2. – PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de la présente convention sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. ■ Toutefois, ce délai ne court : 1°/ en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ; 2°/ en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix ans pour les garanties relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.
La prescription peut être interrompue par : une des causes ordinaires d'interruption ([Article 2244 du Code Civil] commandement ou saisie signifiés à celui que l'on veut empêcher de prescrire, citation en justice, même en référé, etc.) ■ ainsi que dans les cas ci-après : désignation d'expert à la suite d'un sinistre ; envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception, par la Société à l'Assuré, en ce qui concerne le paiement de la cotisation, par l'Assuré à la Société, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

3. – DEFINITIONS

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 et toute mort subite ne résultant pas d'un état pathologique antérieur.
Invalidité Permanente Totale ou Partielle : Privation définitive de tout ou partie de ses capacités physiques ou intellectuelles. **Pour l'appréciation de cette invalidité, c'est le barème du concours médical (barème indicatif pour apprécier les déficits fonctionnels séquellaires utilisé en droit commun) qui sera utilisé 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.).**
Barème du concours médical : Il s'agit du barème indicatif pour apprécier les déficits fonctionnels séquellaires utilisé en droit commun.
Incapacité Temporaire Totale de Travail : Impossibilité complète et temporaire d'exercer sa profession ou toute profession en rapport avec ses aptitudes professionnelles et rémunérations antérieures.
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.
Enfants à charge : Les enfants de l'assuré ou de son conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études et sont rattachés au foyer fiscal de l'assuré ou, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires d'un titre leur reconnaissant un taux d'invalidité au moins égal à 80 %.
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.

4. – GARANTIES : *(la M.D.S. arrête ses remboursements à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré)*

Capitaux INVALIDITE & DECES	Montants et franchises
DECES (**) - Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge - Marié sans enfant à charge	19 820 € (+ 15% par enfant à charge) 22 865 (+ 15% par enfant à charge)
INVALIDITE (réductible en fonction du taux d'IPP) (***) (franchise relative de 4%)	De 5% à 66% : 3 464,75€ à 45 735 € De 67% à 100% : 60 980€ €

FRAIS MEDICAUX (*)	Montants
Frais de soins de santé	200 % base de remboursement SS
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Frais de prothèses dentaires	245 € / dent
Frais de premier appareil orthodontique	610 €
Bris de lunettes ou de lentilles	390 €
Appareil et matériels divers (cannes, béquilles, fauteuils roulants, ...)	153 €
Prothèses auditives	460 €

CAPITAL SANTE 1 525 € par accident

Au-delà des prestations de base définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un CAPITAL SANTE 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 capital pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes :
■ Frais pharmaceutiques, médicaux ou chirurgicaux ■ Prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale ■ Lunettes et lentilles ■ Dents fracturées ■ Prothèses déjà existantes nécessitant réparation ou remplacement ■ Frais d'ostéopathie prescrits et pratiqués par un médecin praticien ■ Frais de transport pour se rendre du domicile au lieu des activités scolaires, universitaires, professionnelles, dans la limite de 0,25 € par km
■ En cas d'hospitalisation : majoration pour chambre particulière dans la limite des frais réels (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) / coût d'un parent accompagnant si le blessé est mineur, à concurrence des frais d'hébergement facturés par l'hôpital et des frais de trajet dans la limite de 0,25 € par km / versement d'une indemnité journalière, non soumise à conditions de revenus, d'un montant de 15,24 € par jour, pendant la durée de l'hospitalisation et au maximum pendant 100 jours,
■ Frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, dans la limite de 0,25 € par km.

Frais de premier transport	Frais réels
Frais de transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	0,25 € par km

Frais de reconversion professionnelle	7 622,45 €
Frais de remise à niveau scolaire	30,49 € par jour (maximum : 2 744 €) franchise 30 jours

(*) 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.
(**) 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, à défaut au Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes.
(***) Ce 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 du 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.

5. – 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.

6. - REGLEMENT DES PRESTATIONS : FORMALITES A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

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.

Formalités en cas d'invalidité : Dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans un délai de 90 jours, un certificat médical doit être transmis directement au médecin-conseil de la M.D.S. et doit préciser : le taux d'invalidité probable et la date de consolidation. Si l'assuré est affilié au régime général de la Sécurité Sociale (ou à un régime équivalent) classant son invalidité en 2ème ou 3ème catégorie au sens du Code de la Sécurité Sociale ; - la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'adhérent ; la date de première constatation de l'affection.
La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire et de faire expertiser l'assuré par un médecin expert de son choix.
La reconnaissance de l'invalidité permanente suite à un accident survenu à l'étranger ne peut avoir qu'après le retour de l'assuré en France.

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.

7 / ASSISTANCE RAPATRIEMENT : *(Accord collectif n° 980A06 - garanties souscrites par la Mutuelle des Sportifs auprès de Mutuaide Assistance)*

Les prestations garanties en cas d'accident ou de maladie graves sont notamment : • Le rapatriement ou le transport sanitaire. • La visite d'un membre de la famille en cas d'hospitalisation supérieure à 10 jours à l'étranger.• La prise en charge des frais médicaux, en complément des versements effectués par les organismes de protection sociale, à concurrence de 5 335,72 €, déduction faite d'une franchise de 15,24 Euros par dossier. • Organisation et prise en charge du retour prématuré de l'assuré en déplacement à l'étranger dans le cadre des activités garanties en cas de décès en France du conjoint (ou concubin), d'un ascendant au premier degré ou descendant au premier degré. • Le rapatriement, le transport du corps en cas de décès et la prise en charge des frais de cercueil à hauteur de 457,35 €. • Frais de recherche et/ou de secours en mer, lac et rivière, sur terre, en montagne...

En cas d'accident : Téléphone 01.45.16.65.70 / Fax 01.45.16.63.92 **Attention : aucune prestation d'assistance ne pourra être prise en charge sans l'accord préalable de MUTUAIDE**

3 / RECLAMATIONS : *En cas de réclamation, l'assuré peut s'adresser au Service Réclamations :*

☎ 01.53.04.86.30 - 🖷 01.53.04.86.10 - Reclamations@grpmds.com - ✉ Groupe MDS - Service Réclamations - 2/4 rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16

✂ *Découper suivant le pointillé* .....

DEMANDE D'ADHESION SPORTMUT FOOT RHÔNE-ALPES à retourner à la MDS, 2/4 rue Louis David 75782 PARIS Cedex 16, accompagné du règlement.

Assuré : M. ☐ Mme. ☐ Mlle. ☐ *(l'adhérent est toujours l'assuré)*
Nom : _____ Nom de Jeune Fille : _____ Prénoms : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____
Date de naissance : _____ Profession (nature exacte) : _____
Club d'appartenance : _____ affiliation du club à la Ligue : _____
Je déclare être licencié en tant que : ☐ Joueur, ☐ Educateur Fédéral ☐ Moniteur ☐ Entraîneur ☐ Arbitre ☐ Dirigeant non pratiquant **OPTION CHOISIE : N° .....**

Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré :
☐ Mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon concubin ou au partenaire m'étant lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualiste.
☐ Autres dispositions : _____

Je certifie sur l'honneur ne pas être atteint(e) d'une infirmité ou d'un handicap. Au cas contraire prendre contact avec la M.D.S. *Je suis informé(e) que les renseignements contenus dans ce formulaire peuvent faire l'objet d'un traitement informatique et que je possède un droit d'accès et de rectification (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Ce droit peut être exercé à l'adresse de la M.D.S.*

Fait à _____, le _____

Signature *(précédée de la mention « lu et approuvé »)*