



## FEDERATION FRANCAISE DE TAEKWONDO ET DISCIPLINES ASSOCIEES (FFTDA)

### Accord collectif n° 2202 souscrit auprès de la MUTUELLE DES SPORTIFS Notice d'information Individuelle Accident et Assistance Rapatriement / Saison 2021 / 2022

Les licenciés de la Fédération Française de Taekwondo et Disciplines Associées (FFTDA) bénéficiant du présent Accord collectif deviennent membres participants de la M.D.S. Conformément aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et des articles 10 à 14 des statuts susvisés, leur représentation à l'assemblée générale de la M.D.S. est organisée comme suit : la Fédération souscriptrice constitue une section de vote qui doit élire ou désigner des délégués titulaires et leurs suppléants.

#### DISPOSITIONS COMMUNES

##### Article 1 : OBJET

Le présent Accord collectif a pour objet de mettre en œuvre un régime collectif de prévoyance et d'assistance destiné aux licenciés de la FFTDA, de ses Ligues, Comités, Associations, Clubs et organismes affiliés, conformément aux dispositions du Code du Sport.

##### Article 2 : ASSURES

###### 2.1. – Licenciés :

- ▶ Les licenciés (pratiquants, dirigeants, enseignants) de la Fédération pratiquant les activités définies à l'article 3 ci-dessous, résidant en France ou dans les principautés d'Andorre ou de Monaco
- ▶ Les licenciés (pratiquants, dirigeants, enseignants) résidant hors de France Métropolitaine, des D.O.M., C.O.M., R.O.M., P.O.M., d'Andorre et de Monaco ne sont assurés que si les activités visées à l'article 3 ci-dessous sont pratiquées dans les pays visés ci-dessus et/ou sous l'autorité de la Fédération ou de ses Ligues, Comités, Associations, Clubs ou organismes affiliés.

###### 2.2. – Préposés :

Bénéficient des garanties Individuelle Accident, les préposés non licenciés (bénévoles ou non), prêtant leur concours à l'organisation des activités de la Fédération, de ses ligues, comités, associations, clubs ou organismes affiliés.

###### 2.3. – Invités :

Peuvent bénéficier des garanties Individuelle Accident, les pratiquants occasionnels non licenciés, dont le but est de découvrir l'activité pratiquée à l'exclusion de toute compétition officielle dans la limite de 3 jours par an («invités»).

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

###### 2.4 - Athlètes et dirigeants étrangers (\*) :

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

(\*) **Garanties limitées aux « Frais de soins de santé » et au « Forfait hospitalier », à concurrence des montants indiqués à l'Article 12.2.**

##### Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

- ▶ Les activités sportives des licenciés pratiquant le taekwondo et les disciplines associées sous toutes leurs formes (compétitions officielles ou non, rencontres amicales, enseignement, pratique dans le cadre d'actions à but humanitaire, actions de promotion et/ou de propagande, ...).
- ▶ Les activités physiques et sportives nécessaires à l'entraînement et à la préparation physique.
- ▶ Les activités des licenciés non pratiquants, notamment les dirigeants, en rapport avec l'objet de la Fédération,
- ▶ Les stages avec ou sans hébergement,
- ▶ Les sorties pour la pratique d'entraînement et d'activités physiques et sportives des licenciés (sous réserve que ces activités soient organisées par la Fédération ou ses Ligues Régionales Comités Départementaux ou clubs affiliés).
- ▶ La participation à des manifestations festives à caractère privé telles que fêtes, bals, kermesses, repas, sorties (à l'exclusion des conséquences de l'utilisation de véhicule terrestre à moteur) sous réserve que ces activités soient organisées par la Fédération ou ses Ligues Régionales, Comités Départementaux ou clubs affiliés, qu'elles soient réservées aux licenciés de la Fédération et aux membres de leur famille.

###### Sont exclus :

- toutes manifestations organisées à des fins commerciales (sont admises toutefois les manifestations payantes organisées de façon ponctuelle et procurant au groupement sportif des recettes complémentaires non régulières),
- toutes manifestations organisées au profit d'une autre association ou de toute personne morale ou physique n'ayant pas la qualité d'assuré,
- les risques découlant de courses landaises et corridas.
- ▶ Les activités en rapport avec l'objet de la Fédération et de ses groupements affiliés.
- ▶ Le transport bénévole effectué par des véhicules pour les déplacements nécessités par une réunion sportive. Il faut entendre par déplacement le trajet aller et retour du domicile ou du lieu de rassemblement à celui de la réunion.

##### Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

La garantie s'exerce 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 Fédération ou ses Ligues, Comités, Associations, Clubs ou organismes 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 de la demande de licence par la Fédération. Elle cesse à la date de fin de validité de la licence.

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

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

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

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

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

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

L'assuré doit en outre :

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

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

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

##### Article 7 : ASSURANCES CUMULATIVES

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

##### Article 8 : PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a 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 significatives à celui que l'on veut empêcher de prescrire, citation en justice, même en référé, etc...)

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

## Article 9: RECLAMATION / MÉDIATION

### 9.1. - 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](mailto: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.

### 9.2. - 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 **01.45.16.65.70** ou en écrivant à [medical@mutuaide.fr](mailto: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 - 8/14 AVENUE DES FRERES LUMIERE - 94368 BRY-SUR-MARNE 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.

Si le désaccord persiste, l'assuré peut saisir la Médiation de l'Assurance par courrier à : **La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09**

## Article 10 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

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

## GARANTIES « INDIVIDUELLE ACCIDENT »

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

## Article 11 : DÉFINITIONS

### 11.1. - Accident :

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

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

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

(\*) 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.

### 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 utilisés en droit commun.

### 11.4. - Incapacité Temporaire Totale de Travail

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

### 11.5. - 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.

### 11.6. - Enfants à charge

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

### 11.7. - Subrogation

La M.D.S. est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident (ou à ses ayants droit) dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées par elle.

## Article 12 : GARANTIES

### 12.1. MODALITES :

Les montants des garanties sont précisés au tableau de l'Article 12.2 ci-après. 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. 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 aux tableaux ci-après (Articles 12.2 à 12.4), **après intervention de tout régime de prévoyance obligatoire ou complémentaire (Sécurité Sociale, Mutuelles et autres assurances ...) dont l'assuré bénéficie.**

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.**

#### 12.1.2. Frais de prothèses dentaires :

Les frais de prothèses dentaires font l'objet d'un remboursement forfaitaire dans la limite des montants indiqués aux tableaux ci-après (Articles 12.2 à 12.4), qu'il s'agisse d'une dent fracturée lors de l'accident ou d'une prothèse déjà existante nécessitant une réparation ou un remplacement du seul fait de l'accident.

#### 12.1.3. Bris de lunettes ou de lentilles :

Le bris accidentel de lunettes ou de lentilles durant les activités sportives, y compris le trajet, fait l'objet d'un remboursement forfaitaire à concurrence des montants indiqués aux tableaux ci-après (Articles 12.2 à 12.4), et **s'il s'agit d'un accident de sport sur production d'un certificat médical précisant que l'assuré doit nécessairement porter ses lunettes ou ses lentilles pendant les activités sportives.**

#### 12.1.4. Frais de premier transport :

Font l'objet d'un remboursement à hauteur des frais réels, **après intervention de tout régime de prévoyance obligatoire ou complémentaire (Sécurité Sociale, Mutuelles et autres assurances ...) dont l'assuré bénéficie**, 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.

#### 12.1.5. - Frais de remise à niveau scolaire :

Pour le licencié victime d'un accident entraînant une interruption de sa scolarité ou de ses études constatée médicalement, il sera versé une indemnité journalière de soutien scolaire suivant les montants indiqués aux tableaux ci-après (Articles 12.2 et 12.4) au tableau ci-dessus page 3, et ce sans tenir compte des vacances scolaires.

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.

#### 12.1.6. - Indemnités Journalières soumises à conditions de revenus :

Lorsque l'assuré blessé est incapable temporaire totale de travail à la suite d'un accident garanti, la MDS verse une indemnité dans la limite de la perte de revenus réelle (pertes de salaire) et du montant figurant aux tableaux ci-après (Articles 12.3 et 12.4), sur présentation de justificatifs et sous déduction des indemnités versées par le(s) régime(s) de prévoyance et de celles attribuées au titre de la loi sur la mensualisation et de la convention collective applicable.

L'indemnité journalière est versée après expiration d'un délai de carence de 10 jours suivant l'accident, appelé période de franchise.

L'indemnité versée à l'assuré ne saurait être supérieure aux ressources dont il dispose en période d'activité, compte tenu également des éventuels versements effectués par le régime social obligatoire de base de l'assuré et de tout autre régime complémentaire.

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

#### 12.1.7. Capital Invalidité :

En cas d'invalidité permanente immédiate, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est indiqué aux tableaux ci-après (Articles 12.2 à 12.4).

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.

#### 12.1.8- Capital Décès :

En cas de décès, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant est indiqué aux tableaux ci-après (Articles 12.2 à 12.4).

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.

#### 12.2. MONTANTS DES GARANTIES BENEFICIANT AUX LICENCIÉS (hors Enseignants et Dirigeants) :

GARANTIES	MONTANTS	Franchise
REMBOURSEMENT DE SOINS (1) Frais de soins de santé Forfait journalier hospitalier Soins dentaires et prothèses Bris de lunettes ou lentilles	200% base de remboursement SS Frais réels 300 € par dent 300 € par verre ou monture	Néant Néant Néant Néant
FRAIS DE PREMIER TRANSPORT (1 <sup>er</sup> transport (du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier le proche susceptible de donner les premiers soins))	Frais réels	Néant
CENTRE DE REEDUCATION EN TRAUMATOLOGIE SPORTIVE	3.000 €	Néant
FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE	40 €/jour (maximum 365 jours)	10 jours

BONUS SANTE	MONTANT PAR ACCIDENT : 1.500 €
<p>L'assuré bénéficie, sur justificatifs, d'un « Bonus Santé » à concurrence d'un montant global maximal de 1.500 € 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.</p> <p>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 :</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte)</li> <li>- si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet dans la limite de 0,30 €/km,</li> <li>- sous réserve d'une prise en charge préalable délivrée par la MDS, les frais de transport des accidentés pour se rendre aux soins médicalement prescrits et/ou de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, dans la limite de 0,30 €/km,</li> </ul> <p>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.</p>	

GARANTIES	MONTANTS	Franchise
INVALIDITE PERMANENTE (2) Sans tierce personne Avec tierce personne	Pour 100% d'IPP (capital réductible en fonction du taux d'invalidité) : 115.000 € 175.000 €	Néant Néant
DECES Moins de 16 ans 16 ans et plus	8.000 € 30.500 € (Majoré de 10% / enfant à charge, dans la limite de 50% du capital garanti)	Néant Néant

(1) Les athlètes et dirigeants étrangers présents sur le territoire français à l'invitation d'une instance dirigeante de la Fédération ou pour un stage ou une compétition bénéficient des seules garanties ci-après : Frais de soins de santé : dans la limite de 300% de la base de remboursement Sécurité Sociale /// Forfait journalier hospitalier : frais réels

(2) Cf. également tableaux en annexes page 6

#### 12.3) MONTANTS DES GARANTIES BENEFICIANT AUX ENSEIGNANTS ET DIRIGEANTS :

Les garanties prévues ci-après bénéficient à toute personne ayant la qualité d'Enseignant ou de Dirigeant de la Fédération ou de ses organismes affiliés : ligues, comités, associations, clubs (y compris les cadres techniques d'Etat licenciés mis à la disposition de la Fédération ou de ses organes déconcentrés par le Ministère de la Jeunesse et des Sports, les membres licenciés des Commissions de la Fédération, les officiels licenciés).

**Ces garanties se substituent à la couverture de base telle que définie à l'article 12.2**

GARANTIES	MONTANTS	Franchise
REMBOURSEMENT DE SOINS Frais de soins de santé Forfait journalier hospitalier Soins dentaires et prothèses Bris de lunettes ou lentilles	300% base de remboursement SS Frais réels 600 € par dent 600 € par verre ou monture	Néant Néant Néant Néant
FRAIS DE PREMIER TRANSPORT (1 <sup>er</sup> transport (du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier le proche susceptible de donner les premiers soins))	Frais réels	Néant
CENTRE DE REEDUCATION EN TRAUMATOLOGIE SPORTIVE	3.000 €	Néant
INDEMNITES JOURNALIERES (dans la limite de la perte réelle de revenus)	60 €/jour (maximum 365 jours)	10 jours

BONUS SANTE	MONTANT PAR ACCIDENT : 3.000 €
<p>L'assuré bénéficie, sur justificatifs, d'un « Bonus Santé » à concurrence d'un montant global maximal de 3.000 € 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.</p> <p>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 :</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte)</li> <li>- si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet dans la limite de 0,30 €/km,</li> <li>- sous réserve d'une prise en charge préalable délivrée par la MDS, les frais de transport des accidentés pour se rendre aux soins médicalement prescrits et/ou de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, dans la limite de 0,30 €/km,</li> </ul> <p>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.</p>	

GARANTIES	MONTANTS	Franchise
INVALIDITE PERMANENTE (3) Sans tierce personne Avec tierce personne	Pour 100% d'IPP (capital réductible en fonction du taux d'invalidité) : 175.000 € 210.000 €	Néant Néant
DECES	61.000 € (Majoré de 10% / enfant à charge, dans la limite de 50% du capital garanti)	Néant

(3) Cf. également tableaux en annexes page 7

#### 12.4) MONTANTS DES GARANTIES BENEFICIANT AUX ATHLETES DE HAUT NIVEAU :

Au titre des garanties spécifiques définies ci-après, sont assurés les licenciés inscrits sur la liste des Sportifs de Haut Niveau mentionnée au premier alinéa de l'article L221-2 du Code du Sport.

Ces garanties se substituent à la couverture de base telle que définie à l'article 12.2

GARANTIES	MONTANTS	Franchise
REMBOURSEMENT DE SOINS Frais de soins de santé Forfait journalier hospitalier Soins dentaires et prothèses Bris de lunettes ou lentilles	300% base de remboursement SS Frais réels 600 € par dent 600 € par verre ou monture	Néant Néant Néant Néant
FRAIS DE PREMIER TRANSPORT (1 <sup>er</sup> transport (du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier le proche susceptible de donner les premiers soins))	Frais réels	Néant
CENTRE DE REEDUCATION EN TRAUMATOLOGIE SPORTIVE	4.000 €	Néant
INDEMNITES JOURNALIERES (dans la limite de la perte réelle de revenus)	60 €/jour (maximum 365 jours)	10 jours

BONUS SANTE	MONTANT PAR ACCIDENT : 4.000 €
<p>L'assuré bénéficie, sur justificatifs, d'un « Bonus Santé » à concurrence d'un montant global maximal de 3.000 € 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.</p> <p>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 :</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte)</li> <li>- si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet dans la limite de 0,30 €/km,</li> <li>- sous réserve d'une prise en charge préalable délivrée par la MDS, les frais de transport des accidentés pour se rendre aux soins médicalement prescrits et/ou de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, dans la limite de 0,30 €/km,</li> </ul> <p>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.</p>	

GARANTIES	MONTANTS	Franchise
INVALIDITE PERMANENTE (4) Sans tierce personne Avec tierce personne	Pour 100% d'IPP (capital réductible en fonction du taux d'invalidité) : 210.000 € 250.000 €	Néant Néant
DECES Moins de 16 ans 16 ans et plus	8.000 € 70.000 € (Majoré de 10% / enfant à charge, dans la limite de 50% du capital garanti)	Néant Néant

(4) Cf. également tableaux en annexes page 8

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

##### 13.1. - Règlement des frais de soins de santé

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

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

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

##### 13.2. - Règlement au titre du « Bonus Santé »

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

##### 13.3. - 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 MDS et doit préciser :

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

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

##### 13.4 - Formalités en cas de décès de l'assuré

Les pièces suivantes doivent être adressées à la MDS :

- un acte de décès de l'assuré,
- un certificat médical indiquant la cause du décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie, le cas échéant,
- une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance,
- une attestation de dévolution successorale établie par le notaire chargé de la succession
- copie d'une pièce d'identité en cours de validité du ou des héritiers

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

#### Article 14 : EXCLUSIONS

- le saut à l'élastique,
- 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.

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

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

### Article 15 : DÉFINITIONS

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

#### 15.1 - Accident grave :

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

#### 15.2. - Maladie grave :

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

### Article 16: GARANTIES

#### 16.1. - Rapatriement médical

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

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

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

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

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

#### 16.2. - Mise à disposition d'un chauffeur

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

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

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

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

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

A la suite d'accident ou maladie grave de l'assuré survenu à l'étranger dans le cadre des activités garanties, Mutuaide Assistance rembourse la partie des frais médicaux qui n'a pas été prise en charge par les organismes sociaux et/ou tout organisme de prévoyance ou complémentaire de l'assuré à concurrence de **11.000 €**.

Ce montant est porté à **30.000 €** pour les dirigeants et les athlètes de haut niveau.

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

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

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

#### 16.4 - Visite d'un proche

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

Mutuaide Assistance prend en charge sur justificatif et à concurrence de **60 € TTC par jour (maximum 4 nuits)** les frais d'hôtel de la personne s'étant rendue au chevet du malade ou du blessé.

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

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

#### 16.5. - Retour anticipé uniquement depuis l'étranger

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

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

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

#### 16.6. - Rapatriement de corps

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

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

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

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

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

#### Modalités d'application et procédure de déclaration :

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

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

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

#### Remboursement :

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

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

#### Exclusions : saut à l'élastique, pratique professionnelle de toutes activités sportives.

#### 16.8. - 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 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/24 et 7 jours sur 7**

Ce service est accessible

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

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

Par mail **assistance@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 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.

## A / SANS TIERCE PERSONNE

TAUX	CAPITAUX
100%	115 000 €
99%	115 000 €
98%	115 000 €
97%	115 000 €
96%	115 000 €
95%	115 000 €
94%	115 000 €
93%	115 000 €
92%	115 000 €
91%	115 000 €
90%	115 000 €
89%	115 000 €
88%	115 000 €
87%	115 000 €
86%	115 000 €
85%	115 000 €
84%	115 000 €
83%	115 000 €
82%	115 000 €
81%	115 000 €
80%	115 000 €
79%	115 000 €
78%	115 000 €
77%	115 000 €
76%	115 000 €
75%	115 000 €
74%	115 000 €
73%	115 000 €
72%	115 000 €
71%	115 000 €
70%	115 000 €
69%	115 000 €
68%	115 000 €
67%	115 000 €
66%	115 000 €
65%	115 000 €
64%	115 000 €
63%	115 000 €
62%	115 000 €
61%	115 000 €
60%	69 000 €
59%	67 850 €
58%	66 700 €
57%	65 550 €
56%	64 400 €
55%	63 250 €
54%	62 100 €
53%	60 950 €
52%	59 800 €
51%	58 650 €

TAUX	CAPITAUX
50%	35 000 €
49%	34 300 €
48%	33 600 €
47%	32 900 €
46%	32 200 €
45%	31 500 €
44%	30 800 €
43%	30 100 €
42%	29 400 €
41%	28 700 €
40%	28 000 €
39%	27 300 €
38%	26 600 €
37%	25 900 €
36%	25 200 €
35%	24 500 €
34%	23 800 €
33%	11 550 €
32%	11 200 €
31%	10 850 €
30%	10 500 €
29%	10 150 €
28%	9 800 €
27%	9 450 €
26%	9 100 €
25%	8 750 €
24%	8 400 €
23%	8 050 €
22%	7 700 €
21%	7 350 €
20%	7 000 €
19%	6 650 €
18%	6 300 €
17%	5 950 €
16%	5 600 €
15%	5 250 €
14%	4 900 €
13%	4 550 €
12%	4 200 €
11%	3 850 €
10%	3 500 €
9%	3 150 €
8%	2 800 €
7%	2 450 €
6%	2 100 €
5%	1 750 €
4%	1 400 €
3%	1 050 €
2%	700 €
1%	350 €

## Abis / AVEC TIERCE PERSONNE

TAUX	CAPITAUX
100%	175 000 €
99%	175 000 €
98%	175 000 €
97%	175 000 €
96%	175 000 €
95%	175 000 €
94%	175 000 €
93%	175 000 €
92%	175 000 €
91%	175 000 €
90%	175 000 €
89%	175 000 €
88%	175 000 €
87%	175 000 €
86%	175 000 €
85%	175 000 €
84%	175 000 €
83%	175 000 €
82%	175 000 €
81%	175 000 €
80%	175 000 €
79%	175 000 €
78%	175 000 €
77%	175 000 €
76%	175 000 €
75%	175 000 €
74%	175 000 €
73%	175 000 €
72%	175 000 €
71%	175 000 €
70%	175 000 €
69%	175 000 €
68%	175 000 €
67%	175 000 €
66%	175 000 €
65%	175 000 €
64%	175 000 €
63%	175 000 €
62%	175 000 €
61%	175 000 €
60%	105 000 €
59%	103 250 €
58%	101 500 €
57%	99 750 €
56%	98 000 €
55%	96 250 €
54%	94 500 €
53%	92 750 €
52%	91 000 €
51%	89 250 €

TAUX	CAPITAUX
50%	50 000 €
49%	49 000 €
48%	48 000 €
47%	47 000 €
46%	46 000 €
45%	45 000 €
44%	44 000 €
43%	43 000 €
42%	42 000 €
41%	41 000 €
40%	40 000 €
39%	39 000 €
38%	38 000 €
37%	37 000 €
36%	36 000 €
35%	35 000 €
34%	34 000 €
33%	16 500 €
32%	16 000 €
31%	15 500 €
30%	15 000 €
29%	14 500 €
28%	14 000 €
27%	13 500 €
26%	13 000 €
25%	12 500 €
24%	12 000 €
23%	11 500 €
22%	11 000 €
21%	10 500 €
20%	10 000 €
19%	9 500 €
18%	9 000 €
17%	8 500 €
16%	8 000 €
15%	7 500 €
14%	7 000 €
13%	6 500 €
12%	6 000 €
11%	5 500 €
10%	5 000 €
9%	4 500 €
8%	4 000 €
7%	3 500 €
6%	3 000 €
5%	2 500 €
4%	2 000 €
3%	1 500 €
2%	1 000 €
1%	500 €

**B / SANS TIERCE PERSONNE**

TAUX	CAPITAUX
100%	175 000 €
99%	175 000 €
98%	175 000 €
97%	175 000 €
96%	175 000 €
95%	175 000 €
94%	175 000 €
93%	175 000 €
92%	175 000 €
91%	175 000 €
90%	175 000 €
89%	175 000 €
88%	175 000 €
87%	175 000 €
86%	175 000 €
85%	175 000 €
84%	175 000 €
83%	175 000 €
82%	175 000 €
81%	175 000 €
80%	175 000 €
79%	175 000 €
78%	175 000 €
77%	175 000 €
76%	175 000 €
75%	175 000 €
74%	175 000 €
73%	175 000 €
72%	175 000 €
71%	175 000 €
70%	175 000 €
69%	175 000 €
68%	175 000 €
67%	175 000 €
66%	175 000 €
65%	175 000 €
64%	175 000 €
63%	175 000 €
62%	175 000 €
61%	175 000 €
60%	105 000 €
59%	103 250 €
58%	101 500 €
57%	99 750 €
56%	98 000 €
55%	96 250 €
54%	94 500 €
53%	92 750 €
52%	91 000 €
51%	89 250 €

TAUX	CAPITAUX
50%	50 000 €
49%	49 000 €
48%	48 000 €
47%	47 000 €
46%	46 000 €
45%	45 000 €
44%	44 000 €
43%	43 000 €
42%	42 000 €
41%	41 000 €
40%	40 000 €
39%	39 000 €
38%	38 000 €
37%	37 000 €
36%	36 000 €
35%	35 000 €
34%	34 000 €
33%	16 500 €
32%	16 000 €
31%	15 500 €
30%	15 000 €
29%	14 500 €
28%	14 000 €
27%	13 500 €
26%	13 000 €
25%	12 500 €
24%	12 000 €
23%	11 500 €
22%	11 000 €
21%	10 500 €
20%	10 000 €
19%	9 500 €
18%	9 000 €
17%	8 500 €
16%	8 000 €
15%	7 500 €
14%	7 000 €
13%	6 500 €
12%	6 000 €
11%	5 500 €
10%	5 000 €
9%	4 500 €
8%	4 000 €
7%	3 500 €
6%	3 000 €
5%	2 500 €
4%	2 000 €
3%	1 500 €
2%	1 000 €
1%	500 €

**Bbis / AVEC TIERCE PERSONNE**

TAUX	CAPITAUX
100%	210 000 €
99%	210 000 €
98%	210 000 €
97%	210 000 €
96%	210 000 €
95%	210 000 €
94%	210 000 €
93%	210 000 €
92%	210 000 €
91%	210 000 €
90%	210 000 €
89%	210 000 €
88%	210 000 €
87%	210 000 €
86%	210 000 €
85%	210 000 €
84%	210 000 €
83%	210 000 €
82%	210 000 €
81%	210 000 €
80%	210 000 €
79%	210 000 €
78%	210 000 €
77%	210 000 €
76%	210 000 €
75%	210 000 €
74%	210 000 €
73%	210 000 €
72%	210 000 €
71%	210 000 €
70%	210 000 €
69%	210 000 €
68%	210 000 €
67%	210 000 €
66%	210 000 €
65%	210 000 €
64%	210 000 €
63%	210 000 €
62%	210 000 €
61%	210 000 €
60%	126 000 €
59%	123 900 €
58%	121 800 €
57%	119 700 €
56%	117 600 €
55%	115 500 €
54%	113 400 €
53%	111 300 €
52%	109 200 €
51%	107 100 €

TAUX	CAPITAUX
50%	60 000 €
49%	58 800 €
48%	57 600 €
47%	56 400 €
46%	55 200 €
45%	54 000 €
44%	52 800 €
43%	51 600 €
42%	50 400 €
41%	49 200 €
40%	48 000 €
39%	46 800 €
38%	45 600 €
37%	44 400 €
36%	43 200 €
35%	42 000 €
34%	40 800 €
33%	19 800 €
32%	19 200 €
31%	18 600 €
30%	18 000 €
29%	17 400 €
28%	16 800 €
27%	16 200 €
26%	15 600 €
25%	15 000 €
24%	14 400 €
23%	13 800 €
22%	13 200 €
21%	12 600 €
20%	12 000 €
19%	11 400 €
18%	10 800 €
17%	10 200 €
16%	9 600 €
15%	9 000 €
14%	8 400 €
13%	7 800 €
12%	7 200 €
11%	6 600 €
10%	6 000 €
9%	5 400 €
8%	4 800 €
7%	4 200 €
6%	3 600 €
5%	3 000 €
4%	2 400 €
3%	1 800 €
2%	1 200 €
1%	600 €

## C / SANS TIERCE PERSONNE

TAUX	CAPITAUX
100%	210 000 €
99%	210 000 €
98%	210 000 €
97%	210 000 €
96%	210 000 €
95%	210 000 €
94%	210 000 €
93%	210 000 €
92%	210 000 €
91%	210 000 €
90%	210 000 €
89%	210 000 €
88%	210 000 €
87%	210 000 €
86%	210 000 €
85%	210 000 €
84%	210 000 €
83%	210 000 €
82%	210 000 €
81%	210 000 €
80%	210 000 €
79%	210 000 €
78%	210 000 €
77%	210 000 €
76%	210 000 €
75%	210 000 €
74%	210 000 €
73%	210 000 €
72%	210 000 €
71%	210 000 €
70%	210 000 €
69%	210 000 €
68%	210 000 €
67%	210 000 €
66%	210 000 €
65%	210 000 €
64%	210 000 €
63%	210 000 €
62%	210 000 €
61%	210 000 €
60%	126 000 €
59%	123 900 €
58%	121 800 €
57%	119 700 €
56%	117 600 €
55%	115 500 €
54%	113 400 €
53%	111 300 €
52%	109 200 €
51%	107 100 €

TAUX	CAPITAUX
50%	60 000 €
49%	58 800 €
48%	57 600 €
47%	56 400 €
46%	55 200 €
45%	54 000 €
44%	52 800 €
43%	51 600 €
42%	50 400 €
41%	49 200 €
40%	48 000 €
39%	46 800 €
38%	45 600 €
37%	44 400 €
36%	43 200 €
35%	42 000 €
34%	40 800 €
33%	19 800 €
32%	19 200 €
31%	18 600 €
30%	18 000 €
29%	17 400 €
28%	16 800 €
27%	16 200 €
26%	15 600 €
25%	15 000 €
24%	14 400 €
23%	13 800 €
22%	13 200 €
21%	12 600 €
20%	12 000 €
19%	11 400 €
18%	10 800 €
17%	10 200 €
16%	9 600 €
15%	9 000 €
14%	8 400 €
13%	7 800 €
12%	7 200 €
11%	6 600 €
10%	6 000 €
9%	5 400 €
8%	4 800 €
7%	4 200 €
6%	3 600 €
5%	3 000 €
4%	2 400 €
3%	1 800 €
2%	1 200 €
1%	600 €

## Cbis / AVEC TIERCE PERSONNE

TAUX	CAPITAUX
100%	250 000 €
99%	250 000 €
98%	250 000 €
97%	250 000 €
96%	250 000 €
95%	250 000 €
94%	250 000 €
93%	250 000 €
92%	250 000 €
91%	250 000 €
90%	250 000 €
89%	250 000 €
88%	250 000 €
87%	250 000 €
86%	250 000 €
85%	250 000 €
84%	250 000 €
83%	250 000 €
82%	250 000 €
81%	250 000 €
80%	250 000 €
79%	250 000 €
78%	250 000 €
77%	250 000 €
76%	250 000 €
75%	250 000 €
74%	250 000 €
73%	250 000 €
72%	250 000 €
71%	250 000 €
70%	250 000 €
69%	250 000 €
68%	250 000 €
67%	250 000 €
66%	250 000 €
65%	250 000 €
64%	250 000 €
63%	250 000 €
62%	250 000 €
61%	250 000 €
60%	150 000 €
59%	147 500 €
58%	145 000 €
57%	142 500 €
56%	140 000 €
55%	137 500 €
54%	135 000 €
53%	132 500 €
52%	130 000 €
51%	127 500 €

TAUX	CAPITAUX
50%	75 000 €
49%	73 500 €
48%	72 000 €
47%	70 500 €
46%	69 000 €
45%	67 500 €
44%	66 000 €
43%	64 500 €
42%	63 000 €
41%	61 500 €
40%	60 000 €
39%	58 500 €
38%	57 000 €
37%	55 500 €
36%	54 000 €
35%	52 500 €
34%	51 000 €
33%	24 750 €
32%	24 000 €
31%	23 250 €
30%	22 500 €
29%	21 750 €
28%	21 000 €
27%	20 250 €
26%	19 500 €
25%	18 750 €
24%	18 000 €
23%	17 250 €
22%	16 500 €
21%	15 750 €
20%	15 000 €
19%	14 250 €
18%	13 500 €
17%	12 750 €
16%	12 000 €
15%	11 250 €
14%	10 500 €
13%	9 750 €
12%	9 000 €
11%	8 250 €
10%	7 500 €
9%	6 750 €
8%	6 000 €
7%	5 250 €
6%	4 500 €
5%	3 750 €
4%	3 000 €
3%	2 250 €
2%	1 500 €
1%	750 €



**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 délégataires, 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 : [rqp@mutuelle-des-sportifs.com](mailto:rqp@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).