

**Accord collectif n° 2164 /// FEDERATION FRANCAISE D'ATHLETISME**  
**Notice d'information Individuelle Accident /// Saison 2019 / 2020**

**ASSUREUR :** MUTUELLE DES SPORTIFS (2/4 rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Mutuelle immatriculée au répertoire Sirène sous le n° 422 801 910)

**ASSURE :** FEDERATION FRANCAISE D'ATHLETISME (FFA) - 33 avenue Pierre de Coubertin - 75013 Paris

**SOUSCRIPTEUR :** MAIF, POUR LE COMPTE DE L'ASSURÉ  
Société d'assurance mutuelle à cotisations variables - CS 90000 - 79038 Niort cedex 9 - Entreprise régie par le Code des assurances - Autorité chargée du contrôle de l'entreprise : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 61 rue Taitbout 75 436 Paris Cedex 09)

**OPERATION PRESENTEE PAR :** AIAC SUD-OUEST  
1 avenue Mohemando - 64200 Biarritz - Alliance Internationale d'Assurances et de Commerce, Société de courtage d'assurance selon le b) de l'article L.520-1 du Code des assurances - SA au capital de 300 000€ - SIREN 784 199 291 - RCS Paris - N° ORIAS 07 005 935 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr) - Service réclamations AIAC, 14 rue de Clichy 75009 Paris - [reclamation@aiac.fr](mailto:reclamation@aiac.fr) - Soumis au contrôle de l'ACPR, 61 rue Taitbout 75009 Paris

## ARTICLE LIMINAIRE

Conformément aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et des articles 10 à 14 des statuts de la M.D.S., 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 destiné aux licenciés de la Fédération Française d'Athlétisme, conformément aux dispositions du Code du Sport.

**Le principe d'intervention de cet Accord Collectif est régi suivant la formule "Tout sauf" ce qui signifie que les événements non formellement exclus sont automatiquement garantis même s'ils ne sont pas énumérés dans le cadre de l'objet du contrat.**

### Article 2 : ASSURES

- ▶ Tout adhérent d'une association affiliée à la FFA, titulaire d'une licence ou d'une carte fédérale en vigueur ou en cours d'établissement, et qui n'a pas refusé la garantie Accident Corporel lors de sa prise de licence.
  - ▶ Le titulaire d'un « PASS j'aime courir » (1) qui n'a pas refusé la garantie Accident Corporel ;
  - ▶ Toute personne titulaire d'un coupon promotionnel (2) délivré par la FFA dans le cadre de journées de promotion ;
  - ▶ Les bénévoles licenciés ou non ;
  - ▶ Les dirigeants (3) et athlètes de haut niveau (4) ;
  - ▶ Les salariés de la FFA et des organes déconcentrés, licenciés ou non ;
  - ▶ Toute personne non licenciée participant à une journée Porte Ouverte, une opération Kid Stadium, Beach Athlé, Coach Athlé Santé, activité périscolaire organisée par la FFA ou une association sportive affiliée ou un organe déconcentré, à la condition que cette journée porte ouverte ou opération ait fait l'objet d'une déclaration préalable 48 H avant son déroulement auprès du Cabinet AIAC ;
  - ▶ Sous réserve d'une extension de garantie spécifique et du paiement d'une cotisation spécifique, tout pratiquant occasionnel non licencié participant à une épreuve ou compétition entrant dans le champ des activités garanties et organisées par la FFA ou l'une de ses structures fédérales ou associations affiliées.
  - ▶ Les participants étrangers (athlètes et dirigeants) présents sur le territoire français à l'invitation de la FFA ou d'un club affilié ou d'un organisme déconcentré, pour une compétition disposant a minima d'un label national pour les courses hors stade ou appartenant à minima au circuit national 2 des meetings pour la piste, pourront être Assurés au titre du présent Accord collectif et bénéficieront des garanties de base réservées aux licenciés limitées aux frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation. La prestation de la MDS comprendra le montant que la Sécurité Sociale aurait pris en charge si le Participant Etranger y avait été affilié.
- Pour que cette garantie soit effective, les organisateurs de la manifestation ou bien la « puissance invitante » devront dès que possible, et avant l'évènement, informer A.I.A.C. de l'arrivée de participants étrangers en indiquant le nombre et la durée du séjour. Dès que les noms des participants sont connus, c'est une liste nominative exhaustive qui devra parvenir à A.I.A.C. - 14, rue de Clichy - 75311 Paris cedex 09- [assurance-athle@aiac.fr](mailto:assurance-athle@aiac.fr).

- (1) Le « PASS j'aime courir » est un titre de participation délivré par la FFA et donnant accès, pour les non licenciés, aux entraînements et compétitions (en-dehors des Championnats) autorisés par la FFA.  
Le « PASS j'aime courir » est souscrit pour une durée de 12 mois, de date à date, sans tacite reconduction.
- (2) Le « Coupon promotionnel » désigne tout coupon délivré par la FFA, ses structures déconcentrées ou ses associations affiliées, visant à assurer la promotion d'une activité athlétique auprès d'un public non licencié au cours d'une opération temporaire initiée par la FFA et permettant à son détenteur de participer à une séance d'entraînement au sein d'une association affiliée FFA.

- (3) On entend par **dirigeants** toutes les personnes licenciées de la FFA, régulièrement élues dans les structures fédérales, clubs, organes déconcentrés et associations affiliés.  
Sont également considérés comme dirigeants :
  - les cadres techniques d'Etat placés auprès de la FFA ou de ses organes déconcentrés par le Ministère chargé des Sports,
  - les membres des Commissions de la FFA,
  - les officiels.
- (4) On entend par **Athlètes de haut niveau** toutes les personnes licenciées à la FFA et régulièrement inscrites sur les listes des athlètes de haut niveau publiées par le Ministère chargé des Sports, ainsi que les athlètes sélectionnés en Equipe de France.

### Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

L'Assuré, tel que défini à l'Article 2, déclare :

- ▶ **Pratiquer l'ATHLETISME sous toutes ses formes et son enseignement ainsi que tous sports annexes et connexes comprenant notamment la participation :**
  - à des compétitions (officielles ou non) y compris les courses de pleine nature organisées par toute personne physique ou morale ;
  - à des entraînements y compris lorsqu'ils sont effectués de manière isolée par le licencié ou le titulaire d'un « PASS j'aime courir » ;
  - à toutes épreuves organisées notamment dans le cadre du Téléthon ou autres actions à but humanitaire ;
  - à la remise des coupes, des prix afférents aux compétitions, qu'elles soient réalisées à la clôture de la compétition ou en différé ;
  - à des actions de promotion et/ou propagande, notamment démonstrations, exhibitions, défilés, soirées de gala, organisées dans le cadre Fédéral par les structures Fédérales ;
  - à des stages d'initiation ou de perfectionnement ou à des séances de préparation physique organisés ou agréés par les structures Fédérales, quel que soit le sport ou l'activité pratiqué ;
  - à des journées portes ouvertes que les clubs peuvent organiser dans l'année (celles-ci ne devant pas excéder 1 jour ou au maximum un week-end) ;
  - aux opérations particulières suivantes : Journées Kid Stadium, Urban Athlé, Coach Athlé Santé, Activités périscolaires, Beach Athlé, séance de découverte sur présentation d'un coupon d'essai délivré par la FFA ;
  - pour assurer la représentation et la gestion des activités relatives à l'Athlétisme professionnel en application et en conformité avec la législation en vigueur, les règlements de la FFA, de l'Association Internationale des Fédérations d'Athlétisme (IAAF) ainsi que des dispositions conclues entre la FFA et la LNA (Ligue Nationale d'Athlétisme).
- ▶ **Exercer d'autres activités dans le cadre fédéral, même si celles-ci ne relèvent pas directement du domaine sportif et notamment :**
  - toutes réunions en tous lieux, y compris à l'étranger, organisées par la FFA, ses Ligues, ses Comités Départementaux, ses Associations sportives affiliées, ou toutes autres organisations auxquelles la FFA doit être affiliée comme notamment les Fédérations Internationales ;
  - les manifestations culturelles, récréatives, amicales, notamment parties de cartes, bals, voyages, banquets, sorties ;
  - se déplacer en tous lieux et en revenir par tous modes dans le cadre des activités énoncées ci-dessus ;
  - toutes actions administratives, logistiques, informatiques et autres.

**La présente énumération est faite à titre indicatif et non limitatif et ne saurait, en aucune façon, être opposée à l'Assuré pour permettre à l'Assureur de décliner sa garantie.**

#### Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

Le présent Accord collectif produit ses effets dans le MONDE ENTIER.

#### Article 5 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

- ▶ **Licences FFA** : La licence est délivrée jusqu'au 31 août de chaque année. Les garanties sont quant à elles valables jusqu'au 31 octobre.
- ▶ **Pass J'aime courir** : La garantie prend effet le jour de l'adhésion au PASS et sous réserve du règlement des sommes dues à ce titre, pour une durée de 12 mois ferme, de date à date, sans tacite reconduction.

#### Article 6 : DÉCLARATION D'ACCIDENT - Obligations de l'assuré

**Sauf cas de force majeure, tout accident doit être déclaré dans les 5 jours à l'aide d'un formulaire adressé à AIAC, 14 rue de Clichy, 75311 Paris cedex 09.**

**Pour faciliter et accélérer la connaissance des déclarations d'accident, il est mis à la disposition de l'assuré un numéro de téléphone 03 83 39 76 00, utilisable du lundi au vendredi, de 8h30 à 18h15.**

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 significés, 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 du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

La prescription peut être interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption ([Article 2244 du Code Civil] commandement ou saisie significés 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: RECLAMATION / MÉDIATION

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 – 214 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..

### 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'incapacité temporaire totale de travail, 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

##### 11.1. – Accident :

Par accident corporel, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle subie par la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure

Toute mort subite dont les causes restent ignorées et intervenant au cours de la pratique de l'activité sportive donne lieu au versement d'une indemnité décès. La mort subite est définie comme un accident de nature tout à fait imprévisible, qui doit se manifester pour la première fois, alors que l'assuré n'a jamais eu la moindre alerte de ce type auparavant, ou n'a jamais eu la nécessité ou le besoin médical de se faire soigner préalablement pour ce type d'affection, et qui doit être indépendant de l'état de santé de l'assuré.

**L'accident corporel se distingue ainsi de la maladie qui n'entre jamais dans le champ d'application du contrat, sauf si elle trouve son origine dans un accident corporel (toutefois, les maladies contagieuses ou parasitaires ne sont jamais garanties sauf cas de rage et de charbon consécutifs à des morsures ou piqûres).**

L'assureur considère également comme accidents corporels, les atteintes corporelles suivantes :

- l'empoisonnement, les lésions causées par des substances vénéneuses ou corrosives ou par l'absorption d'aliments avariés ou de corps étrangers. **Toutefois, excepté 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, isolations 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.
- les lésions causées par des radiations ionisantes si elles sont la conséquence d'un traitement auquel un assuré est soumis par suite d'un accident corporel garanti.

##### 11.2. – Invalidité permanente totale ou partielle :

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

**Pour l'appréciation de cette invalidité, c'est le barème du concours médical qui sera utilisé (art. 11.3.) 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. – Droit de contrôle et expertise

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

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

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

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

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

##### 11.5. – Incapacité Temporaire Totale de Travail

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

##### 11.6. – Principe indemnitaire

Il est rappelé que conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 Décembre 1989, les remboursements ou les 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.

### 11.7. - Enfants à charge

Les enfants de l'assuré ou de son conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs de moins de 25 ans s'ils 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%.

### 11.8. - Subrogation

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

## Article 12 : GARANTIES BENEFICIAIRE AUX LICENCIÉS

### 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, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est indiqué au tableau ci-dessous (Article 12.2).

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. - Frais de soins de santé :

Les remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation s'effectuent à concurrence des frais réels exposés et dans la limite précisée au tableau ci-dessous, **après intervention de tout régime de**

**prévoyance obligatoire ou complémentaire (Sécurité Sociale, Mutuelles et autres assurances ...) dont l'assuré bénéficie.**

Sont également pris en charge les frais médicaux et d'hospitalisation non honorés avant leur départ par des athlètes et dirigeants étrangers à l'occasion d'un séjour en France pour des rencontres internationales amicales ou officielles,

Les frais médicaux seront remboursés aux personnes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle (CMU) au 1<sup>er</sup> euro.

Les assurés ne bénéficient d'aucun régime de prévoyance (Sécurité Sociale ou autre) verront leurs remboursements limités à 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale 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.**

#### 12.1.4. - 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. - Centre de rééducation :

Font l'objet d'un remboursement les frais de séjour dans un centre de rééducation spécialisé en traumatologie du sport à la suite d'un dommage corporel garanti par le présent Accord collectif, prescrit par une entité médicale compétente.

#### 12.1.6. - Frais de remise à niveau scolaire ou universitaire :

La MDS remboursera sur justificatif les frais de remise à niveau universitaire (notamment les cours à domicile) engagés par le licencié étudiant victime d'un accident corporel l'empêchant de se rendre à ses cours réguliers.

Le montant de l'indemnité versée s'effectue dans la limite du montant indiqué au tableau de l'Article 12.2, **à compter du 11<sup>ème</sup> jour d'interruption de la scolarité et sans tenir compte des vacances scolaires.**

#### 12.1.7. - Indemnités journalières :

Lorsque l'assuré a été en incapacité temporaire totale de travail suite à un accident, la M.D.S. verse une indemnité à concurrence du montant indiqué au tableau ci-dessous :

- dans la limite de la perte de revenus réelle : pertes de salaire, prime et autre manque à gagner, 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,
- après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise, fixée à 10 jours,
- pendant au maximum 365 jours.

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

## 12.2. - MONTANTS DES GARANTIES :

	GARANTIE DE BASE	OPTION 1	OPTION 2 (4)	Franchise
<b>Capital Décès (1) (3)</b>	< 16 ans : 8 000 € > 16 ans : 15 000 €	< 16 ans : 8 000 € > 16 ans : 61 000 €	< 16 ans : 8 000 € > 16 ans : 92 000 €	Néant
<b>Frais d'obsèques (3)</b>	3 500 €	3 500 €	3 500 €	Néant
<b>Capital Invalidité (2) (3)</b>	L'indemnité est calculée en multipliant le taux d'invalidité (IPP), déterminé lors de la consolidation de l'assuré, par le capital défini ci-dessous.			
<b>IPP &lt;30%</b>	30 000 €	45 000 €	45 000 €	Néant
<b>30%&lt;= IPP &lt;66%</b>	60 000 €	90 000 €	90 000 €	
<b>66%&lt;= IPP &lt;=100%</b>	125 000 €	188 000 €	188 000 €	
<b>Frais de soins de santé (médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation)</b>	200 % de la base de remboursement Sécurité Sociale	200 % de la base de remboursement Sécurité Sociale	300 % de la base de remboursement Sécurité Sociale	Néant
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	100 %	100 %	100 %	Néant
<b>Soins dentaires et prothèses (3)</b>	350 € par dent sans plafond	350 € par dent sans plafond	650 € par dent sans plafond	Néant
<b>Optique (3)</b>	350 € par verre ou monture	350 € par verre ou monture	650 par verre ou monture	Néant
<b>Frais de transport</b>	100 %	100 %	100 %	Néant
<b>Bonus Santé (voir tableau ci-dessous)</b>	1 500 € / accident	2 000 € / accident	3 500 € / accident	Néant
<b>Centre de rééducation traumatologique sportive (3)</b>	4 000 €	4 000 €	4 000 €	Néant
<b>Remise à niveau scolaire (3)</b>	60 €/jour (maxi 365 j)	60 €/jour (maxi 365 j)	60 €/jour (maxi 365 j)	10 jours
<b>Indemnités journalières (3)</b>	Néant	30 €/jour (maxi 365 j)	60 €/jour (maxi 365 j)	10 jours
<b>Remboursement frais d'inscription compétition (3) (5)</b>	90 € par compétition et 10 000 € par an pour l'ensemble des licenciés	90 € par compétition et 10 000 € par an pour l'ensemble des licenciés	90 € par compétition et 10 000 € par an pour l'ensemble des licenciés	Néant

## BONUS SANTE

Au-delà des prestations de base ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « **BONUS SANTE** » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1.500 €, 2.000 € ou 3.500 € selon le niveau de couverture choisi.

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 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 :

- dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux,
- prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,
- soins dentaires et optiques,
- 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,
- frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles,
- et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.

- (1) Majoration de 10 % par enfant à charge de moins de 25 ans dans la limite de 50 % du capital garanti.
- (2) Les capitaux indiqués s'appliquent en cas d'invalidité et donnent lieu au versement d'une indemnité calculée en multipliant le capital prévu dans l'option correspondante au choix de l'assuré, par le pourcentage d'invalidité et ce suivant le barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun publié par le Concours Médical. De plus en cas d'invalidité supérieure ou égal à 66 % et nécessitant l'aide d'une tierce personne, le calcul se fait à partir du capital IPP doublé.
- (3) Ces garanties ne s'appliquent pas aux participants étrangers.
- (4) Garantie automatique pour les athlètes de haut niveau et pour les bénévoles licenciés.
- (5) Cette garantie prévoit le remboursement par la MDS des frais d'inscription à une compétition au bénéfice du licencié (ou du titulaire du Pass J'aime courrir) ayant été dans l'obligation d'annuler sa participation à cette dernière.  
La garantie pourra être mise en œuvre dans les cas où l'annulation de la participation aura été justifiée par :
  - Le décès du participant lui-même, de son conjoint ou de ses ascendants ou descendants en ligne directe,
  - Une maladie médicalement constatée ou un accident corporel subi.
 La garantie ne peut s'exercer pour la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, la maladie ou l'accident préexistant à la souscription au contrat. Elle prend effet à compter de l'inscription et cesse dès le démarrage de la compétition.

Les capitaux de la garantie de base et ceux des options 1 ou 2 ne s'additionnent pas.

Le licencié souhaitant bénéficier d'une couverture plus étendue que celle prévue au titre des « garanties de base », pourra souscrire à l'option 1 ou à l'option 2 prévues au tableau ci-dessus.

Le complément de cotisation dû à ce titre sera à régler directement auprès du Cabinet AIAC – 14 rue de Clichy – 75311 Paris Cedex 09.

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

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

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

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

#### 13.2. - Formalités en cas d'invalidité

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

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

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

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

Les pièces suivantes doivent être adressées à la MDS :

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

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

#### Article 14 : SONT EXCLUS DES GARANTIES :

- ▶ les sports à risques suivants (au titre des sports annexes et connexes) : boxe, catch, spéléologie, chasse et plongée sous-marine, motonautisme, yachting à plus de 5 milles des côtes, sports aériens, alpinisme, varappe, hockey sur glace, bobsleigh, skeleton, saut à ski,
- ▶ 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.

CATEGORIE	Cotisation T.T.C.
Licencié / Garanties de base (article 12.2)	0,75 €
Titulaire d'un Pass J'aime courrir / Garanties de base (article 12.2)	0,63 €
Licencié ou Pass J'aime Courrir / Garanties Option 1 (article 12.2)	15,00 €
Licencié ou Pass J'aime Courrir / Garanties Option 2 (article 12.2)	27,00 €