GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

ACCORD COLLECTIF N° 980A24

ENTRE

LA LIGUE DU GRAND EST DE FOOTBALL
**(Le Domaine de la Talintey - 1 rue de la Grande Douve – BP 19
54250 Champigneulles)**

ET

LA MUTUELLE DES SPORTIFS
2/4 rue Louis David, 75782 Paris cedex 16

GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT
&
ASSISTANCE RAPATRIEMENT

SOMMAIRE GENERAL

ARTICLE LIMINAIRE
Représentation des licenciés à l'assemblée générale de la MDS P. 3

TITRE I - DISPOSITIONS COMMUNES P. 4

1) Objet P. 5
2) Assurés P. 5
3) Activités garanties P. 5
4) Etendue géographique des garanties P. 6
5) Prise d'effet de la garantie à l'égard des licenciés P. 6
6) Déclaration d'accident – Obligation de l'assuré P. 6
7) Assurances cumulatives P. 7
8) Prescription P. 7
9) Réclamations / Médiateur P. 8
10) Informatique et Liberté P. 8

TITRE II - GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT P. 9

11) Définitions P. 10
12) Garanties P. 11
- Modalités P. 11
- Montants des garanties P. 12

13) Règlements des prestations – Formalités à remplir en cas d'accident P. 16
14) Exclusions P. 16

TITRE III - GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT P. 17

15) Définitions P. 18
16) Garanties P. 18
17) Exclusions générales P. 20
18) Mise en œuvre des garanties P. 20
19) Circonstances exceptionnelles P. 20

TITRE IV - CONDITIONS GENERALES D'APPLICATION DU PRESENT ACCORD COLLECTIF P. 21

20) Prise d'effet, durée et renouvellement P. 22
21) Cotisations unitaires annuelles P. 22
22) Mandat d'encaissement des cotisations P. 22
23) Extensions de garanties P. 22
24) Information des licenciés, devoir de conseil P. 23

ARTICLE LIMINAIRE

REPRESENTATION DES LICENCIES A L'ASSEMBLEE GENERALE DE LA MDS

Les licenciés de la Ligue bénéficiant du présent Accord collectif deviennent membres participants de la M.D.S.

Ils reçoivent gratuitement un exemplaire des statuts de la M.D.S.

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

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

TITRE I

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

Article 2 : ASSURES

- Les licenciés à titre amateur de la Ligue,
- Les joueurs de moins de 6 ans alors même qu'ils n'ont pas encore leur licence ou qui ne sont pas licenciés,
- Les joueurs licenciés (ou non) en provenance (ou non) d'une autre Ligue :
  - à l'essai,
  - en cours de mutation (notamment pour des raisons professionnelles).
- Les pratiquants occasionnels non licenciés invités ou visiteurs (pratiquants occasionnels découvrant l'activité à l'occasion de journées portes ouvertes, rencontres amicales, ...) ainsi que les parents ou personnes civilement responsables de leur fait, **à l'exception des spectateurs qu'ils soient admis à titre gratuit ou payant,**
- Les participants à une manifestation de promotion du football,
- Les arbitres (ainsi que les dirigeants amenés à exercer des fonctions d'arbitres bénévoles, cet arbitrage occasionnel étant garanti par le présent Accord collectif qu'il y ait ou non validation médicale sur la licence),
- Les préposés (salariés ou non), stagiaires et auxiliaires de la Ligue, de ses Districts, clubs, associations, organismes ou groupements affiliés,
- Les cadres techniques, dirigeants statutaires ou non, délégués, entraîneurs, moniteurs, éducateurs, délégués officiels, commissaires, contrôleurs, animateurs, licenciés ou non,
- Les pratiquants occasionnels non licenciés (désignés par le terme « Invités ») découvrant l'activité pratiquée à l'exclusion de toute compétition officielle, dans la limite de 5 jours par an,
- Les bénévoles non licenciés prêtant gratuitement leur concours à l'organisation des activités du club.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

3.1. - Sont garanties :

- La pratique du football, du futsal, du Beach-soccer et plus généralement du football diversifié (lors de compétitions, matchs officiels ou amicaux, de sélection ou de présélection, matchs de football se déroulant dans le cadre de la Coupe de France ou de matchs de propagande avec des joueurs ou des équipes professionnels, de tournois de sixte, école de football, de séances d'initiation, de stages, d'entraînements, de manifestations de promotion du football...), ainsi que toutes activités annexes ou connexes (telles que réunions préparatoires, travaux effectués bénévolement pour la préparation ou la mise en état des sites, l'entretien des matériels ou équipements),
- Les activités physiques et sportives nécessaires à l'entraînement et à la préparation physique des licenciés,
- Les stages avec ou sans hébergement,
- Les activités des licenciés non pratiquants, notamment des dirigeants, en rapport avec l'objet de la Ligue,
- Les déplacements nécessités par un match de football, une réunion sportive ou une séance d'entraînement, y compris en ce qui concerne les sections Foot-Etude lors du trajet de l'établissement scolaire au lieu d'entraînement.

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

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

La participation à des manifestations festives à caractère privé telles que fêtes, bals, kermesses, repas, sorties **à l'exclusion cependant des conséquences de l'utilisation de véhicule terrestre à moteur au cours de ladite manifestation,** et seulement dans le cas où ces activités sont organisées par la Ligue ou ses districts, clubs, associations, organismes ou groupements affiliés.

Sont exclues :

- **toutes manifestations organisées à des fins commerciales (sont admises toutefois les manifestations payantes organisées de façon ponctuelle et procurant au groupement sportif des recettes complémentaires non régulières),**
- **toutes manifestations organisées au profit d'une autre association ou de toute personne morale ou physique, SAUF dans le cadre du TELETHON ou autres actions humanitaires.**

Sont également garanties les déplacements nécessités par les activités visées ci-dessus.

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

La garantie s'exerce dans les PAYS DU MONDE ENTIER.
Hors de France, des D.O.M., C.O.M., R.O.M., P.O.M ou des Principautés d'Andorre ou de Monaco, lors d'un déplacement ou d'un séjour temporaire ne dépassant pas 90 jours.
Le déplacement ou le séjour doit être organisé par la Ligue ou ses Districts, Clubs, Associations, organismes ou groupements affiliés et 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 A L'EGARD DES LICENCIES

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

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

Article 6 : DECLARATION D'ACCIDENT - Obligation de l'assuré

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

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

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

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

L'assuré doit en outre :

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

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

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

Article 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2°/ en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

La prescription peut être interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption ([Article 2244 du Code Civil] commandement ou saisie signifiés à celui que l'on veut empêcher de prescrire, citation en justice, même en référé, etc...)

- ainsi que dans les cas ci-après :
  - désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
  - envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception,
    . par la Société à l'Assuré, en ce qui concerne le paiement de la cotisation,
    . par l'Assuré à la Société, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 9: RECLAMATIONS / MEDIATEUR

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 un désaccord subsiste avec la MDS suite à la réponse écrite à sa réclamation, l'assuré aura, conformément à l'ordonnance du 20 août 2015 relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation et au décret du 30 octobre 2015 relatif à la médiation de la consommation, la faculté de faire appel au médiateur (personnalité indépendante). Il pourra formuler sa demande par voie postale sous pli confidentiel à l'adresse suivante : Le Médiateur du Groupe M.D.S. – 2/4 Rue Louis David – 75782 PARIS CEDEX 16. Il pourra également le faire par voie électronique à l'adresse suivante : Médiation@grpmds.com

Article 10 : INFORMATIQUE ET LIBERTE

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

TITRE II

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 : DEFINITIONS

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

11.1. - Accident :

Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.
Sont assimilés à un accident les déchirures musculaires, claquages, élongations, efforts, tours de reins.
Sont également considérés comme décès accidentels, les décès qui sont la conséquence d'un accident cardio-vasculaire survenu en action de jeu et ce au plus tard dans les 72 heures suivant cet accident.

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. - Principe indemnitaire

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

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.

Article 12 : GARANTIES

12.1) MODALITES :

Les montants des garanties sont précisés au tableau ci-dessous (Article 12.2).
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 survenant dans les 24 mois consécutifs à la date de l'accident, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant est indiqué au tableau ci-dessous (Article 12.2).

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 immédiate ou survenue dans un délai de 24 mois à compter du jour de l'accident, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est indiqué au tableau ci-dessous (Article 12.2).

Aucun capital n'est versé pour un taux d'invalidité inférieur à 5%.

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

Le 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.

12.1.3- Accident corporel grave :

En cas d'accident survenant **exclusivement pendant la pratique de l'activité sportive (à l'exclusion notamment des accidents de trajet),** et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que l'accident survenu peut entraîner des conséquences graves et irréversibles et que dans ces conditions le licencié blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible égale ou supérieure à 66%, la M.D.S. lui verse :

- **Avant la consolidation** et au plus tard dans les 4 mois de la blessure, **un capital forfaitaire immédiat de 100.000 €.**
  Ce forfait ne peut en aucun cas être remis en cause à la consolidation, même dans l'hypothèse où le blessé, bénéficiant d'une rémission, n'atteint pas lors de cette consolidation le taux de 66 %.

- **A la consolidation et si le taux d'Invalidité atteint ou excède 66%, un capital de 900.000 €.**

12.1.4. – Frais de transport :

Font l'objet d'un remboursement :

- Les frais de premier transport du lieu de l'accident à celui de l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins,
- Les transports pour se rendre aux soins prescrits par certificat médical.

12.1.5 – Frais de reconversion professionnelle :

Lorsque l'assuré victime d'un accident garanti, doit du fait de ses séquelles changer de profession, la M.D.S. prend en charge, après accord préalable, les frais justifiés de reconversion professionnelle à concurrence du montant figurant au tableau ci-dessous (Article 12.2).

12.1.6 – Frais de remise à niveau scolaire :

Les frais de remise à niveau scolaire pour les enfants accidentés mineurs ou majeurs âgés de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études peuvent faire l'objet de remboursement par la M.D.S. à concurrence du montant figurant au tableau ci-dessous (Article 12.2).
Un certificat de l'école ou de l'université fréquentée précisant que la nécessité de la remise à niveau est bien la conséquence des absences ou des troubles divers liés à l'accident sera toujours exigé.

12.1.7 – Hospitalisation médicale ou chirurgicale :

En cas d'hospitalisation résultant d'un accident garanti, la MDS verse une prestation journalière forfaitaire, non soumise à conditions de revenus, dans la limite du montant figurant au tableau ci-dessous (Article 12.2), pendant la durée de l'hospitalisation.

12.2) MONTANTS DES GARANTIES :

GARANTIES	MONTANTS	Franchise
DECES (*) - **Mineur non émancipé** - **Majeur ou mineur émancipé**	**15 000 €** **31 000 €** - Garantie acquise si le décès intervient dans un délai de 24 mois à compter du jour de l'accident - Sont considérés comme décès accidentels, les décès qui sont la conséquence d'un accident cardio-vasculaire survenu en action de jeu et ce au plus tard dans les 72 heures suivant cet accident.	Néant Néant
INVALIDITE PERMANENTE ACCIDENT DE SPORT (trajet exclu) [redacted]	**1 000 000 €** **(capital réductible en fonction du taux d'invalidité) (*)** **Versé en totalité si le taux d'invalidité est supérieur à 65%)** ↳ **Avant la consolidation,** lorsqu'il constaté par expertise médicale que suite à l'accident **le blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 66%, la MDS lui verse un capital forfaitaire immédiat de 100 000 € (celui-ci restant acquis en cas de rémission, si le blessé n'atteint pas à la consolidation le taux de 66%)** ↳ **A la consolidation et si le taux d'invalidité atteint ou excède 66%, il est versé le solde du capital revenant au blessé, soit la différence entre le capital de 1 000 000 € et le forfait immédiat de 100 000 € précédemment réglé.**	4 %
INVALIDITE PERMANENTE ACCIDENT AUTRE QUE DE SPORT [redacted]	**92 000 €** (capital réductible en fonction du taux d'invalidité) **(**)**	4 %

GARANTIES	MONTANTS	Franchise
REMBOURSEMENT DE SOINS (***)		
- Frais de soins de santé	300% de la base de remboursement Sécurité Sociale	Néant
- Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Néant
- Prothèses dentaire	300 €/dent (maximum 1 500 €)	Néant
- Frais d'implantologie	2 500 € / accident	Néant
- Appareil d'orthodontie (bris et perte)	700 €	Néant
- Bris de lunettes ou lentilles (forfait)	400 €	Néant
- Prothèse auditive, par appareil (forfait)	500 €	Néant
- Appareils et matériels divers (cannes, béquilles, fauteuils roulants, ...)	500 €	Néant
FRAIS DE PREMIER TRANSPORT	Frais réels	Néant
RECONVERSION PROFESSIONNELLE	8 000 €	Néant
REMISE A NIVEAU SCOLAIRE	50 €/jour (maximum : 3 000 €)	15 jours

(***) Les frais médicaux et d'hospitalisation non honorés avant leur départ par des pratiquants sportifs et dirigeants étrangers à l'occasion d'un séjour en France pour des rencontres internationales amicales ou officielles, font l'objet d'un remboursement dans la limite de 50 000 €.

BONUS SANTE	MONTANT PAR ACCIDENT : 1 525 €

L'assuré bénéficie, sur justificatifs, d'un « Bonus Santé » à concurrence d'un montant global maximal de 1.525 € par accident, dans la limite des frais réels restant à charge.
Ce Bonus Santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.

L'assuré pourra disposer de ce Bonus Santé 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 :

- les dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux,
- les prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,
- les bris de lunettes et perte de lentilles durant les activités sportives,
- les frais de prothèse dentaire,
- 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, ainsi que les frais de trajet,
  - versement d'une indemnité journalière, non soumise à conditions de revenus, d'un montant de 20 € par jour,
- les frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles,
- les frais de transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits,
- les frais d'ostéopathie (ils devront être prescrits et pratiqués par un médecin praticien),
- **et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.**

ANNEXE 1 / CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA MDS AUX LICENCIES EN CAS D'ACCIDENT DE SPORT (ACCIDENT DE TRAJET EXCLU)

TAUX	CAPITAUX
100%	1 000 000,00 €
99%	1 000 000,00 €
98%	1 000 000,00 €
97%	1 000 000,00 €
96%	1 000 000,00 €
95%	1 000 000,00 €
94%	1 000 000,00 €
93%	1 000 000,00 €
92%	1 000 000,00 €
91%	1 000 000,00 €
90%	1 000 000,00 €
89%	1 000 000,00 €
88%	1 000 000,00 €
87%	1 000 000,00 €
86%	1 000 000,00 €
85%	1 000 000,00 €
84%	1 000 000,00 €
83%	1 000 000,00 €
82%	1 000 000,00 €
81%	1 000 000,00 €
80%	1 000 000,00 €
79%	1 000 000,00 €
78%	1 000 000,00 €
77%	1 000 000,00 €
76%	1 000 000,00 €
75%	1 000 000,00 €
74%	1 000 000,00 €
73%	1 000 000,00 €
72%	1 000 000,00 €
71%	1 000 000,00 €
70%	1 000 000,00 €
69%	1 000 000,00 €
68%	1 000 000,00 €
67%	1 000 000,00 €
66%	1 000 000,00 €
65%	59 800,00 €
64%	58 880,00 €
63%	57 960,00 €
62%	57 040,00 €
61%	56 080,00 €
60%	55 160,00 €
59%	40 884,05 €
58%	40 191,10 €
57%	39 498,15 €
56%	38 805,20 €
55%	38 112,25 €
54%	37 419,30 €
53%	36 726,35 €
52%	36 033,40 €
51%	35 340,45 €

TAUX	CAPITAUX
50%	34 647,50 €
49%	33 954,55 €
48%	33 261,60 €
47%	32 568,65 €
46%	31 875,70 €
45%	31 182,75 €
44%	30 489,80 €
43%	29 796,85 €
42%	29 103,90 €
41%	28 410,95 €
40%	27 718,00 €
39%	27 025,05 €
38%	26 332,10 €
37%	25 639,15 €
36%	24 946,20 €
35%	24 253,25 €
34%	23 560,30 €
33%	22 867,35 €
32%	22 174,40 €
31%	21 481,45 €
30%	20 788,50 €
29%	20 095,55 €
28%	19 402,60 €
27%	18 709,65 €
26%	18 016,70 €
25%	17 323,75 €
24%	16 630,80 €
23%	15 937,85 €
22%	15 244,90 €
21%	14 551,95 €
20%	13 859,00 €
19%	13 166,05 €
18%	12 473,10 €
17%	11 780,15 €
16%	11 087,20 €
15%	10 394,25 €
14%	9 701,30 €
13%	9 008,35 €
12%	8 315,40 €
11%	7 622,45 €
10%	6 929,50 €
9%	6 236,55 €
8%	5 543,60 €
7%	4 850,65 €
6%	4 157,70 €
5%	3 464,75 €
4%	- €
3%	- €
2%	- €
1%	- €

ANNEXE 2

CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA M.D.S. HORS ACCIDENTS DE SPORT DES LICENCIES

TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX
100%	92 000,00 €	50%	34 647,50 €
99%	91 080,00 €	49%	33 954,55 €
98%	90 160,00 €	48%	33 261,60 €
97%	89 240,00 €	47%	32 568,65 €
96%	88 320,00 €	46%	31 875,70 €
95%	87 400,00 €	45%	31 182,75 €
94%	86 480,00 €	44%	30 489,80 €
93%	85 560,00 €	43%	29 796,85 €
92%	84 640,00 €	42%	29 103,90 €
91%	83 720,00 €	41%	28 410,95 €
90%	82 800,00 €	40%	27 718,00 €
89%	81 880,00 €	39%	27 025,05 €
88%	80 960,00 €	38%	26 332,10 €
87%	80 040,00 €	37%	25 639,15 €
86%	79 120,00 €	36%	24 946,20 €
85%	78 200,00 €	35%	24 253,25 €
84%	77 280,00 €	34%	23 560,30 €
83 %	76 360,00 €	33%	22 867,35 €
82%	75 440,00 €	32%	22 174,40 €
81%	74 520,00 €	31%	21 481,45 €
80%	73 600,00 €	30%	20 788,50 €
79%	72 680,00 €	29%	20 095,55 €
78%	71 760,00 €	28%	19 402,60 €
77%	70 840,00 €	27%	18 709,65 €
76%	69 920,00 €	26%	18 016,70 €
75%	69 000,00 €	25%	17 323,75 €
74%	68 080,00 €	24%	16 630,80 €
73%	67 160,00 €	23%	15 937,85 €
72%	66 240,00 €	22%	15 244,90 €
71%	65 320,00 €	21%	14 551,95 €
70%	64 400,00 €	20%	13 859,00 €
69%	63 480,00 €	19%	13 166,05 €
68%	62 560,00 €	18%	12 473,10 €
67%	61 640,00 €	17%	11 780,15 €
66%	60 720,00 €	16%	11 087,20 €
65%	59 800,00 €	15%	10 394,25 €
64%	58 880,00 €	14%	9 701,30 €
63%	57 960,00 €	13%	9 008,35 €
62%	57 040,00 €	12%	8 315,40 €
61%	56 080,00 €	11%	7 622,45 €
60%	55 160,00 €	10%	6 929,50 €
59%	40 884,05 €	9%	6 236,55 €
58%	40 191,10 €	8%	5 543,60 €
57%	39 498,15 €	7%	4 850,65 €
56%	38 805,20 €	6%	4 157,70 €
55%	38 112,25 €	5%	3 464,75 €
54%	37 419,30 €	4%	€
53%	36 726,35 €	3%	€
52%	36 033,40 €	2%	€
51%	35 340,45 €	1%	€

Article 13 : REGLEMENT DES PRESTATIONS : FORMALITES A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

13.1. - Règlement des frais de soins divers

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

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

En cas d'hospitalisation à l'étranger, une avance de fonds peut être consentie dans les conditions visées à l'article 16.2 ci-dessous.

13.2. - Formalités en cas d'invalidité

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

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

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

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

13.3 - Formalités en cas de décès de l'assuré

Les pièces suivantes doivent être adressées à la M.D.S.

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

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

Article 14 : EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties :

- **la pratique professionnelle de toutes activités sportives,**
- **les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès,**
- **les suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide,**
- **les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active,**
- **les accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense,**
- **les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré,**
- **les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré,**
- **les accidents résultant des effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité.**

TITRE III

GARANTIES «ASSISTANCE-RAPATRIEMENT»

Souscrites par la M.D.S. auprès de Mutuaide Assistance,
8-14 avenue des Frères Lumière
94366 Bry-sur-Marne Cedex
Entreprise régie par le Code des Assurances

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 15: DEFINITIONS

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

16.1 - Accident grave :

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

15.2. - Maladie grave :

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

Article 16 : GARANTIES

16.1. - Rapatriement médical

En cas d'accident ou maladie 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.

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

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

A la suite d'accident ou de maladie grave de l'assuré survenu à l'étranger dans le cadre des activités garanties, Mutuaide Assistance rembourse la partie des frais médicaux qui n'a pas été prise en charge par les organismes sociaux et/ou tout organisme de prévoyance ou complémentaire de l'assuré à concurrence de **5 500 €.**

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

Exclusions particulières :

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

16.3. - Visite d'un proche

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

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

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

16.4. - Retour anticipé uniquement depuis l'étranger

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

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

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

16.5. - Rapatriement de corps

En cas de décès d'un assuré, Mutuaide Assistance organise et prend en charge le transport de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine.
Mutuaide Assistance participe à concurrence de **457,35 € TTC** aux frais de cercueil utilisé pour le transport du corps organisé par elle. Les frais de cérémonie et d'inhumation restent à la charge de la famille.

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

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

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

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

Modalités d'application et procédure de déclaration :

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

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

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

Remboursement :

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

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

Article 17 - EXCLUSIONS GENERALES

- **Le saut à l'élastique,**
- **La pratique professionnelle de toutes activités sportives,**
- **DANS TOUS LES CAS LES PRESTATIONS QUI N'ONT PAS ETE DEMANDEES ET/OU QUI N'ONT PAS ETE ORGANISEES PAR MUTUAIDE ASSISTANCE OU EN ACCORD AVEC ELLE.**
- **Tout déplacement excédant 90 jours consécutifs.**
- **Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas de poursuivre son voyage.**
- **Les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance.**
- **Les faits provoqués intentionnellement par le bénéficiaire ou résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide 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 sur 24 et 7 jours sur 7.

Ce service est accessible

Par téléphone	**01.45.16.65.70 (International + 33.1.45.16.65.70)**
Par fax	**01.45.16.63.92 (International + 33.1.45.16.63.92)**

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

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

Article 19 - CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

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

TITRE IV

CONDITIONS GENERALES D'APPLICATION DU PRESENT ACCORD COLLECTIF

Article 20 : PRISE D'EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT

Le présent Accord collectif prend effet le **1er juillet 2017.**
Il est conclu pour une durée de un an avec tacite reconduction sauf dénonciation par l'une des parties par lettre recommandée avec accusé de réception deux mois au moins avant chaque échéance annuelle.

Article 21 : COTISATIONS UNITAIRES ANNUELLES

La cotisation unitaire, tenant compte du coût des garanties Individuelle Accident et Assistance Rapatriement ainsi que des taxes en vigueur, est fixée à **2,30 TTC par licencié** (dont 0,101 € TTC au titre de l'Assistance Rapatriement).

Article 22 : MANDAT D'ENCAISSEMENT DES COTISATIONS

La Ligue percevra, selon les procédures internes qu'elle jugera sous sa responsabilité les mieux appropriées, les cotisations unitaires dues par chaque licencié à la M.D.S.

Conformément à la législation applicable en milieu sportif, chaque licencié doit avoir connaissance du coût exact de ses garanties, lequel doit être strictement identique aux montants précisés à l'article 21 ci-dessus.

La Ligue s'engage à adresser à la M.D.S. au plus tard :

- le 1er décembre, le versement d'un premier acompte de 50% du montant estimé des cotisations dues sur la base de l'effectif de la saison précédente,
- le 1er juin, un état total des licenciés de la saison par catégorie et un versement complémentaire correspondant au total des cotisations dues, diminué d l'acompte précédemment versé.

En cas de divergence avec les chiffres communiqués à d'autres organismes, tels que par exemple le Ministère des Sports, la Ligue s'engage à communiquer à la M.D.S., sur simple demande de cette dernière, toute information susceptible de déterminer exactement le nombre des adhérents cotisants, et notamment la liste nominative de ses affiliés, l'exactitude de cette liste présentant un caractère déterminant pour la régularité de l'organisation des Assemblées Générales de la Mutuelle.

Article 23 : EXTENSIONS DE GARANTIES

Lorsque la Ligue, ses districts, clubs, associations ou organismes affiliés organisent ponctuellement des activités autres que celles définies ci-dessus, des garanties individuelle-accident peuvent leur être proposées sur leur demande. La cotisation sera établie au cas par cas en fonction des activités pratiquées et du nombre de participants.

Article 24 : INFORMATION DES LICENCIES, DEVOIR DE CONSEIL

La Ligue remet à chacun de ses licenciés, à l'occasion de la prise ou du renouvellement de leur licence, les conditions générales du contrat valant notice d'information ainsi que les statuts de la M.D.S.
La Ligue présente également à ses licenciés les garanties complémentaires facultatives en Individuelle Accident et leur rappelle, conformément à la loi, leur intérêt à y souscrire.
Tous les documents d'information, édités par la Ligue, ayant trait à l'assurance des licenciés, doivent avoir reçu l'accord préalable de la M.D.S.

Fait à Paris en deux exemplaires originaux, le 21 avril 2017

Le Président de la LIGUE DU GRAND EST DE FOOTBALL
Albert GEMMRICH

Le Directeur Général de la MUTUELLE DES SPORTIFS
Isabelle ~~SPITZBARTH~~

MUTUELLE DES SPORTIFS
2/4 rue Louis David
75782 PARIS CEDEX 16
Tél. 01 53 04 86 86 - Fax 01 53 04 86 87