, gendres, belles-filles, ou ceux de votre conjoint. Ils doivent être domiciliés dans le même pays que vous sauf stipulation contractuelle contraire.

17.11 - Territorialité :

Monde entier.

Article 18 : GARANTIES

18.1. - Rapatriement médical

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

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

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

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

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.

18.2. - 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, Mutuaide Assistance met à sa disposition un chauffeur pour ramener le véhicule à votre lieu de résidence par l'itinéraire le plus direct.

Mutuaide prend en charge les frais de voyage et le salaire du chauffeur.

Le chauffeur est tenu de respecter la législation du travail, et en particulier doit - en l'état actuel de la réglementation française - observer un arrêt de 45 minutes après 4 heures 30 de conduite, le temps global de conduite journalier ne devant pas dépasser 9 heures.

Si votre véhicule a plus de 8 ans et/ou 150 000 km ou si son état et/ou son chargement n'est pas conforme aux normes définies par le Code de la route français, vous devrez nous le mentionner. Nous nous réservons alors le droit de ne pas envoyer de chauffeur.

Dans ce cas, et en remplacement de la mise à disposition d'un chauffeur, nous fournissons et prenons en charge un billet de train en 1ère classe ou un billet d'avion en classe économique pour aller rechercher le véhicule.

Cette prestation s'applique uniquement dans les pays suivants :

France (y compris Monaco, Andorre, sauf DOM-ROM, COM et collectivités sui generis), Espagne, Portugal, Grèce, Italie, Suisse, Liechtenstein, Autriche, Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Luxembourg, Royaume-Uni, Irlande, Danemark, Norvège, Suède, Finlande, Islande).

Les frais de carburant, de péage, les frais d'hôtel et de restauration des éventuels passagers restent à votre charge.

18.3. - Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger

Lorsque des frais médicaux ont été engagés avec notre accord préalable, nous vous remboursons la partie de ces frais qui n'aura pas été prise en charge par les éventuels organismes d'assurance auxquels vous êtes affiliés.

Nous n'intervenons qu'une fois les remboursements effectués par les organismes d'assurance susvisés, déduction faite d'une franchise dont le montant est indiqué au tableau des garanties, et sous réserve de la communication des justificatifs originaux de remboursement émanant de votre organisme d'assurance.

Ce remboursement couvre les frais définis ci-dessous, à condition qu'ils concernent des soins reçus par vous hors de votre pays de domicile à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu hors de votre pays de domicile.

Dans ce cas, nous remboursons le montant des frais engagés à concurrence de **11.000€**.

Ce montant est porté à **30 000 €** pour les dirigeants et les athlètes de haut niveau.

Dans l'hypothèse où l'organisme d'assurance auquel vous cotisez ne prendrait pas en charge les frais médicaux engagés, nous rembourserons les frais engagés dans la limite du montant indiqué au Tableau des Garanties, sous réserve de la communication par vous des factures originales de frais médicaux et de l'attestation de non prise en charge émanant de l'organisme d'assurance.

Cette prestation cesse à dater du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre rapatriement.

Nature des frais ouvrant droit à remboursement (sous réserve d'accord préalable) :

- ▶ honoraires médicaux,
- ▶ frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien,
- ▶ frais d'ambulance prescrite par un médecin pour un transport vers l'hôpital le plus proche et ceci seulement en cas de refus de prise en charge par les organismes d'assurance,
- ▶ frais d'hospitalisation à condition que vous soyez jugé intransportable par décision des médecins de l'Assistance, prise après recueil des informations auprès du médecin local (les frais d'hospitalisation engagés à compter du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre rapatriement ne sont pas pris en charge),
- ▶ frais dentaires d'urgence (plafonnés au montant indiqué au Tableau des Garanties, sans application de franchise).

EXTENSION DE LA PRESTATION : AVANCE DE FRAIS D'HOSPITALISATION (HORS DU PAYS DE RESIDENCE) :

Nous pouvons, dans la limite des montants de prise en charge prévus ci-dessus, procéder à l'avance des frais d'hospitalisation que vous devez engager hors de votre pays de domicile, aux conditions cumulatives suivantes :

- ▶ les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE doivent juger, après recueil des informations auprès du médecin local, qu'il est impossible de vous rapatrier dans l'immédiat dans votre pays de domicile.
- ▶ les soins auxquels s'applique l'avance doivent être prescrits en accord avec les médecins de MUTUAIDE ASSISTANCE.
- ▶ vous ou toute personne autorisée par vous doit s'engager formellement par la signature d'un document spécifique, fourni par MUTUAIDE ASSISTANCE lors de la mise en œuvre de la présente prestation :
 - à engager les démarches de prise en charge des frais auprès des organismes d'assurance dans le délai de 15 jours à compter de la date d'envoi des éléments nécessaires à ces démarches par MUTUAIDE ASSISTANCE,
 - à effectuer à MUTUAIDE ASSISTANCE les remboursements des sommes perçues à ce titre de la part des organismes d'assurance dans la semaine qui suit la réception de ces sommes.

Resteront uniquement à notre charge, et dans la limite du montant de prise en charge prévu pour la prestation "frais médicaux", les frais non pris en charge par les organismes d'assurance. Vous devrez nous fournir l'attestation de non prise en charge émanant de ces organismes d'assurance, dans la semaine qui suit sa réception.

Afin de préserver nos droits ultérieurs, nous nous réservons le droit de vous demander à vous ou à vos ayants droits une lettre d'engagement vous engageant à effectuer les démarches auprès des organismes sociaux et nous rembourser les sommes perçues. A défaut d'avoir effectué les démarches de prise en charge auprès des organismes d'assurance dans les délais, ou à défaut de présentation à MUTUAIDE ASSISTANCE dans les délais de l'attestation de non prise en charge émanant de ces organismes d'assurance, vous ne pourrez en aucun cas vous prévaloir de la prestation « frais médicaux » et devrez rembourser l'intégralité des frais d'hospitalisation avancés par MUTUAIDE ASSISTANCE, qui engagera, le cas échéant, toute procédure de recouvrement utile, dont le coût sera supporté par vous.

Exclusions particulières : Les frais médicaux en France; Les prothèses, appareillages; Les cures thermales, les rééducations.

18.4. - 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 **60 € TTC par jour (maximum 4 nuits)** les frais d'hôtel de la personne s'étant rendu 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.

18.5. - 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.

18.6. - 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.

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

Mutuaide prend en charge, à concurrence 30 000 €, les frais de recherche et de secours en mer ou en montagne à la suite d'un événement mettant votre vie en péril. Seul les frais facturés par une société dûment agréée pour ces activités peuvent être remboursés.

En aucun cas, nous ne pouvons, nous substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

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

18.8. – Mise en relation

Dans le cadre des garanties d'assurance du présent contrat, Mutuaide Assistance peut mettre en relation les assurés avec ses réseaux de services à la personne tels que : Aide-ménagère, soutiens scolaires, garde d'enfant, ...

Article 19 - EXCLUSIONS DE L'ASSISTANCE AUX PERSONNES

Ne donnent pas lieu à notre intervention :

- ▶ Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,
- ▶ Les frais médicaux et d'hospitalisation dans le pays de domicile,
- ▶ L'ivresse, le suicide ou la tentative de suicide et leurs conséquences,
- ▶ Toute mutilation volontaire de l'Assuré,
- ▶ Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et/ou qui n'empêchent pas l'Assuré de poursuivre son voyage,
- ▶ Les états de grossesse, à moins d'une complication imprévisible, et dans tous les cas, les états de grossesse au-delà de la 36^{ème} semaine, l'interruption volontaire de grossesse, les suites de l'accouchement,
- ▶ Les convalescences et les affections en cours de traitement, non encore consolidées et comportant un risque d'aggravation brutale,
- ▶ Les maladies antérieurement constituées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la date de départ en voyage,
- ▶ Les événements liés à un traitement médical ou à une intervention chirurgicale qui ne présenteraient pas un caractère imprévu, fortuit ou accidentel,
- ▶ Les frais de prothèse : optique, dentaire, acoustique, fonctionnelle, etc.
- ▶ Les conséquences des situations à risques infectieux en contexte épidémique qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques de la part des autorités sanitaires internationales et/ou sanitaires locales du pays où vous séjournez et/ou nationale de votre pays d'origine.
- ▶ Les frais de cure thermale, traitement esthétique, vaccination et les frais y découlant,
- ▶ Les séjours en maison de repos et les frais y découlant,
- ▶ Les rééducations, kinésithérapies, chiropraxies et les frais y découlant,
- ▶ Les hospitalisations prévues.

Article 20 - EXCLUSIONS GENERALES

Ne donnent pas lieu à notre intervention :

- ▶ Les prestations qui n'ont pas été demandées en cours de voyage ou qui n'ont pas été organisées par nos soins, ou en accord avec nous, ne donnent pas droit, a posteriori, à un remboursement ou à une indemnisation,
- ▶ Les frais de restauration, hôtel, sauf ceux précisés dans le texte des garanties,
- ▶ Les dommages provoqués intentionnellement par l'Assuré et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou à une rixe, sauf en cas de légitime défense,
- ▶ Le montant des condamnations et leurs conséquences,
- ▶ L'usage de stupéfiants ou drogues non prescrits médicalement,
- ▶ L'état d'imprégnation alcoolique, Les frais de douane,
- ▶ La participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye donnant droit à un classement national ou international qui est organisé par une fédération sportive pour laquelle une licence est délivrée ainsi que l'entraînement en vue de ces compétitions,
- ▶ La pratique, à titre professionnel, de tout sport,
- ▶ La participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,
- ▶ Les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs,
- ▶ Les frais engagés après le retour du voyage ou l'expiration de la garantie,

- ▶ Les accidents résultants de votre participation, même à titre d'amateur aux sports suivants : sports mécaniques (quel que soit le véhicule à moteur utilisé), sports aériens, alpinisme de haute montagne, bobsleigh, chasse aux animaux dangereux, hockey sur glace, skeleton, sports de combat, spéléologie, sports de neige comportant un classement international, national ou régional,
 - ▶ L'inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,
 - ▶ Les interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique,
 - ▶ L'utilisation par l'Assuré d'appareils de navigation aérienne,
 - ▶ L'utilisation d'engins de guerre, explosifs et armes à feu,
 - ▶ Les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'Assuré conformément à l'article L.113-1 du Code des Assurances,
 - ▶ Le suicide et la tentative de suicide,
 - ▶ Le saut à l'élastique
 - ▶ Une infirmité préexistante
 - ▶ Dans tous les cas les prestations qui n'ont pas été demandées et/ ou qui n'ont pas été organisées par Mutuaide Assistance ou en accord avec elle
 - ▶ Les épidémies et pandémies, pollutions, catastrophes naturelles,
 - ▶ La guerre civile ou étrangère, émeutes, grèves, mouvements populaires, actes de terrorisme, prise d'otage,
 - ▶ La désintégration du noyau atomique ou toute irradiation provenant d'une source d'énergie présentant un caractère de radioactivité.
- La responsabilité de MUTUAIDE ASSISTANCE en 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 la guerre civile ou étrangère, les émeutes ou mouvements populaires, le lock-out, les grèves, les attentats, les actes de terrorisme, les pirateries, les tempêtes et ouragans, les tremblements de terre, les cyclones, les éruptions volcaniques ou autres cataclysmes, la désintégration du noyau atomique, l'explosion d'engins et les effets nucléaires radioactifs, les épidémies, les effets de la pollution et catastrophes naturelles, les effets de radiation ou tout autre cas fortuit ou de force majeure, ainsi que leurs conséquences.

Article 21 - 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 01.55.98.51.42 (International + 33.1.55.98.51.42)

Par fax 01.45.16.63.92 (International + 33.1.45.16.63.92)

Par email medical@mutuaide.fr

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 22 – REGLES DE FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Seul l'appel téléphonique de l'Assuré au moment de l'événement permet la mise en œuvre des prestations d'assistance.

Dès réception de l'appel, MUTUAIDE ASSISTANCE, après avoir vérifié les droits du demandeur, organise et prend en charge les prestations prévues dans la présente convention.

Pour bénéficier d'une prestation, MUTUAIDE ASSISTANCE peut demander au Bénéficiaire/Adhérent de justifier de la qualité qu'il invoque et de produire, à ses frais, les pièces et documents prouvant ce droit.

L'Assuré doit permettre à nos médecins l'accès à toute information médicale concernant la personne pour laquelle nous intervenons. Cette information sera traitée dans le respect du secret médical.

MUTUAIDE ASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence et intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales, ni prendre en charge les frais ainsi engagés, à l'exception des frais de transport en ambulance ou en taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés, en cas d'affection bénigne ou de blessures légères ne nécessitant ni un rapatriement ni un transport médicalisé.

Les interventions que MUTUAIDE ASSISTANCE est amenée à réaliser se font dans le respect intégral des lois et règlements nationaux et internationaux. Elles sont donc liées à l'obtention des autorisations nécessaires par les autorités compétentes.

Lorsque MUTUAIDE ASSISTANCE a pris en charge le transport d'un Bénéficiaire/Adhérent, ce dernier doit lui restituer son billet de retour initialement prévu et non utilisé.

MUTUAIDE ASSISTANCE décide de la nature de la billetterie aérienne mise à la disposition du Bénéficiaire/Adhérent en fonction des possibilités offertes par les transporteurs aériens et de la durée du trajet.

Article 22 – CONDITIONS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements de l'Assuré ne peuvent être effectués par nos soins que sur présentation des factures originales acquittées correspondant à des frais engagés avec notre accord.

Les demandes de remboursement doivent être adressées à :

MUTUAIDE ASSISTANCE (MDS ASSISTANCE) - Service Gestion des Sinistres - 126, rue de la Piazza – CS 20010 - 93196 NOISY LE GRAND Cedex

Article 23 - 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.

Article 24 – SUBROGATION

MUTUAIDE ASSISTANCE est subrogée à concurrence des indemnités payées et des services fournis par elle dans les droits et actions du Bénéficiaire, contre toute personne responsable des faits ayant motivé son intervention.

Lorsque les prestations fournies en exécution de la convention sont couvertes en tout ou partie auprès d'une autre compagnie ou institution, MUTUAIDE ASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions du bénéficiaire contre cette compagnie ou cette institution.

Article 25 – COLLECTE DE DONNEES

L'Assuré reconnaît être informé que l'Assureur, traite ses données personnelles conformément à la réglementation relative à la protection des données personnelles en vigueur et que par ailleurs :

► Les réponses aux questions posées sont obligatoires et qu'en cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à son égard peuvent être la nullité de l'adhésion au contrat (article L 113-8 du Code des Assurances) ou la réduction des indemnités (article L 113-9 du Code des Assurances),

► Le traitement des données personnelles est nécessaire à l'adhésion et l'exécution de son contrat et de ses garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur.

► Les données collectées et traitées sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution du contrat ou de l'obligation légale. Ces données sont ensuite archivées conformément aux durées prévues par les dispositions relatives à la prescription.

► Les destinataires des données le concernant sont, dans la limite de leurs attributions, les services de l'Assureur en charge de la passation, gestion et exécution du Contrat d'assurance et des garanties, ses délégataires, mandataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes professionnels ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs.

Des informations le concernant peuvent également être transmises au Souscripteur, ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

► En sa qualité d'organisme financier, l'Assureur est soumis aux obligations légales issues principalement du code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, qu'à ce titre, il met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon ou à une mesure de gel des avoirs.

Les données et les documents concernant le Bénéficiaire sont conservés pour une durée de cinq (5) ans à compter de la clôture du contrat ou de la cessation de la relation.

► Ses données personnelles pourront également être utilisées dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude à l'assurance pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Cette inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de son dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés.

Dans ce cadre, des données personnelles le concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Assureur dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

En cas d'alerte de fraude, les données sont conservées maximum six (6) mois pour qualifier l'alerte puis supprimées, sauf si l'alerte s'avère pertinente. En cas d'alerte pertinente les données sont conservées jusqu'à cinq (5) ans à compter de la clôture du dossier de fraude, ou jusqu'au terme de la procédure judiciaire et des durées de prescription applicables.

Pour les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, les données les concernant sont supprimées passé le délai de 5 ans à compter de la date d'inscription sur cette liste.

► En sa qualité d'Assureur, il est fondé à effectuer des traitements de données relatives aux infractions, condamnations et mesures de sûreté soit au moment de la souscription du contrat, soit en cours de son exécution ou dans le cadre de la gestion de contentieux.

► Les données personnelles pourront également être utilisées par l'Assureur dans le cadre de traitements qu'il met en œuvre et dont l'objet est la recherche et le développement pour améliorer la qualité ou la pertinence de ses futurs produits d'assurance et ou d'assistance et offres de services.

► Les données personnelles le concernant peuvent être accessibles à certains des collaborateurs ou prestataires de l'Assureur établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne.

► L'Assuré dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées. Il dispose également du droit de demander de limiter l'utilisation de ses données lorsqu'elles ne sont plus nécessaires, ou de récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsqu'il a consenti à l'utilisation de ces données.

Il dispose d'un droit de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles après sa mort. Ces directives, générales ou

particulières, concernent la conservation, l'effacement et la communication de ses données après son décès.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de l'Assureur :

- par mail : à l'adresse DRPO@MUTUAIDE.fr

ou

- par courrier : en écrivant à l'adresse suivante :

Délégué représentant à la protection des données – MUTUAIDE ASSISTANCE - 126, rue de la Piazza - CS 20010 – 93196 Noisy le Grand CEDEX.

Après en avoir fait la demande auprès du Délégué représentant à la protection des données et n'ayant pas obtenu satisfaction, il a la possibilité de saisir la CNIL (Commission Nationale de l'informatique et des Libertés).

Article 26 – PRESCRIPTION

En application de l'article L 114-1 du Code des assurances, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans pour les garanties décès, les actions des bénéficiaires étant prescrites au plus tard trente ans à compter de cet évènement.

Toutefois, ce délai ne court :

► en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

► 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, ce délai de 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.

Ce délai de prescription peut être interrompu, conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :

► la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ;

► une demande en justice, même en référé, jusqu'à extinction de l'instance. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmier l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;

► une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil).

Il est rappelé que :

► L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

► En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du Code civil).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil).

Le délai de prescription peut être interrompu également par :

► la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;

► l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et adressée par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité de sinistre).

Article 27 – REGLEMENT DES LITIGES

Tout différend né entre l'Assureur et l'Assuré relatif à la fixation et au règlement des prestations sera soumis par la partie la plus diligente, à défaut de résolution amiable, à la juridiction compétente du domicile du bénéficiaire conformément aux dispositions prévues à l'article R 114-1 du Code des assurances.

Article 28 – FAUSSES DECLARATIONS

Lorsqu'elles changent l'objet du risque ou en diminuent notre opinion :

► Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive de votre part entraîne la nullité du contrat. Les primes payées nous demeurent acquises et nous serons en droit d'exiger le paiement des primes échues, tel que prévu à l'article L 113.8 du Code des Assurances.

► Toute omission ou déclaration inexacte de votre part dont la mauvaise foi n'est pas établie entraîne la résiliation du contrat 10 jours après la notification qui vous sera adressée par lettre recommandée et/ou l'application de la réduction des indemnités du Code des Assurances tel que prévu à l'article L 113.9.

Article 29 – AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle de MUTUAIDE est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4, place de Budapest – CS 92 459 – 75 436 Paris Cedex 9.

ARTICLE 20. Le terme «**Donnée personnelle**», désigne toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable (ci-après dénommée «**personne concernée**»); est réputée être une «**personne physique identifiable** » une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

L'assuré reconnaît être informé que l'Assureur traite ses données à caractère personnel et de son côté, en tant que responsable de traitement, l'Assureur s'engage à collecter et à traiter toute Donnée personnelle en conformité avec la réglementation applicable en matière de Données personnelles et en particulier le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des Données personnelles et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ainsi que la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

20.1 – Obligations de l'Assureur

Dans le cadre du Contrat, l'Assureur est amené à traiter des Données personnelles de santé protégées par le secret professionnel tel que défini à l'article L.226-13 du Code pénal. A ce titre, l'Assureur garantit à la personne concernée le strict respect du secret médical entourant ses Données personnelles et s'engage à prendre les mesures nécessaires.

L'Assureur s'engage à ne pas transférer les Données personnelles hors de l'Union européenne. Dans le cas où, l'Assureur effectue un tel transfert, il s'engage à mettre en place des garanties appropriées, conformément à la réglementation applicable en matière de protection des Données personnelles et en particulier à mettre en place des clauses contractuelles types adoptées par la Commission européenne, ou des règles d'entreprises contraignantes ou *Binding Corporate Rules (BCR)*.

En tout état de cause, l'Assureur s'oblige à héberger les Données personnelles de santé dans un *Data Center* en France.

20.2 – Sécurité des Données personnelles

L'Assureur s'engage à assurer la sécurité de l'ensemble des Données personnelles traitées dans le cadre de la réalisation du présent Contrat notamment contre toute destruction accidentelle et/ou illicite, contre toute altération, perte, diffusion ou accès non autorisé et plus généralement, contre toute autre forme de traitement illicite et/ou non autorisé.

A cet effet, l'Assureur prend toutes les mesures de sécurité requises pour assurer un niveau de sécurité conforme à la réglementation applicable en matière de Données personnelles.

L'Assureur respecte la confidentialité des Données personnelles et fait respecter la confidentialité des Données personnelles par les membres de son personnel. Elle habilite les membres de son personnel susceptibles d'accéder aux Données personnelles et gère ces habilitations.

L'Assureur s'engage et se porte fort, pour les membres de son personnel, permanent ou non permanent, ainsi que pour ses éventuels sous-traitants, à prendre toute disposition nécessaire pour faire respecter les présentes obligations.

20.3 – Destinataire des données personnelles

Les destinataires des données personnelles sont, dans la limite de leurs attributions, les Services de l'Assureur en charge de la passation, gestion et exécution du Contrat d'assurance et des garanties, ses délégués, mandataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Les données personnelles peuvent être transmises s'il y a lieu, aux organismes professionnels mais aussi à toute personne intervenant au contrat. Elles peuvent être transmises au souscripteur, et à toute personne habilitée au titre de Tiers Autorisés

20.4 – Durée de conservation

Les données personnelles collectées et traitées par l'Assureur sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution du contrat au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou de l'obligation légale. Ces données sont ensuite archivées conformément aux dispositions relatives à la prescription.

20.5 – Responsabilité

L'Assureur est responsable du traitement dont il assure la mise en œuvre. Il garantit le souscripteur contre toute réclamation d'une personne concernée résultant d'un manquement à la réglementation applicable en matière de Données personnelles qui lui causerait un préjudice.

20.6 – Gestion des incidents et violation de Données personnelles

L'Assureur s'engage à mettre en œuvre un processus de gestion des incidents de sécurité conformément à la réglementation applicable en matière de Données personnelles.

20.7 – Droit des personnes concernées

L'Assureur satisfait aux demandes d'exercice des droits des Personnes concernées dans un délai d'un mois conformément à la réglementation applicable en matière de Données personnelles. Il documente l'ensemble des demandes reçues et les réponses qui y ont été apportées.

L'assuré dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition des données traitées. Il peut également demander la limitation de l'utilisation de ses données personnelles quand elles ne sont plus nécessaires ou bien, de récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières étaient nécessaires au contrat ou quand il a consenti à l'utilisation de ses données.

L'assuré détient la possibilité de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles après sa mort, en ce qui concerne leurs conservations, effacements et communications.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de la Mutuelle Des Sportifs :

Par courriel : rqpd@mutuelle-des-sportifs.com

Par courrier : 2/4 rue Louis David, 75782 Paris Cedex 16

L'assuré qui n'obtiendrait pas satisfaction auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de l'Assureur, peut saisir la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

Le licencié a la possibilité de renoncer à la garantie Individuelle Accident de base incluse dans sa licence et peut en demander son remboursement (0,75 € TTC) par lettre à la M.D.S. - 2/4, rue Louis David, 75782 PARIS Cedex 16