



Accord collectif n° 2159 /// FEDERATION FRANCAISE DE BASKETBALL Notice d'information Individuelle Accident /// Saison 2020 / 2021

Les licenciés de la Fédération Française de Basketball bénéficiant du présent Accord collectif deviennent membres participants de la M.D.S. Conformément aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et des articles 10 à 14 des statuts 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 de Basketball (FFBB), conformément aux dispositions du Code du Sport.

Article 2 : ASSURES

- ▶ Toute personne physique titulaire d'une Licence émise par la FFBB en cours de validité, ayant souscrit l'assurance et ayant rempli un formulaire de demande de Licence.
- ▶ Les personnes prêtant bénévolement leur concours à l'encadrement ou à l'organisation des activités liées à la pratique du Basket-Ball, sous réserve que cette assistance soit effectivement occasionnelle.
- ▶ Les personnes s'initiant à la pratique du Basket-ball et les joueurs à l'essai, sans Licence.
- ▶ Les joueurs en cours de qualification à condition qu'ils soient inscrits dès leur première activité donnant lieu à une autorisation provisoire, sous réserve de la régularisation de leur licence et au plus tard à la date du début des championnats.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

3.1- Sont garanties l'ensemble des activités liées à la pratique du Basket-Ball selon la licence souscrite :

- ▶ **Licences hors « Licence Junior League », « Licence Super League », « Licence Contact hors 3x3 », « Pass 3x3 », « Licence Vivre Ensemble » :**
à l'entraînement, en compétitions officielles et/ou affinitaires, en sélections, en matchs amicaux, en tournois, en stages organisés par les instances fédérales ou les clubs, au cours des activités sportives lorsqu'elles sont exercées au sein et sous le contrôle du club en tant qu'activités annexes préparatoires, ou complémentaires à la pratique du Basket-Ball ainsi que l'ensemble des réunions du comité sportif.

▶ Licences Entreprise : PASS jouer Entreprise

▶ Licence Junior League :

Délivrée à toute personne âgée de moins de 18 ans au jour de l'inscription. Le titre est valable pour toute la saison. Le participant qui devient majeur en cours de saison pourra solliciter gratuitement une licence Superleague couvrant le reste de la saison. Elle permet de s'inscrire aux tournois des circuits OpenStart, OpenPlus et à l'Open de France dans cette catégorie d'âge.

▶ Licence Super League :

Délivrée à toute personne âgée de plus de 18 ans au jour de l'inscription. Le titre est valable pour toute la saison. Elle permet de s'inscrire aux tournois des circuits OpenStart, OpenPlus et à l'Open de France dans cette catégorie d'âge.

▶ Licences Contact hors 3x3 (contact basket, micro basket, PASS participer à un Camp de Basket), lors des :

- activités régulières et non compétitives de la pratique du Basket-Ball
- animations et opérations de découverte régulière sous l'égide de la FFBB
- activités occasionnelles et non compétitives de Basket-Ball.

▶ Pass 3x3 (Juniorleague / Superleague) :

Délivrée à toute personne sans distinction d'âge (Pass Juniorleague pour les U18 [moins de 18ans] ou Pass Superleague pour les plus de 18 ans). Il permet de s'inscrire à un seul et unique tournoi 3x3 organisés ou autorisés par la FFBB ou l'un de ses organismes fédéraux.

Pass Open Start 3x3 : Il peut être délivré à toute personne sans distinction d'âge. Il permet de s'inscrire à un seul et unique tournoi 3x3 Open Start, organisé ou autorisé sous l'égide de la FFBB.

▶ Licence Vivre Ensemble :

Permet « le développement de pratiques durables d'animation basket, en direction de tous les publics, à but d'éducation, de santé, d'intégration, d'inclusion ou d'insertion » (pratiques non compétitives qui nécessitent l'attribution d'un label). Délivrée pour une saison sportive et donne droit à participer aux activités fédérales.

3.2 – Sont garantis également les activités extra-sportives exercées à titre récréatif, ainsi que les trajets Aller/Retour pour se rendre sur les lieux des activités visées à l'article 3.1 ci-dessus.

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, Mayotte, Wallis et Futuna), 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 DES GARANTIES

1. Pour les Assurés détenteurs d'une Licence délivrée par un club, les garanties sont acquises le jour de la délivrance de la Licence et restent acquises pour toute la durée de validité de la dite Licence.

Pour les adhésions intervenant en cours d'année, la garantie est acquise le lendemain à 12 heures suivant la date de qualification par l'organisme compétent, aucun prorata de prime ne sera effectué, la prime annuelle sera due dans son intégralité.

Chaque adhésion se renouvelle automatiquement par tacite reconduction à chaque échéance annuelle fixée au terme de la saison sportive (1^{er} JUILLET, ZERO HEURE), sauf dénonciation effectuée de la part du licencié par courrier recommandé avec accusé de réception expédié à la FFBB, au plus tard le 31 mai de l'année en cours de la Licence.

Les garanties cessent de plein droit dès lors que l'Assuré n'est plus licencié auprès de la FFBB.

2. Pour les Assurés détenteurs d'une « Licence Junior League », d'une « Licence Super League », d'une « Licence Contact hors 3x3 », d'un PASS jouer Entreprise ou d'un Pass 3x3 (Junior League / Super League), les garanties prennent effet à la date de délivrance de la Licence ou du Pass et sont acquises pendant toute la durée de validité de la Licence ou du Pass.
3. Pour les personnes prêtant bénévolement leur concours à l'encadrement ou à l'organisation des activités, les garanties prennent effet uniquement durant leur bénévolat.
4. Pour les personnes s'initiant à la pratique du basket-ball et pour les joueurs à l'essai, sans Licence, la garantie prend effet dès l'instant où elles s'initient ou s'essaient à cette pratique et cesse dès la fin de l'initiation ou de l'essai.
5. Pour les joueurs en cours de qualification à condition qu'ils soient inscrits dès leur première activité donnant lieu à une autorisation provisoire, sous réserve de la régularisation de leur Licence, la garantie prend effet dès leur inscription lors de leur première activité et au plus tard à la date du début des championnats.
6. Pour les personnes pratiquant le basket-ball dans le cadre de sessions labellisées « Vivre Ensemble », la garantie produit ses effets pendant le déroulement de la session, variable selon le type d'action mise en œuvre :
 - Basket Santé Découverte : une ou quelques journées,
 - Basket Santé Résolutions : sessions régulières sur plusieurs mois,
 - Basket Santé Confort : sessions régulières sur plusieurs mois,
 - Basket tonik qui consiste en la pratique d'activité de fitness avec un ballon de basket-ball (Pratique individuelle, dynamique, basée sur l'enchaînement de gestes fondamentaux du basket, réalisés en rythme et sur une musique),
 - Basket inclusif, qui se définit comme des pratiques du basket, ou inspirées du basket, permettant de faire participer ensemble et en toute sécurité, avec des personnes valides, des personnes atteintes de troubles et/ou de handicaps visibles ou invisibles.

Si un Assuré était détenteur de plusieurs Licences, l'engagement de l'assureur serait en tout état de cause limité à une seule et même Licence.

Article 6 : TYPE DE GARANTIES / MODIFICATION DES GARANTIES

Selon l'option choisie par l'Assuré sur le formulaire de demande de Licence, les garanties sont les suivantes et détaillées au Titre II du présent Accord collectif :

- ▶ option A : « Frais médicaux suite à Accident », « Décès suite à Accident », « Invalidité permanente suite à Accident »,
- ▶ option B : garanties de l'option A ainsi que la garantie complémentaire « Indemnités journalières suite à Accident »,
- ▶ option C : « Garantie invalidité complémentaire » à l'option A ou B.

Chaque Assuré détenteur d'une Licence en cours de validité peut modifier l'option qu'il a souscrite, en remplissant une nouvelle demande de Licence qui devra être expédiée en recommandé avec accusé de réception au siège de la FFBB.

La prime d'assurance sera perçue dans sa totalité et ce, quelle que soit la date de souscription à l'option. La modification sera effective le lendemain à 12 heures suivant la date de réception du formulaire de demande au siège de la FFBB.

Pour les modifications intervenant à l'échéance, la prime à régler sera celle de la nouvelle option souscrite.

Pour les modifications intervenant au cours de la période de validité de la Licence, aucun remboursement de prime ne sera effectué pour les Assurés passant de l'option B à l'option A ou de l'option C à l'option A ou B.

De même, aucun calcul de prorata ne sera effectué pour la perception de prime correspondant à l'augmentation des capitaux garantis pour les Assurés passant de l'option A à l'option B, la prime de la Licence sera due dans son intégralité.

Article 7 : 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. et sur lequel sera clairement indiquée l'option de garantie choisie.

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 8 : 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 9 : 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 10: 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 expert 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 11 : 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'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 12 : DÉFINITIONS

12.1. – Accident :

Par accident corporel, il faut entendre toute atteinte corporelle (y compris accident cardio-vasculaire et accident vasculo cérébral / AVC), non intentionnelle de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

12.2. – 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 indicatif d'invalidité pour les Accidents du Travail** qui sera utilisé (art. 12.3.) 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.....).

12.3. – Barème d'Invalidité

Les invalidités permanentes seront réglées en évaluant les taux d'infirmités sur les bases du **Barème indicatif d'invalidité pour les Accidents du Travail** établi conformément à la loi du 30 Octobre 1946, suivant le Code de la Sécurité Sociale.

12.4. – 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.

12.5. - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

État de l'Assuré, reconnu par le médecin conseil de l'Assureur, le rendant définitivement incapable de se livrer à toute une occupation professionnelle ou requérant, toute sa vie durant, l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante suivants : se laver, se vêtir, s'alimenter et se déplacer.

Les Assurés classés en 3ème catégorie d'invalidité de la Sécurité Sociale sont automatiquement considérés comme en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

12.6. - 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.

12.7. - Principe indemnitaire

Il est rappelé que conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 Décembre 1989, les remboursements ou les indemnités des frais de soins de santé occasionnés par un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

12.8. - 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%.

12.9. - 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 13 : GARANTIES

13.1. – MODALITES

Les montants des garanties sont précisés au tableau ci-dessous (Article 13.2). Pour la mise en œuvre de certaines d'entre elles, il convient de se reporter aux précisions et modalités ci-après exposées.

13.1.1. - Capital Décès

En cas de décès de l'assuré survenant des suites d'un accident garanti (y compris accident cardio-vasculaire et accident vasculo-cérébral / AVC), la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant est indiqué au tableau ci-dessous (Article 13.2).

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 au concubin notoire ou au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut par parts égales aux enfants nés ou à naître, à défaut aux héritiers légaux. Le paiement du capital décès met fin à l'adhésion.

13.1.2- Capital Invalidité :

En cas d'invalidité permanente consécutive à un accident garanti (y compris accident cardio-vasculaire et accident vasculo-cérébral / AVC), la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est obtenu en multipliant le taux d'invalidité de l'Assuré conformément au Barème d'Invalidité par le montant du capital correspondant dans le « Barème progressif » indiqué au tableau ci-dessous (Article 13.2).

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 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.

Le taux d'invalidité est fixé d'après le BAREME INDICATIF D'INVALIDITE POUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL, dans les conditions prévues aux articles 12.2 et 12.3.

13.1.3- 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.

Les frais médicaux seront remboursés aux personnes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle (CMU) au 1^{er} euro.

Les assurés ne bénéficiant 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.

13.1.4 – Incapacité Temporaire Totale—Indemnités Journalières :

Cette garantie a pour objet de faire bénéficier l'assuré d'une indemnité journalière en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail résultant d'un accident survenu lors de la pratique du basket.

Cette indemnité journalière est versée exclusivement en cas de perte réelle de revenu de l'assuré dans les conditions définies ci-dessus lorsque :

- ▶ **L'assuré exerce une activité professionnelle et est mis en arrêt de travail par décision médicale**

Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre la rémunération de l'activité professionnelle de l'assuré (salaires, primes, honoraires, gratifications) servant de base à la déclaration annuelle à l'Administration Fiscale et les prestations versées par la Sécurité Sociale et/ou tout autre régime similaire, régime complémentaire ou l'employeur.

Si le salaire est maintenu par le club auprès d'un joueur, liant les deux parties par un contrat de travail avec ce dernier, la MDS paiera la perte réelle du revenu de l'assuré au club. Les conditions de garanties restant inchangées.

- **L'assuré est inscrit à « Pôle emploi » et reçoit à ce titre des prestations.**
Par perte réelle de revenu, on entend la différence entre les prestations versées par « Pôle emploi » servant de base à la déclaration annuelle à l'Administration Fiscale et les prestations versées par la Sécurité Sociale et/ou tout autre régime similaire ou régime complémentaire.

Dans tous les cas, l'indemnité journalière est versée pendant le nombre de jours où l'assuré est dans l'impossibilité complète de se livrer à un travail quelconque, fut-ce même de direction ou de surveillance.

1) Bénéficiaire :

L'assuré lui-même ou le club de l'assuré en cas de salaire maintenu par le club auprès d'un joueur ou salarié du club, les deux parties étant liées par un contrat de travail.

2) Premier jour d'incapacité :

Le premier jour d'incapacité est, en cas d'accident, le jour où est établi le certificat médical déterminant l'incapacité temporaire ou l'arrêt de travail, à défaut le premier jour d'hospitalisation en cas d'hospitalisation.

3) Rechute :

Toute rechute ou complication qui intervient après la reprise des occupations habituelles et ce, quel qu'en soit le délai, est considérée comme la suite du même accident et non comme un nouvel accident.

La MDS reprendra – sans aucune franchise – le versement des indemnités journalières à partir du 1^{er} jour de la constatation médicale de la rechute et/ou complication et ce, sans que la période totale d'incapacité temporaire n'exède la durée maximum d'indemnisation de **120 jours**.

La MDS se réserve le droit de vérifier le lien de causalité entre l'accident préalablement indemnisé et la réclamation présentée par l'assuré pour rechute ou complication.

4) Cessation de la garantie :

Dans tous les cas, l'assuré n'est plus garanti au titre de l'incapacité temporaire lorsqu'une invalidité permanente accidentelle consolidée et irréductible est constatée, et que l'indemnité versée au titre de l'invalidité permanente est directement consécutive à l'accident garanti faisant l'objet du versement des indemnités journalières.

5) Détermination de la durée de l'incapacité temporaire :

La durée de l'incapacité temporaire est fixée par le médecin traitant de l'assuré, étant entendu que la MDS se réserve le droit de la faire contrôler par son médecin expert.

6) Résiliation ou expiration du contrat :

Dans le cas où le présent Accord collectif viendrait à être résilié, alors que des indemnités journalières sont versées au titre d'un accident garanti survenu avant la résiliation, la MDS paiera les indemnités journalières auxquelles l'assuré peut prétendre sans toutefois dépasser la durée totale d'indemnisation prévue au présent Accord collectif.

Toutefois, aucune indemnité journalière n'est due au-delà de la date de résiliation du présent Accord collectif, dans le cas où celui-ci est résilié pour non-paiement des cotisations.

7) Exclusions spécifiques :

Les incapacités temporaires totales ou partielles résultant de maladie.

La non-justification, par l'assuré, d'aucun régime de base (Sécurité Sociale et/ou tout autre régime similaire ou régime complémentaire, employeur, Pôle emploi) sauf pour les joueurs étrangers en attente de régularisation des formalités pour l'obtention de la carte de séjour et ayant un contrat de travail avec le club. Le club devant dans tous les cas justifier d'un versement de salaire au licencié ayant souscrit à l'option B.

Le versement des indemnités journalières cesse dès lors que l'assuré n'est plus enregistré auprès de Pôle emploi et ne perçoit plus à ce titre de prestations.

13.2. MONTANTS DES GARANTIES (HORS ATHLETES DE HAUT NIVEAU)

Selon l'option choisie par l'Assuré sur le formulaire de demande de Licence, les garanties sont les suivantes :

- option A (cotisation : 2,98 € TTC / 0,77 € TTC pour les licences Contact et Pass) : « Frais médicaux », « Décès », « Invalidité permanente »,
- option B (cotisation : 8,63 € TTC / 2,97 € TTC pour les licences Contact et Pass) : garanties de l'option A ainsi que la garantie « Indemnités journalières »,
- option C (cotisation : 0,50 € TTC) : « Garantie invalidité complémentaire » à l'option A ou B.
- Aucune cotisation à acquitter au titre des Options A et B pour les titulaires d'une licence « Vivre Ensemble.

GARANTIES (Hors Athlètes de Haut Niveau visés à l'article 13.3)	GARANTIES DE BASE		GARANTIE COMPLEMENTAIRE
	OPTION A	OPTION B	OPTION C (*)
FRAIS DE SOINS DE SANTE - Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation - Forfait journalier hospitalier - Frais d'ostéopathie - Soins dentaires - Frais de prothèse dentaire - Soins optiques (lunettes / lentilles) - Frais de premier transport (du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins) - Frais de transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	200% de la base de remboursement Sécurité Sociale 100% des frais réels Jusqu'à 3 séances par an / Maximum 100 € / an 450 € 900 € 300 € (monture : 150 € / 150 € par lentille)		
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 1 000 €. 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.		
DECES ACCIDENTEL	25 000 € Majoration de 10% par enfant à charge dans la limite de 50% du capital garanti		
INVALIDITE ACCIDENTELLE Taux d'invalidité : - 0 % à 19 % - 20 % à 34 % - 35 % à 49 % - 50 % à 65 % - 66 % à 100 % - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	<i>Barème progressif Capital réductible selon le taux d'invalidité</i> 20.000 € 50.000 € 100.000 € 200.000 € 350.000 € 500.000 €		<i>Barème progressif Capital réductible supplémentaire</i> 10.000 € 25.000 € 50.000 € 100.000 € 175.000 € 250.000 €
INDEMNITES JOURNALIERES (**)	Option A : Garantie exclue	45 € par jour Sans franchise Maximum : 120 jours	

(*) Le licencié ayant souscrit à l'une des deux Options de base « A » ou « B » peut à tout moment de l'année, tant à l'échéance qu'en cours d'année fédérale, souscrire à l'option complémentaire « C », les garanties afférentes à cette Option « C » se cumulant avec celles attachées aux options de bases « A » et « B ».

(**) La garantie « Indemnités Journalières » visée au tableau ci-dessus et définie à l'Article 13.1.4, bénéficie aux seuls titulaires de l'Option « B », ainsi qu'aux titulaires de l'Option « B » ayant ultérieurement souscrit à l'Option complémentaire « C »

13.3. GARANTIES SPECIFIQUES BENEFICIANT AUX ATHLETES DE HAUT NIVEAU

Les licenciés inscrits sur la liste des sportifs de haut niveau mentionnée à l'article L.221-2 du Code du Sport bénéficient des garanties spécifiques telles que décrites ci-après (cotisation unitaire : 3,61 € TTC), celles-ci se substituant aux Options A et B visées à l'article 13.2 du présent Accord collectif.

GARANTIES HAUT NIVEAU	MONTANTS
FRAIS DE SOINS DE SANTE - Frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation - Forfait journalier hospitalier - Frais d'ostéopathie - Soins dentaires - Frais de prothèse dentaire - Soins optiques (lunettes / lentilles) - Frais de premier transport - Frais de transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	300% de la base de remboursement Sécurité Sociale 100% des frais réels Jusqu'à 3 séances par an / Maximum 100 € / an 600 € 1.200 € 600 € (monture : 300 € / 300 € par lentille) 100% des frais réels 100% des frais réels
BONUS SANTE	<p>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 5 000 €. Ce Bonus Santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.</p> <p>L'assuré pourra disposer de ce Bonus pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, <p>et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.</p>
DECES ACCIDENTEL	<p style="text-align: center;">50 000 €</p> <p style="text-align: center;">Majoration de 10% par enfant à charge dans la limite de 50% du capital garanti</p>
INVALIDITE ACCIDENTELLE Taux d'invalidité : - 0 % à 19 % - 20 % à 34 % - 35 % à 49 % - 50 % à 65 % - 66 % à 100 % - Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	<p style="text-align: center;"><i>Barème progressif</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Capital réductible selon le taux d'invalidité</i></p> <p style="text-align: right;">20.000 € 50.000 € 100.000 € 200.000 € 350.000 € 500.000 €</p>
ACCIDENT CORPOREL GRAVE (*) INVALIDITE ACCIDENTELLE SUITE A UN ACCIDENT DE SPORT	<p style="text-align: center;">Versement d'un capital de 1 000 000 € en cas d'invalidité supérieure à 65 % :</p> <p><i>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 :</i></p> <p>► Avant la consolidation et au plus tard dans les 4 mois de la blessure, un capital forfaitaire immédiat de 100.000 €. <i>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 %.</i></p> <p>► A la consolidation et si le taux d'invalidité atteint ou excède 66%, un capital de 900.000 €.</p>
INDEMNITES JOURNALIERES	<p style="text-align: center;">60 € par jour / Sans franchise / Maximum : 120 jours</p>

(*) Le Capital de 1 000 000 € versé en cas d'Accident corporel grave survenu pendant l'activité sportive et entraînant une invalidité supérieure à 65%, ne se cumule pas avec le Capital Invalidité Accidentelle (de 20 000 € à 500 000 € selon le taux d'invalidité), ce dernier étant dû dans les deux seuls cas suivants :

- Accident de sport se traduisant par une invalidité inférieure ou égale à 65%
- Accident survenu en dehors de l'activité sportive (trajet notamment)

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

14.1. - Règlement des frais de soins de santé

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.

14.2. - 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.

14.3 - 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.

(*) Aucun accident ne peut donner droit simultanément au versement des capitaux Décès et Invalidité.

Toutefois, dans le cas où après avoir perçu une indemnité résultant de l'Invalidité Permanente Totale ou Partielle consécutive à un accident garanti, l'assuré venait à décéder dans le délai de 2 ans des suites du même accident garanti, la MDS verserait au bénéficiaire le capital prévu en cas de Décès accidentel après déduction de l'indemnité déjà versée au titre de l'Invalidité Permanente.

14.4 - Formalités en cas d'incapacité temporaire

Pour les pertes de revenus, la M.D.S. demandera tout justificatif utile, notamment relevés de la Sécurité Sociale, attestation de l'employeur, documents fiscaux, etc ...

Article 15 : EXCLUSIONS

- 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.