GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

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° siren 422 801 910

LIGUE DE FOOTBALL DES HAUTS DE FRANCE
LFHF

Accord collectif n° 980 A 21 /// LIGUE DE FOOTBALL DES HAUTS DE FRANCE
Notice d'information Individuelle Accident /// Saison 2018 / 2019

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

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

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1 : OBJET

Le présent Accord collectif a pour objet de mettre en œuvre un régime collectif de prévoyance destiné aux licenciés de la Ligue de Football souscriptrice, conformément aux dispositions du Code du Sport.

Article 2 : ASSURES

- Les licenciés à titre amateur de la Ligue,
- Les joueurs de moins de 6 ans alors même qu'ils n'ont pas encore leur licence ou qui ne sont pas licenciés,
- Les licenciés des catégories **U6 et U6F aux catégories U13 et U13F jusqu'au 31 décembre**, date à laquelle elles sont acquises en plein droit pour le reste de la saison à ceux qui prennent une licence,
- Les joueurs licenciés (ou non) en provenance (ou non) d'une autre Ligue :
  - à l'essai,
  - en cours de mutation (notamment pour des raisons professionnelles).
- Les pratiquants occasionnels non licenciés invités ou visiteurs (pratiquants occasionnels découvrant l'activité à l'occasion de journées portes ouvertes, rencontres amicales, ...) ainsi que les parents ou personnes civilement responsables de leur fait, **à l'exception des spectateurs qu'ils soient admis à titre gratuit ou payant,**
- Les participants à une manifestation de promotion du football,
- Les arbitres (ainsi que les dirigeants amenés à exercer des fonctions d'arbitres bénévoles),
- Les préposés (salariés ou non), stagiaires et auxiliaires de la Ligue, de ses Districts, clubs, associations, organismes ou groupements affiliés,
- Les cadres techniques, dirigeants statutaires ou non, délégués, entraîneurs, moniteurs, éducateurs licenciés ou non
- Les pratiquants occasionnels non licenciés (désignés par le terme « Invités ») découvrant l'activité pratiquée à l'exclusion de toute compétition officielle, dans la limite de 3 jours par an,
- Les bénévoles non licenciés prêtant gratuitement leur concours à l'organisation des activités du club.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

3.1. - Sont garanties :

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

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

3.2. - Sont garanties également les activités extra sportives exercées à titre récréatif sous les réserves et conditions suivantes :
La participation à des manifestations festives à caractère privé telles que fêtes, bals, kermesses, repas, sorties **à l'exclusion cependant des conséquences de l'utilisation de véhicule terrestre à moteur au cours de ladite manifestation,** et seulement dans le cas où ces activités sont organisées par la Ligue ou ses organismes affiliés .

Sont exclues :

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

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

Les garanties sont acquises :

- Sans limitation de durée, en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer (Guadeloupe Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Nouvelle Calédonie, Guyane, Polynésie Française), en Andorre et à Monaco.
- Dès lors que la durée totale du voyage ou du séjour n'excède pas un an, dans tous les autres pays du monde ou territoires, notamment dans les pays de l'Union européenne.

Article 5 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

Pour les sportifs prenant pour la première fois leur licence, la garantie est accordée dès le jour de réception (à 0 heure) par la Ligue de la demande de licence formulée par le club. Elle cesse à la date de fin de validité de la licence.
Les sportifs renouvelant leur licence bénéficient automatiquement de la garantie sous réserve que ce renouvellement intervienne au plus tard dans le premier semestre de la nouvelle saison.

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

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

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

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

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

La prescription peut être interrompue par :

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

- ainsi que dans les cas ci-après :
  - désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
  - envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception (par la 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

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

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

Le Service Réclamations s'engage à :

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

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

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

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

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 Ligue. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la M.D.S., à l'adresse de son siège social (loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978).

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 :

Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Toute mort subite intervenant au cours des activités garanties est assimilée à un accident et donne lieu au versement d'une indemnité décès.

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 utilisé en droit commun.

11.4. - Incapacité Temporaire Totale de Travail

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

11.5. - 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.

11.6. - 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 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 ci-dessous (Article 12.2). Pour la mise en œuvre de certaines d'entre elles, il convient de se reporter aux précisions et modalités ci-après exposées.

12.1.1. - Capital Décès

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

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

12.1.2- Capital Invalidité :

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

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

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

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

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

12.1.3- Accident corporel grave :

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

- **Avant la consolidation** et au plus tard dans les 4 mois de la blessure, **un capital forfaitaire immédiat de 100.000 €.**
  Ce forfait ne peut en aucun cas être remis en cause à la consolidation, même dans l'hypothèse où le blessé, bénéficiant d'une rémission, n'atteint pas lors de cette consolidation le taux de 66 %.
- **A la consolidation et si le taux d'invalidité atteint ou excède 66%, un capital de 900.000 €.**

12.1.4. – Frais de transport :

Font l'objet d'un remboursement :

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

12.1.5 – Frais de reconversion professionnelle :

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

12.1.5 – Frais de remise à niveau scolaire et/ou de redoublement d'études :

Remise à niveau scolaire

Les frais de remise à niveau scolaire pour les enfants accidentés mineurs ou majeurs âgés de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études peuvent faire l'objet de remboursement par la M.D.S. à concurrence du montant figurant au tableau ci-dessous (Article 12.2).

Un certificat de l'école ou de l'université fréquentée précisant que la nécessité de la remise à niveau est bien la conséquence des absences ou des troubles divers liés à l'accident sera toujours exigé.

Redoublement de l'année d'études

La MDS s'engage, à concurrence du montant figurant au tableau ci-dessous (Article 12.2), à rembourser à l'assuré les frais liés au redoublement de son année d'études :

- les frais d'inscription à la faculté ou à l'école (études supérieures),
- les frais de résiliation du bail,
- les mois de loyers payés d'avance et non consommés.

Pour la mise en œuvre de cette garantie, les conditions ci-après doivent être simultanément réunies :

- le certificat médical doit prescrire un arrêt d'activité supérieur à 2 mois,
- un justificatif des frais à rembourser et un double de la réinscription dans le même établissement ou dans un autre (changement d'orientation) doivent être fournis.

12.1.6 – Hospitalisation médicale ou chirurgicale « Arbitres » :

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

12.1.7 – Indemnités Journalières « Arbitres »

Bénéficiaires de la garantie :

Les arbitres bénéficient d'une couverture ayant pour objet de leur garantir le paiement d'une indemnité journalière, en cas d'incapacité temporaire totale de travail résultant d'un accident de sport garanti.

Montant et franchise :

L'indemnité journalière (dont le montant est indiqué au tableau de l'Article 12.2 ci-dessous) est versée après expiration d'un délai de carence de 3 jours suivant l'accident, appelé période de franchise (l'indemnité étant toutefois versée dès le 1er jour d'arrêt en cas d'hospitalisation).

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.

Durée d'indemnisation :

La durée d'indemnisation est fixée à 1 095 jours.
L'indemnité cesse en tout état de cause d'être versée à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré.

12.2) MONTANTS DES GARANTIES :

GARANTIES	MONTANTS	Franchise
DECES (y compris mort subite)	**25 000 € (*)** (*) Majoration de 15% par enfant à charge	Néant
INVALIDITE PERMANENTE ACCIDENT DE SPORT (trajet exclu)	**Capital de 1 000 000 € si le taux d'invalidité est supérieur à 65% (**)** **Avant la consolidation,** lorsqu'il constaté par expertise médicale que suite à l'accident **le blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 66%, la MDS lui verse un capital forfaitaire immédiat de 100 000 € (celui-ci restant acquis en cas de rémission, si le blessé n'atteint pas à la consolidation le taux de 66%) selon les modalités prévues à l'article 12.1.3** **A la consolidation et si le taux d'invalidité atteint ou excède 66%, il est versé le solde du capital revenant au blessé, soit la différence entre le capital de 1 000 000 € et le forfait immédiat de 100 000 € précédemment réglé.** **(**) En cas d'invalidité inférieure à 66%, capital versé sur la base de 92 000 € (réductible en fonction du taux d'IPP)**	4 %
INVALIDITE PERMANENTE ACCIDENT AUTRE QUE DE SPORT	**92 000 €** (capital réductible en fonction du taux d'invalidité)	4 %
REMBOURSEMENT DE SOINS (**)		
Frais de soins de santé	300% de la base de remboursement Sécurité Sociale	Néant
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Néant
Prothèses dentaire, par dent	500 €	Néant
Appareil d'orthodontie (bris et perte)	700 €	Néant
Bris de lunettes ou lentilles (forfait)	500 €	Néant
Prothèse auditive, par appareil (forfait)	500 €	Néant
Appareils et matériels divers (cannes, béquilles, fauteuils roulants, ...)	500 €	Néant

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

GARANTIES	MONTANTS	Franchise
FRAIS DE TRANSPORT		
Frais de premier transport	Frais réels	Néant
Transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	Frais réels	Néant
FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE	40 €/jour (maximum 2 800 €)	15 jours
FRAIS LIES AU REDOUBLEMENT DE L'ANNEE D'ETUDES	7 630 €	Néant
RECONVERSION PROFESSIONNELLE	7 630 €	Néant
INDEMNITE HOSPITALISATION « ARBITRES »	20 €/jour (pendant la durée de l'hospitalisation)	Néant
INDEMNITES JOURNALIERES « ARBITRES »	20 €/jour (maximum 3 ans)	3 jours (en cas d'hospitalisation, versement dès le 1er jour d'arrêt)

BONUS SANTE	MONTANT PAR ACCIDENT : 2.000 €

L'assuré bénéficie, sur justificatifs, d'un « Bonus Santé » à concurrence d'un montant global maximal de 2.000 € 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.
L'assuré pourra disposer de ce Bonus Santé pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :

- les dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux,
- les prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,
- les bris de lunettes et perte de lentilles durant les activités sportives,
- les frais de prothèse dentaire,
- en cas d'hospitalisation :
  - la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte)
  - si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet,
- les frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles,
- 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.**

Article 13 : FORMALITÉS A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

13.1. - Règlement des frais de soins divers

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

13.2. - Formalités en cas d'invalidité

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

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

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

13.3 - Formalités en cas de décès de l'assuré

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

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

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

Article 14 : EXCLUSIONS

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

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

ANNEXE 1 : CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA MDS EN CAS D'ACCIDENT DE SPORT

TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX
100 %	1 000 000,00 €	75 %	1 000 000,00 €	50 %	34 647,50 €	25 %	17 323,75 €
99 %	1 000 000,00 €	74 %	1 000 000,00 €	49 %	33 954,55 €	24 %	16 630,80 €
98 %	1 000 000,00 €	73 %	1 000 000,00 €	48 %	33 261,60 €	23 %	15 937,85 €
97 %	1 000 000,00 €	72 %	1 000 000,00 €	47 %	32 568,65 €	22 %	15 244,90 €
96 %	1 000 000,00 €	71 %	1 000 000,00 €	46 %	31 875,70 €	21 %	14 551,95 €
95 %	1 000 000,00 €	70 %	1 000 000,00 €	45 %	31 182,75 €	20 %	13 859,00 €
94 %	1 000 000,00 €	69 %	1 000 000,00 €	44 %	30 489,80 €	19 %	13 166,05 €
93 %	1 000 000,00 €	68 %	1 000 000,00 €	43 %	29 796,85 €	18 %	12 473,10 €
92 %	1 000 000,00 €	67 %	1 000 000,00 €	42 %	29 103,90 €	17 %	11 780,15 €
91 %	1 000 000,00 €	66 %	1 000 000,00 €	41 %	28 410,95 €	16 %	11 087,20 €
90 %	1 000 000,00 €	65 %	59 800,00 €	40 %	27 718,00 €	15 %	10 394,25 €
89 %	1 000 000,00 €	64 %	58 880,00 €	39 %	27 025,05 €	14 %	9 701,30 €
88 %	1 000 000,00 €	63 %	57 960,00 €	38 %	26 332,10 €	13 %	9 008,35 €
87 %	1 000 000,00 €	62 %	57 040,00 €	37 %	25 639,15 €	12 %	8 315,40 €
86 %	1 000 000,00 €	61 %	56 080,00 €	36 %	24 946,20 €	11 %	7 622,45 €
85 %	1 000 000,00 €	60 %	55 160,00 €	35 %	24 253,25 €	10 %	6 929,50 €
84 %	1 000 000,00 €	59 %	40 884,05 €	34 %	23 560,30 €	9 %	6 236,55 €
83 %	1 000 000,00 €	58 %	40 191,10 €	33 %	22 867,35 €	8 %	5 543,60 €
82 %	1 000 000,00 €	57 %	39 498,15 €	32 %	22 174,40 €	7 %	4 850,65 €
81 %	1 000 000,00 €	56 %	38 805,20 €	31 %	21 481,45 €	6 %	4 157,70 €
80 %	1 000 000,00 €	55 %	38 112,25 €	30 %	20 788,50 €	5 %	3 464,75 €
79 %	1 000 000,00 €	54 %	37 419,30 €	29 %	20 095,55 €	4 %	0 €
78 %	1 000 000,00 €	53 %	36 726,35 €	28 %	19 402,60 €	3 %	0 €
77 %	1 000 000,00 €	52 %	36 033,40 €	27 %	18 709,65 €	2 %	0 €
76 %	1 000 000,00 €	51 %	35 340,45 €	26 %	18 016,70 €	1 %	0 €

ANNEXE 2 : CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA MDS / ACCIDENT HORS SPORT

TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX
100 %	92 000,00 €	75 %	69 000,00 €	50 %	34 647,50 €	25 %	17 323,75 €
99 %	91 080,00 €	74 %	68 080,00 €	49 %	33 954,55 €	24 %	16 630,80 €
98 %	90 160,00 €	73 %	67 160,00 €	48 %	33 261,60 €	23 %	15 937,85 €
97 %	89 240,00 €	72 %	66 240,00 €	47 %	32 568,65 €	22 %	15 244,90 €
96 %	88 320,00 €	71 %	65 320,00 €	46 %	31 875,70 €	21 %	14 551,95 €
95 %	87 400,00 €	70 %	64 400,00 €	45 %	31 182,75 €	20 %	13 859,00 €
94 %	86 480,00 €	69 %	63 480,00 €	44 %	30 489,80 €	19 %	13 166,05 €
93 %	85 560,00 €	68 %	62 560,00 €	43 %	29 796,85 €	18 %	12 473,10 €
92 %	84 640,00 €	67 %	61 640,00 €	42 %	29 103,90 €	17 %	11 780,15 €
91 %	83 720,00 €	66 %	60 720,00 €	41 %	28 410,95 €	16 %	11 087,20 €
90 %	82 800,00 €	65 %	59 800,00 €	40 %	27 718,00 €	15 %	10 394,25 €
89 %	81 880,00 €	64 %	58 880,00 €	39 %	27 025,05 €	14 %	9 701,30 €
88 %	80 960,00 €	63 %	57 960,00 €	38 %	26 332,10 €	13 %	9 008,35 €
87 %	80 040,00 €	62 %	57 040,00 €	37 %	25 639,15 €	12 %	8 315,40 €
86 %	79 120,00 €	61 %	56 080,00 €	36 %	24 946,20 €	11 %	7 622,45 €
85 %	78 200,00 €	60 %	55 160,00 €	35 %	24 253,25 €	10 %	6 929,50 €
84 %	77 280,00 €	59 %	40 884,05 €	34 %	23 560,30 €	9 %	6 236,55 €
83 %	76 360,00 €	58 %	40 191,10 €	33 %	22 867,35 €	8 %	5 543,60 €
82 %	75 440,00 €	57 %	39 498,15 €	32 %	22 174,40 €	7 %	4 850,65 €
81 %	74 520,00 €	56 %	38 805,20 €	31 %	21 481,45 €	6 %	4 157,70 €
80 %	73 600,00 €	55 %	38 112,25 €	30 %	20 788,50 €	5 %	3 464,75 €
79 %	72 680,00 €	54 %	37 419,30 €	29 %	20 095,55 €	4 %	0 €
78 %	71 760,00 €	53 %	36 726,35 €	28 %	19 402,60 €	3 %	0 €
77 %	70 840,00 €	52 %	36 033,40 €	27 %	18 709,65 €	2 %	0 €
76 %	69 920,00 €	51 %	35 340,45 €	26 %	18 016,70 €	1 %	0 €