



Accord collectif n° 2007

Notice d'information Individuelle Accident et Assistance Rapatriement /// Saison 2017 / 2018

Les licenciés de la FEDERATION FRANCAISE DE KICK BOXING MUAY THAI ET DISCIPLINES ASSOCIEES (FFKMDA) 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 FEDERATION FRANCAISE DE KICK BOXING MUAY THAI ET DISCIPLINES ASSOCIEES (FFKMDA) 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 AUX GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT ET ASSISTANCE RAPATRIEMENT

Article 1 : OBJET

Le présent accord collectif a pour objet de mettre en œuvre un régime collectif de prévoyance et d'assistance destiné aux licenciés de la FEDERATION FRANCAISE DE KICK BOXING MUAY THAI ET DISCIPLINES ASSOCIEES (FFKMDA) souscriptionnaire.

Article 2 : ASSURES

- Tous les titulaires d'une licence en vigueur ou en cours d'établissement,
- Les dirigeants statutaires, administrateurs et membres du Bureau de la Fédération, dans l'exercice de leur fonction,
- Les préposés bénévoles dans l'exercice de leur fonction.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

Les garanties définies au présent Accord collectif s'appliquent aux dommages survenus au cours ou à l'occasion :

3.1 Des activités contrôlées par la Fédération :

- full-contact, semi-contact, full défense, light contact, super fight,
- kick-boxing, kick boxing light, cardio kick-boxing, aéro kick-boxing et kick-boxing défense,
- boxe thaï (muay thai), boxe khmère (kun khmer ou pradal serey), lethwei (boxe birmane), boxe laotienne (muay lao), muay boran, gym muay thai ... et les autres disciplines assimilées reconnues par la Fédération française des sports de contacts,

au cours des activités physiques et sportives nécessaires à l'entraînement, la préparation et en compétition.

- Les activités des licenciés non pratiquants, notamment des dirigeants, en rapport avec l'objet de la Fédération,

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

3.2 Activités sportives en rapport direct avec l'objet du groupement sportif :

- **Organisation des activités sportives** définies à l'article 2.1, des activités physiques et sportives nécessaires à l'entraînement et à la préparation physique des licenciés, dans les lieux d'installation appartenant ou mis à la disposition, ou agréés par la Fédération ou ses organismes affiliés, ainsi que toutes les opérations s'y rattachant telles que réunions préparatoires, travaux effectués bénévolement pour la préparation ou la mise en état des sites, l'entretien des matériels ou équipements.
- **Organisation des stages** avec ou sans hébergement réservés aux seuls pratiquants.les organismes assurés.
- **Organisation des sorties et déplacements** nécessaires à la mise en œuvre des activités.
- **Organisation des manifestations de promotion** des activités garanties organisées par les organismes assurés.
- **Organisation des déplacements** nécessités par une compétition, une rencontre, une réunion sportive, une séance d'entraînement.
- **Le trajet aller et de retour nécessaire à une compétition, une réunion sportive ou une séance d'entraînement.**

3.3 Autres activités assurées :

- Activités statutaires ordinaires ou extraordinaires et notamment réunions de bureau, de comités, assemblées générales et plus généralement toutes instances nécessaires à la vie fédérale.
- Activités extra sportives (*) telles que fêtes, bals, kermesses, repas, sorties (à l'exclusion cependant des conséquences de l'utilisation de véhicule terrestre à moteur), organisées par l'une des instances assurées et pour son propre compte (SAUF dans le cadre du TELETHON ou autres actions humanitaires).
- Remises de coupes, pot de l'amitié après les compétitions, accueil d'invités (*).
- Manifestations promotionnelles, baptêmes, stages d'enseignement, sélections reconnus par la Fédération, ses ligues ou ses comités.

- Manifestations promotionnelles, baptêmes, stages d'enseignement, sélections reconnus par la Fédération, ses ligues ou ses comités.

- Activités sportives annexes ou connexes à la pratique assurée (*) encadrées par les organismes assurés, **à l'exclusion des sports suivants : Sports aériens, les sports comportant l'usage de véhicules terrestres à moteur, utilisation d'embarcation d'une longueur supérieure à 5m50 ou équipée d'un moteur de plus de 10 CV ou pouvant transporter plus de 10 personnes, saut à l'élastique, alpinisme, escalade, canyoning, spéléologie.**

(*) Au-delà de 1500 personnes (pratiquants, spectateurs, visiteurs) participant aux activités extra sportives ou aux activités sportives annexes ou connexes susmentionnées, l'assuré s'engage à prévenir l'assureur. Il n'y aura pas d'assurance si cette limite venait à être dépassée.

La présente déclaration est faite à titre indicatif et non limitatif, l'assuré n'étant tenu de déclarer que les changements principaux de son activité.

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

La garantie s'exerce dans les PAYS DU MONDE ENTIER.

Hors de France, y compris départements et territoires d'Outre-mer et les Principautés d'Andorre et de Monaco **lors d'un déplacement ou d'un séjour temporaire ne dépassant pas 90 jours.**

Le déplacement ou le séjour doit être organisé ou autorisé par la Fédération ou ses organismes affiliés et le pays d'accueil ne doit pas être en état de guerre ou en état d'instabilité politique notoire.

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. Elle cesse à la date de fin de validité de la licence.

Les sportifs renouvelant leur licence bénéficient automatiquement de la garantie sous réserve que ce renouvellement intervienne au plus tard dans le premier semestre de la nouvelle saison.

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 - Obligation 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.

Pour faciliter et accélérer la connaissance des déclarations d'accident, la Mutuelle met à la disposition de ses adhérents un **NUMERO VERT (0.800.857.857)** utilisable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

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 : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

La prescription peut être interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption ([Article 2244 du Code Civil] commandement ou saisie 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).

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 8 : DÉFINITIONS

8.1. – Accident :

Par accident corporel, il faut comprendre 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.

Donnent lieu à indemnisation les entorses, déchirures musculaires, claquages, élongations, **trouvant leur origine dans un accident.**

Les morts subites dont les causes restent ignorées et intervenant au cours de la pratique de l'activité, donne lieu au versement du capital décès (**à l'exclusion toutefois des assurés de 70 ans et plus**). 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).

8.2. – 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 (cf. article 8.3.) 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.....).

8.3. - Barème du concours médical

Il s'agit du barème indicatif pour apprécier les déficits fonctionnels séquellaires utilisés en droit commun.

8.4. – 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.

8.5. - 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.

8.6. - 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.

8.7. - Enfants à charge

Les enfants de l'assuré ou de son conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs de moins de 18 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%.

8.8. - 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 9 : GARANTIES

91. MODALITES :

Les montants des garanties sont précisés au tableau ci-après.

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

> Capital Décès :

En cas de décès, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant est indiqué au tableau ci-dessous.

Toute mort subite intervenant au cours des activités garanties est assimilée à un accident et donne lieu au versement d'une indemnité décès (**à l'exclusion des assurés de 70 ans et plus**).

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.

> Capital Invalidité :

En cas d'invalidité permanente, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est indiqué au tableau ci-après
Aucun capital n'est versé pour un taux d'invalidité inférieur ou égal à 5%.

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 barème du concours médical, dans les conditions prévues aux articles 8.2. et 8.3.

> Frais de soins de santé :

Les remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation (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-après, **après intervention de tout régime de prévoyance obligatoire ou complémentaire (Sécurité Sociale, Mutuelles et autres assurances ...) dont l'assuré 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 (**à l'exclusion du Capital Santé défini à l'article 9.2).**

La M.D.S. arrête ses remboursements à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré.

> Frais de premier transport :

Il s'agit des frais de transport du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins

> Frais de remise à niveau scolaire ou universitaire :

Pour le licencié victime d'un accident entraînant une interruption de sa scolarité ou de ses études constatée médicalement, il sera versé une indemnité de soutien scolaire ou universitaire.

Un certificat de l'établissement (école, université, ...) fréquenté précisant que la nécessité de la remise à niveau est bien la conséquence des absences ou des troubles divers liés à l'accident sera exigé.

9.2 : MONTANTS DES GARANTIES

GARANTIES	Licencié de base & Bénévoles	Dirigeants statutaires /// Cadres Techniques nationaux /// Licenciés évoluant en Equipe de France /// Enseignants
DECES - Moins de 18 ans - Plus de 18 ans - 70 ans et plus	8 000 € 30 000 € 8 000 €	8 000 € 45 000 € 8 000 €
	Majoration de 10% par enfant à charge dans la limite de 50% du capital garanti	
INVALIDITE PERMANENTE (réductible en fonction du taux d'IPP)	70 000 € (versé en totalité si IPP ≥ 66%)	90 000 € (versé en totalité si IPP ≥ 66%)
	35 000 € pour les assurés de 70 ans et plus	
FRAIS DE PREMIER TRANSPORT	100% des frais réels	100% des frais réels
FRAIS DE SOINS DE SANTE (*) - Frais médicaux, pharmaceutiques et chirurgicaux - Forfait journalier hospitalier - Soins dentaires - Bris de lunettes - Perte de lentilles ou de verres - Prothèse auditive	200% base Sécurité Sociale (non assurés sociaux : 100% base SS) 100% (Frais réels) 300 € / dent 300 € / accident 100 € / verre ou lentille 800 €	200% base Sécurité Sociale (non assurés sociaux : 100% base SS) 100% (Frais réels) 500 € / dent 500 € / accident 150 € / verre ou lentille 800 €
Frais de séjour dans un centre de rééducation en traumatologie sportive (**)	4 500 €	4 500 €
Remise à niveau scolaire et universitaire (**)	20 € par heure de soutien scolaire ou universitaire (maximum 360 h)	40 € par heure de soutien scolaire ou universitaire (maximum 400 h)
CAPITAL SANTE (voir ci-dessous) (**)	1 525 € / accident	2 000 € / accident

Au-delà des prestations définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « CAPITAL SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1 525 € ou 2 000 € selon la qualité de l'assuré.

Ce capital 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 capital 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,
- bris de lunettes et perte de lentilles durant les activités sportives,
- frais de prothèse dentaire,
- en cas d'hospitalisation :
 - la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte)
 - si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet dans la limite de 0,25 € par km,
- frais de transport pour se rendre aux soins prescrits médicalement, dans la limite de 0,25 € par km,
- 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 d'ostéopathie (ils devront être prescrits et pratiqués par un médecin praticien)

et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.

(*) 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, seront pris en charge dans la limite de 1 500 €.

(**) Ces garanties ne s'appliquent pas aux participants étrangers (athlètes et dirigeants présents sur le territoire français à l'invitation d'une instance dirigeante de la Fédération ou bien pour un stage ou une compétition)

Article 10 : 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.

GARANTIE « ASSISTANCE-RAPATRIEMENT » Souscrites par la M.D.S. au bénéfice de ses adhérents

Mutuaide Assistance, société anonyme d'assurance régie par le Code des Assurances assure les garanties « M.D.S. Assistance » proposées aux assurés victimes d'accident ou de maladie grave, dans le cadre des activités garanties telles que décrites à l'article 3 ci-dessus.

Article 11: DÉFINITIONS

Pour l'application des présentes garanties, il faut entendre par :

11.1 - Accident grave :

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 lui interdisant tout déplacement par ses propres moyens.

11.2 - Maladie grave :

Une altération de santé constatée par une autorité médicale notoirement compétente interdisant de quitter la chambre et impliquant la cessation de toute activité professionnelle ou autre.

Article 12 : GARANTIES

12.1. - Rapatriement médical

En cas d'accident ou maladie graves d'un assuré, Mutuaide Assistance organise et prend en charge son transport jusqu'à son domicile, ou jusqu'à l'hôpital le plus proche de son domicile, par le moyen le plus approprié.

La décision de rapatriement est prise par le médecin conseil de Mutuaide Assistance, après avis du médecin traitant, et éventuellement du médecin de famille.

Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter le choix du moyen de transport et du lieu d'hospitalisation dans lequel Mutuaide Assistance aura réservé, si nécessaire, une place.

Mutuaide Assistance se réserve le droit de réclamer à l'assuré ainsi rapatrié le montant du remboursement du titre de transport initial prévu éventuellement détenu et non utilisé du fait du rapatriement.

12.2. - Remboursement des frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger

Avant son départ, le bénéficiaire doit se munir d'un justificatif délivré par l'organisme social auquel il est affilié (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) pour un séjour dans un pays de l'Union Européenne.

A la suite d'accident ou de maladie grave de l'assuré survenu à l'étranger dans le cadre des activités garanties, Mutuaide Assistance rembourse la partie des frais médicaux qui n'a pas été prise en charge par les organismes sociaux et/ou tout organisme de prévoyance ou complémentaire de l'assuré à concurrence de 5.335 €

Franchise : Franchise relative de 16 € par dossier.

En cas de nécessité, Mutuaide Assistance pourra consentir une avance de fonds contre la remise d'un chèque de garantie ou d'une reconnaissance de dette. Cette avance est remboursable dans le mois qui suit le retour en France du bénéficiaire, à défaut le chèque de garantie est encaissé dans les 45 jours.

Exclusions particulières :

Les frais médicaux en France
Les prothèses, appareillages
Les cures thermales, les rééducations.

12.3. - Visite d'un proche

En cas d'hospitalisation pour une durée de plus de 10 jours d'un assuré en déplacement dans le cadre des activités garanties, si celui-ci est seul sur place et si les médecins ne préconisent pas de rapatriement immédiat, Mutuaide Assistance organise et prend en charge le déplacement aller/retour d'une personne désignée par l'assuré hospitalisé, et résidant en France métropolitaine, afin de se rendre à son chevet.

Les frais d'hébergement de cette personne ne sont pas pris en charge.

Aucune exigence de durée d'hospitalisation n'est demandée si le bénéficiaire hospitalisé est un enfant mineur.

12.4. - Retour anticipé uniquement depuis l'étranger

Mutuaide Assistance organise et prend en charge le 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.

La prise en charge du retour anticipé de l'assuré s'effectue sur la base d'un titre de transport aller/retour pour regagner le domicile, ou le lieu des obsèques en France.

La mise à disposition du titre de transport est immédiate mais, il sera demandé au bénéficiaire du retour anticipé de fournir, dès que possible, une copie du certificat de décès, ainsi que tout document utile permettant d'établir le degré de parenté.

12.5. - Rapatriement de corps

En cas de décès d'un assuré, Mutuaide Assistance organise et prend en charge le transport de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine.

Mutuaide Assistance participe à concurrence de 457 € TTC aux frais de cercueil utilisé pour le transport du corps organisé par elle. Les frais de cérémonie et d'inhumation restent à la charge de la famille

En cas de décès à l'étranger uniquement, si la présence d'un ayant droit est requise par les autorités locales pour effectuer les démarches nécessaires au rapatriement, Mutuaide Assistance met à sa disposition et prend en charge un titre de transport aller/retour

12.6. - Frais de recherche et/ou de secours en mer, lac et rivière, sur terre, en montagne...

Prise en charge ou remboursement des frais de recherche et/ou de secours à concurrence de 30 000 €.

Cette prestation s'applique aux frais de recherche et/ou de secours non pris en charge par les organismes publics de secours

Modalités d'application et procédure de déclaration :

L'assuré ou toute personne agissant en son nom, doit aviser Mutuaide Assistance immédiatement verbalement et, au plus tard, dans les 48 heures suivant l'intervention.

Sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, dans les 5 jours suivant la date de facture, l'assuré, ou ses ayants droits, doit faire parvenir directement à Mutuaide Assistance :

- l'original de la (des) facture (s) acquittée (s) et faisant ressortir la date, les motifs et la nature de l'intervention,
- un certificat médical initial précisant la nature de l'atteinte corporelle grave, adressé sous pli confidentiel au Médecin Chef de Mutuaide Assistance,
- un certificat de décès ou un constat des autorités de police, suivant le cas.

Remboursement :

Le remboursement des frais se fait exclusivement à l'assuré ou à ses ayants droits, à l'exclusion de toute autre personne physique ou morale.

Toute intervention et demande de remboursement non conforme à des dispositions entraîne la déchéance de tout droit à remboursement.

Exclusions :

- le saut à l'élastique,
- la pratique professionnelle de toutes activités sportives

Article 13 : EXCLUSIONS GENERALES

- ▶ DANS TOUS LES CAS LES PRESTATIONS QUI N'ONT PAS ETE DEMANDEES ET/OU QUI N'ONT PAS ETE ORGANISEES PAR MUTUAIDE ASSISTANCE OU EN ACCORD AVEC ELLE.
- ▶ Tout déplacement excédant 90 jours consécutifs
- ▶ Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas de poursuivre son voyage
- ▶ Les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance.
- ▶ Les faits provoqués intentionnellement par le bénéficiaire ou résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide pendant la première année de garantie.
- ▶ Une infirmité préexistante.
- ▶ Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement.
- ▶ Les états de grossesse de plus de 6 mois (date présumée de conception) à moins d'une complication imprévisible.
- ▶ Les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées.
- ▶ Le suicide ou la tentative de suicide, une mutilation volontaire du bénéficiaire.
- ▶ Les dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré.
- ▶ Les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré.

Article 14 : MISE EN OEUVRE DES GARANTIES

Mutuaide Assistance assure l'organisation des prestations et la couverture des garanties décrites ci-dessus 24 h/24 et 7 jours sur 7

Ce service est accessible :

Par téléphone 01.45.16.65.70 (International + 33.1.45.16.65.70)
Par fax 01.45.16.63.92 (International + 33.1.45.16.63.92)
Par télex 261.531

Mutuaide Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Mutuaide Assistance intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

Article 15 : CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

La responsabilité de Mutuaide Assistance ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

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