



Accord collectif n° 2138 /// FEDERATION FRANCAISE DU SPORT UNIVERSITAIRE
Notice d'information Individuelle Accident /// Saison 2018 / 2019

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 DU SPORT UNIVERSITAIRE (FFSU) - 108 avenue de Fontainebleau - 94276 Le Kremlin Bicêtre

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 Mohernando - 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 - Service réclama-
tions AIAC, 14 rue de Clichy 75009 Paris – reclamation@aiac.fr - Soumis au contrôle de l'ACPR, 61 rue Taitbout 75009 Paris

ARTICLE LIMINAIRE

Les licenciés de la Fédération 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 Fédération 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 Fédération et reconnaît 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 Fédération Française du Sport Universitaire, 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 F.F.S.U, titulaire d'une licence ou d'une carte fédérale en vigueur, ou en cours d'établissement (y compris les dirigeants et athlètes de haut niveau) (*), et qui a souscrit à la garantie accident corporel lors de sa prise de licence et réglé le montant de la cotisation correspondante.
- ▶ Tout le personnel de la F.F.S.U y compris les dirigeants ainsi que les bénévoles licenciés ou non.

(* On entend par **dirigeants** toutes les personnes licenciées à la F.F.S.U, et régulièrement élues dans les instances fédérales, clubs et associations affiliés. Sont considérés comme dirigeants les membres élus du Comité Directeur de la F.F.S.U, des Comités Régionaux ou Départementaux, ainsi que les présidents, secrétaires généraux et trésoriers des associations régulièrement affiliées à la F.F.S.U. Sont également considérés comme dirigeants au sens de ce contrat d'assurance :

- les cadres techniques fédéraux,
- les cadres techniques d'Etat mis à la disposition de la F.F.S.U. ou de ses organes décentralisés par le Ministère de la Jeunesse et des Sports,
- les membres des Commissions de la F.F.S.U. et de ses organismes régionaux et départementaux, les arbitres, les commissaires sportifs.

(* On entend par **Athlètes de haut niveau** toutes les personnes licenciées à la F.F.S.U. et régulièrement inscrites sur les listes des athlètes de haut niveau publiées par le Ministère de la Jeunesse et des Sports ainsi que les effectifs des pôles France, les athlètes sélectionnés en Equipe de France et finalistes des championnats universitaires nationaux individuels.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

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

- ▶ **Pratiquer toutes les activités sportives liées à la Fédération comprenant la participation :**
 - à des compétitions (officielles ou non) et aux essais ou entraînements préparatoires sous réserve que les séances se déroulent sous le contrôle ou la surveillance de la Fédération, de ses Organismes Régionaux et Départementaux et des Associations affiliées ;
 - aux séances d'entraînements, sur les lieux d'installations sportives appartenant ou mis à la disposition de la Fédération, de ses Organismes Régionaux et Départementaux et des Associations affiliées, ou hors de ces lieux, mais dans ce dernier cas, sous réserve que ces séances se déroulent sous le contrôle ou la surveillance ou avec l'autorisation des personnes morales susvisées ;
 - à toutes épreuves organisées notamment dans le cadre du Téléthon ou autres actions à but humanitaire ;
 - aux passages de brevets d'état et autres diplômes d'enseignement ou d'arbitrage ;
 - à la remise des coupes, 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 par l'Assuré, ou toute autre personne mandatée par lui ;
- à des stages d'initiation, ou de perfectionnement organisés ou agréés par l'Assuré, ou toute autre personne mandatée par lui, quel que soit le sport ou l'activité pratiquée ;
- à l'hébergement des hôtes et invités de l'Assuré aux compétitions et/ou stages d'initiations et de perfectionnement.

▶ 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 F.F.S.U, ses Organismes Régionaux et Départementaux, ses Associations affiliées, ou toutes autres organisations auxquelles la F.F.S.U doit être affiliée comme notamment la Fédération Internationale ;
- les manifestations culturelles, récréatives, amicales, notamment parties de cartes, bals, voyages, banquets, sorties ;
- les déplacements en tous lieux et en revenir par tous modes de transport dans le cadre des activités énoncées ci-dessus ;
- toutes actions administratives, logistiques, informatiques et autres ;
- la distribution de produits marketing.

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 : ATTITUDE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

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

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 l'envoi par le club de la demande de licence à la Fédération, la Ligue régionale ou le Comité départemental. 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.

Pour les personnes prêtant bénévolement leur concours à l'encadrement ou à l'organisation des activités, la garantie prend effet uniquement durant leur bénévolat.

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 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 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 signifiés à celui que l'on veut empêcher de prescrire, citation en justice, même en référé, etc...)
- ainsi que dans les cas ci-après :
 - désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
 - envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception (par la Société à l'Assuré, en ce qui concerne le paiement de la cotisation // par l'Assuré à la Société, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).

Article 9: RECLAMATIONS / MÉDIATEUR

En cas de désaccord sur l'application des garanties de la M.D.S., les Assurés peuvent présenter leur 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, les Assurés ont la faculté de saisir le Médiateur de la consommation auprès du Groupe MDS en formulant leur demande, par voie postale sous pli confidentiel à l'adresse suivante : Monsieur Philippe BORGAT, 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 aux Assurés sur simple demande de leur part adressée au Service Réclamations.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux Assurés qui conservent la faculté de saisir le tribunal compétent afin de le faire statuer sur le litige qui les 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 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 entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, telle qu'un choc, une électrocution, l'hydrocution, la noyade ou autre.

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 séquentiels utilisés en droit commun.

11.3. – 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

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 aux tableaux 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 aux tableaux 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 montant de l'indemnité est déterminé par l'application du taux d'infirmité au capital maximum garanti. Pour toute invalidité supérieure ou égale à 60%, le calcul de l'invalidité sera effectué sur le capital doublé.

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 :

Font l'objet d'un remboursement par la MDS dans les conditions définies ci-après, les « frais de traitement » suivants :

- les frais de médecine générale ou spéciale, les frais d'intervention chirurgicale et de salle d'opération, les frais de rééducation fonctionnelle ou professionnelle,
- les frais de première acquisition de toutes prothèses et tous appareillages,
- les frais de pharmacie engagés sur prescription médicale, sous réserve que les médicaments prescrits répondent aux conditions fixées par la législation et la réglementation de la Sécurité Sociale pour leur prise en charge au titre d'un régime obligatoire de protection sociale,
- les frais d'analyses et d'examen de laboratoire,
- les frais de séjour dans les établissements de soins publics et privés,
- les frais de transport de l'assuré accidenté jusqu'au lieu où il pourra recevoir les premiers soins d'urgence que nécessite son état et les frais de transport de l'assuré décédé jusqu'au lieu de son inhumation,
- les autres frais supplémentaires ne relevant pas du tarif de la Sécurité Sociale et directement liés à l'accident, tels que les frais de transport pour se rendre aux soins prescrits par certificat médical et non pris en charge par la Sécurité Sociale, les pertes de salaire subies par les parents pour les déplacements liés à l'accident ou les congés sans solde qu'ils ont eu à prendre.
- le remboursement d'un forfait optique (ou lentille) en cas de bris de lunettes survenu au cours des activités sportives,
- le remboursement d'un forfait dentaire suite à un accident survenu au cours des activités sportives,
- le remboursement du forfait hospitalier et technique,
- les frais de séjour dans un centre de rééducation spécialisé en traumatologie du sport, prescrit par une entité médicale compétente à la suite d'un dommage

corporel garanti par le présent Accord collectif, sur présentation des factures et APRES VALIDATION PAR LE MEDECIN EXPERT DE LA MDS.

Les remboursements des « frais de traitement » tels que définis ci-dessus (y compris 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) s'effectuent à concurrence des frais réels exposés et dans la limite précisée au tableau ci-dessous (article 12.2), **après intervention de tout régime de prévoyance obligatoire ou complémentaire (Sécurité Sociale, Mutuelles et autres assurances ...) dont l'assuré ne 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.

12.1.4 – 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.

Exclusions relatives à la garantie Frais de Remise à Niveau Universitaire : les périodes de vacances dans le calcul de la franchise.

12.1.5 – 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 5 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 :

GARANTIES	LICENCIES	DIRIGEANTS & ATHLETES DE HAUT NIVEAU
DECES (1)	10 000 €	10 000 €t
INVALIDITE PERMANENTE (2)	60 000 €	60 000 €t
FRAIS DE SOINS DE SANTE (3)	2 000 € / accident	2 000 € / accident
FORFAIT HOSPITALIER	100%	100%
SOINS DENTAIRES ET PROTHESES	150 € / dent	150 € / dent
FORFAIT OPTIQUE	150 € / accident	150 € / accident
FRAIS DE REMISE A NIVEAU UNIVERSITAIRE	50 €/jour (maxi 365 jours) // Franchise : 5 jours	50 €/jour (maxi 365 jours)t // Franchise : 5 jours
INDEMNITES JOURNALIERES	Néant	30 €/jour (maxi 365 jours) // Franchise : 5 jours

(1) Capital limité à 5.000 € pour les moins de 16 ans. Majoration de 10% par enfant à charge.

(2) Si le déficit fonctionnel permanent est supérieur à 60%, l'indemnité est calculée à partir du capital doublé.

(3) Les participants étrangers (athlètes et dirigeants) présents sur le territoire français à l'invitation d'une instance dirigeante de la F.F.S.U. ou bien pour un stage ou une compétition, 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.

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 AIAC, 14 rue de Clichy, 75311 Paris cedex 09, 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 AIAC.

Article 13 : GARANTIES COMPLEMENTAIRES INDIVIDUELLES

Tout licencié de la FFSU peut souscrire à titre individuel, à des garanties complémentaires en cas de dommage corporel suite à un accident de sport **en sus des garanties de base** telles que définies à l'article 12.

GARANTIES COMPLEMENTAIRES	OPTION 1	OPTION 2
DECES (1)	23 000 €	30 000 €t
INVALIDITE PERMANENTE (2)	100 000 €	120 000 €t
FRAIS DE SOINS DE SANTE (3)	2 000 € / accident	2 000 € / accident
FORFAIT HOSPITALIER	100%	100%
SOINS DENTAIRES ET PROTHESES	300 € / dent	450 € / dent
FORFAIT OPTIQUE	300 € / accident	450 € / accident
FRAIS DE REMISE A NIVEAU UNIVERSITAIRE	80 €/jour (maxi 365 jours) // Franchise : 5 jours	120 €/jour (maxi 365 jours)t // Franchise : 5 jours
INDEMNITES JOURNALIERES	30 €/jour (maxi 365 jours) // Franchise : 5 jours	50 €/jour (maxi 365 jours) // Franchise : 5 jours

(1) Capital limité à 5.000 € pour les moins de 16 ans. Majoration de 10% par enfant à charge.

(2) Si le déficit fonctionnel permanent est supérieur à 60%, l'indemnité est calculée à partir du capital doublé.

COTISATIONS UNITAIRES TTC	
Garanties de base (Article 12)	0,60 €
Garanties complémentaires / Option 1 (Article 13)	15,00 €
Garanties complémentaires / Option 2 (Article 13)	28,00 €
Garanties spécifiques Athlète de Haut Niveau (Article 14)	15,00 €
Garanties spécifiques Athlète Professionnel (Article 14)	80,00 €

Article 14 : GARANTIES SPECIFIQUES POUR LES ATHLETES DE HAUT NIVEAU ET LES PROFESSIONNELS APPELES EN EQUIPE UNIVERSITAIRE FFSU

Les garanties visées au présent Article bénéficient aux **Athlètes de Haut Niveau** (garanties Décès et Invalidité) et aux **Athlètes Professionnels** (garanties Décès, Invalidité, Perte de Licence et Incapacité Temporaire) sélectionnés en équipe universitaire par la FFSU ou par un CRSU et qui participent à un **Rassemblement en équipe FFSU**.

Les garanties s'exercent exclusivement pour les accidents survenus pendant les journées de Rassemblements des Equipes FFSU, y compris lors des déplacements occasionnels par ceux-ci et les activités physiques et sportives pratiquées, à l'entraînement et en compétition dans le cadre de ces rassemblements.

Pour l'application des garanties visées au présent Article, on entend par :

- **Athlète de Haut Niveau** : toutes les personnes régulièrement inscrites sur les listes des athlètes de haut niveau publiées par le Ministère de la Jeunesse et des Sports, sur la liste de l'Elite Sportive Universitaire éditée annuellement par la FFSU ainsi que les athlètes sélectionnés en Equipe de France Universitaire.
- **Athlète Professionnel** : athlète percevant régulièrement une rémunération en contrepartie de son activité sportive.
- **Rassemblement en équipe FFSU** : journées d'activités physiques et sportives, dont la convocation ou la sélection sont réalisées par la FFSU ou un CRSU, comprenant les entraînements, déplacements et compétitions.

La FFSU s'engage à adresser à la MDS, dès qu'elle en a connaissance :

- la liste des différents Rassemblements, avec indication du ou des sports concernés, de la période et du lieu de rassemblement,
- la liste des athlètes sélectionnés, en précisant la qualité de chacun des athlètes : professionnel ou autre.

14.1 DECES :

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 forfaitaire dont le montant est fixé à **150 000 €**.

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.

14.2 INVALIDITE :

En cas d'invalidité permanente, la M.D.S. garantit le versement d'un capital forfaitaire dont le montant maximal est fixé à **150 000 €** :

Pour un taux d'invalidité inférieur ou égal à 66%, la MDS verse un capital forfaitaire dont le montant est fixé par la multiplication du taux d'invalidité par le capital maximum de 150 000 €.

Pour un taux d'invalidité supérieur à 66%, la MDS verse le capital forfaitaire de 150 000 € dans son intégralité.

Une franchise relative de 10% sera appliquée en cas d'accident.

Lorsque le taux d'invalidité est inférieur à la franchise, aucune indemnité n'est due par la MDS.

Lorsque le taux d'invalidité est supérieur à la franchise, la MDS règle la totalité du capital, sans déduction de franchise.

Par dérogation aux dispositions des articles 11.2 et 11.3, le taux d'invalidité est fixé d'après le barème des accidents du travail de l'UCANSS.

Lorsque l'assuré est gaucher, les taux d'invalidité concernant les membres supérieurs sont inversés.

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.

14.3 PERTE DEFINITIVE DE LICENCE (garantie bénéficiant aux seuls athlètes professionnels) :

L'assuré est déclaré en « Perte Définitive de Licence », consécutive à un accident garanti, s'il se trouve dans l'impossibilité définitive d'exercer son activité sportive et de poursuivre sa carrière de Sportif Professionnel de Haut Niveau, et de percevoir sous quelque forme que ce soit une rémunération en contrepartie de ladite activité sportive.

Si l'assuré devient incapable d'exercer son activité de sportif professionnel et perd définitivement sa licence du fait d'un accident garanti, la MDS verse un capital forfaitaire dont le montant est fixé à **150 000 €** (ce versement étant effectué dès que cette inaptitude est médicalement constatée).

Le bénéficiaire de la présente garantie est l'assuré.

Cependant, lorsque la FFSU **ET** l'assuré en feront la demande écrite, le bénéficiaire pourra être le club employeur de l'Athlète, pour tout ou partie du capital garanti.

Dans l'hypothèse où l'assuré reprendrait une activité sportive professionnelle, il devrait restituer à la MDS les sommes perçues.

De la même façon, s'il était réintégré dans son club, celui-ci aurait à restituer les sommes perçues.

14.4 INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL (garantie bénéficiant aux seuls athlètes professionnels)

Lorsque l'assuré a été en incapacité temporaire totale de travail suite à un accident, la M.D.S. verse une indemnité forfaitaire (venant compléter les 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) **jusqu'à 100% du salaire net et pour un maximum de 200 € par jour**.

- 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 3 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.

► Base de calcul des prestations :

Définition du revenu net

- Le revenu net est le revenu brut déclaré à l'Administration Fiscale, déduction faite des charges et autres contributions, de la CSG et de la CRDS, à la charge de l'assuré de l'exercice précédent.

- Pour les personnes qui ont été embauchées au sein de leur club au cours des douze mois précédant l'accident, le salaire de base pris en considération est celui prévu par le contrat de travail.

Calcul des prestations

Le revenu journalier correspond à 1/365^{ème} du revenu net défini ci-dessus dans la limite de 200 € par jour versé au bénéficiaire.

Si par suite de maladie, d'accident (et sur prescription médicale) ou de maternité, à l'exclusion de tout autre motif, le salaire a été réduit ou supprimé durant des périodes comprises dans ces douze mois, le salaire annuel est reconstitué prorata temporis sur la base des périodes au cours desquelles l'assuré a bénéficié d'un salaire plein.

De même, pour les personnes qui reprennent leur activité professionnelle à la suite d'une période de suspension du contrat de travail et qui, dans les douze mois qui suivent cette reprise d'activité, se trouvent en arrêt de travail ou décèdent, le salaire annuel est reconstitué prorata temporis sur la base des périodes au cours desquelles l'assuré a bénéficié d'un salaire plein.

► Bénéficiaire – Modalités de paiement

L'indemnité journalière est versée mensuellement à terme échu et sur justification médicale :

- Au club qui emploie l'assuré, sous réserve qu'il continue à lui verser son salaire,
- A l'assuré lui-même dans les autres cas.

► Formalités en cas d'accident

Dès que l'incapacité temporaire totale de travail d'un assuré atteint la franchise prévue au présent Accord collectif, la FFSU doit en faire la déclaration à la MDS, via le Cabinet AIAC, dans les 30 jours, accompagnée :

- D'une déclaration d'arrêt d'activité de l'assuré,
- D'un certificat médical du médecin traitant précisant la date de l'arrêt de travail, la cause et la nature de l'affection à l'origine de l'incapacité.

Si la déclaration est faite hors délai :

- Avant la reprise d'activité, les prestations ne sont accordées qu'à compter de la réception de la déclaration,
- Après la reprise d'activité, les prestations ne sont pas accordées.

En cas de prolongation de l'arrêt de travail, l'assuré doit fournir, chaque mois, un certificat médical justifiant de la continuité de son incapacité temporaire totale.

Le paiement des indemnités journalières prend fin :

- dès la reprise de travail,
- dès la cessation du paiement des indemnités journalières par la Sécurité Sociale,
- en cas de décès de l'assuré,
- et en tout état de cause au 365^{ème} jour d'arrêt de travail.

- La MDS se réserve le droit de faire procéder à tout contrôle de l'état de santé de l'assuré par un médecin expert qu'elle aura choisi.

Article 15 : RÉGLEMENT DES PRESTATIONS : FORMALITÉS A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

15.1 - 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.

15.2 - 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.

15.3 - 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 16 : EXCLUSIONS

Accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès // Suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide // Accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active // Accidents résultant de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense // Suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré // Accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré // 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.