



GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

ACCORD COLLECTIF n° 1995

ENTRE

**LA FEDERATION FRANCAISE DE VOILE
(FFV)**

(17 rue Henri Bocquillon – 75015 PARIS)



ET

LA MUTUELLE DES SPORTIFS



2/4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - Tél. : 01 53 04 86 86 - Fax : 01 53 04 86 87

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Mutuelle immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren n° 422 801 910

SOMMAIRE GENERAL

ARTICLE LIMINAIRE

Représentation des licenciés à l'assemblée générale de la MDS P. 3

TITRE I - DISPOSITIONS COMMUNES P. 4

- 1) Objet P. 5
- 2) Assurés P. 5
- 3) Activités garanties P. 6
- 4) Etendue géographique des garanties P. 7
- 5) Prise d'effet de la garantie P. 7
- 6) Déclaration d'accident – Obligation de l'assuré P. 8
- 7) Assurances cumulatives P. 8
- 8) Prescription P. 9
- 9) Médiateur P. 9
- 10) Informatique et Liberté P. 9

TITRE II - GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT P. 10

- 11) Définitions P. 11
- 12) Garanties P. 12
 - Frais de soins de santé P. 12
 - Frais de prothèse dentaire P. 12
 - Bris de lunettes ou de lentilles P. 12
 - Autres prothèses P. 12
 - Frais de transport P. 12
 - Capital Invalidité P. 13
 - Capital Décès P. 13
- 13) Règlements des prestations – Formalités à remplir en cas d'accident P. 13
- 14) Exclusions P. 14

TITRE III - GARANTIES ASSISTANCE RAPATRIEMENT P. 16

- 15) Définitions P. 17
- 16) Garanties P. 18
- 17) Exclusions générales P. 19
- 18) Mise en œuvre des garanties P. 19
- 19) Circonstances exceptionnelles P. 19

TITRE IV - CONDITIONS GENERALES D'APPLICATION DU PRESENT ACCORD COLLECTIF P. 20

- 20) Prise d'effet, durée et renouvellement P. 21
- 21) Cotisations P. 21
- 22) Mandat d'encaissement des cotisations P. 21
- 23) Information des licenciés, devoir de conseil P. 22

ARTICLE LIMINAIRE

REPRESENTATION DES LICENCIES A L'ASSEMBLEE GENERALE DE LA MDS

Les licenciés de la Fédération (*) bénéficiant des garanties définies au présent Accord collectif deviennent membres participants de la M.D.S.

Ils reçoivent gratuitement un exemplaire des statuts de la M.D.S., du règlement général et des annexes.

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 Conseil d'Administration ou du Bureau Exécutif.

(*) Au titre du présent Accord collectif, il faut entendre par la « Fédération Française de Voile » :

- la FF Voile,
- les ligues,
- les comités départementaux,
- les structures affiliées,
- les Centres de Haut Niveau labellisés.

TITRE I

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1 : OBJET

Le présent Accord collectif a pour objet de mettre en oeuvre un régime collectif de prévoyance et d'assistance destiné aux licenciés de la Fédération Française de Voile, conformément aux dispositions du Code du Sport.

Article 2 : ASSURES :

Article 2.1 : Licenciés :

Sont assurés les licenciés (dont les dirigeants statutaires, ainsi que les Directeurs de courses désignés par la FF Voile dans le cadre d'une manifestation FF Voile) de la Fédération Française de Voile titulaires de l'un des titres fédéraux ci-après définis (d'une durée annuelle sauf pour la « licence temporaire ») :

- **Licence club FF Voile** : elle couvre tous les membres des clubs, adultes ou jeunes, quelle que soient leur pratique et/ou leur fonction.

Durée de validité : annuelle (du 1^{er} janvier au 31 décembre, validité débutant le jour de la souscription,

sauf pour le primo licencié (*)).

- **Licence passeport FF Voile** : elle couvre les stagiaires des écoles de voile en cours collectifs ou particuliers.

Rappel : « Cette licence ouvre le droit à recevoir un enseignement dans le cadre des activités des membres affiliés à la FF Voile. Elle ne donne pas accès aux autres activités de la FF Voile (compétitions, loisirs) à l'exception du loisir encadré ». Cf. art. 74 du RI de la FF Voile.

Durée de validité : annuelle (du 1^{er} janvier au 31 décembre, validité débutant le jour de la souscription,

- **Licence temporaire FF Voile** : elle couvre les pratiquants occasionnels en compétition (à l'exclusion des compétitions décernant un titre international, national, régional ou départemental et des sélectives correspondantes excepté pour les sélectives corporatives donnant accès aux championnats de France corporatifs), **ou dans le cadre de toute activité de loisir**.

Durée de validité : 1 journée calendaire ou 4 jours consécutifs.

- **(*) Primo licencié** : personne physique **n'ayant pas disposé d'une licence club FF Voile depuis au moins 5 ans** et souhaitant se licencier entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre de l'année en cours.

Durée de validité : du jour de la souscription de la licence jusqu'au 31 décembre de l'année en cours (la licence club FF Voile définitive prenant effet le 1^{er} janvier de l'année suivante).

Article 2.2 : Autres assurés:

Sont également assurés :

- Tous les auxiliaires à un titre quelconque y compris les juges et arbitres dont les jaugeurs/mesureurs, les collaborateurs bénévoles non licenciés prêtant leurs concours gratuitement à la FF Voile ou ses composantes,
- Les personnes non licenciées dans le cadre de la voile scolaire,
- Les personnes non licenciées participant à la fête du nautisme ou à un baptême « journée porte ouverte ».
- Les fonctionnaires et militaires qui participent à l'organisation des activités des assurés.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES :

3.1 : L'activité voile :

Pratique de la navigation à voile pour l'ensemble des disciplines reconnues par la Fédération Française de Voile dont le Kyte Surf hors compétition :

- lors de l'enseignement,
- lors des entraînements,
- lors des compétitions (sauf Kyte Surf),
- lors de la voile scolaire,
- lors de la pratique libre.

Sont également comprises les manifestations de promotion, démonstrations de sécurité...

3.2 : Les activités sportives annexes et autres activités nautiques/de bord de l'eau :

- Préparation physique préalable ou complémentaire à la pratique de la voile,
- Activités sportives de substitution,
- Les stages sportifs/d'enseignement encadrés par la FF Voile et les organismes qui lui sont affiliés, pour les activités suivantes : canoë-kayak, aviron, char à voile, Stand up Paddle, cerf volant, longe côte ou marche aquatique, sauvetage aquatique, natation, activités sportives ou ludiques de plages ; et d'une manière générale toutes les activités non motorisées et ne requérant pas d'assistance mécanique (thermique ou électrique) s'exerçant spécifiquement dans l'espace de la plage et de l'eau inscrites dans les programmes d'activités de la structure affiliée et organisées directement par elle sous sa seule responsabilité,
- La pêche, le Kyte surf hors compétition.

3.3 : L'activité moteur :

Utilisation de bateaux à moteur d'une puissance maximum de 250 CV :

- pour la surveillance et l'organisation des activités assurées
- par les arbitres de la Fédération Française de Voile inscrits sur une liste officielle y compris les arbitres régionaux et arbitres de clubs,
- par les licenciés de la Fédération Française de Voile dans le cadre exclusif de la navigation de plaisance, à l'exclusion de toute compétition.

3.4 : Le fonctionnement à terre :

- Le fonctionnement des locaux et bureaux utilisés par la Fédération Française de Voile et les organismes qui lui sont affiliés,
- La participation à des congrès, salons, dans le cadre de ses activités statutaires,
- Le fonctionnement et/ou l'exploitation à titre gratuit :
 - d'ateliers de réparation d'embarcations de plaisance ou de voileries des clubs nautiques,
 - de garages ou parcs à bateaux, mouillages pendant le désarmement en « chambre à vase », dans les hangars ou sur les terrains de l'assuré ou aux postes de mouillage sur corps morts,
 - de parking.
- L'utilisation selon les règles de sécurité en vigueur de grues et d'engins de levage spécialement aménagés pour la manutention d'embarcations de plaisance (force de levage limitée à 5 tonnes),
- L'activité non concédée de bars et/ou services de restauration réservés exclusivement aux membres licenciés et à leurs invités.

3.5 : Les activités extra sportives exercées à titre récréatif :

telles que la participation à des manifestations festives à caractère privé, notamment fêtes, soirées dansantes, repas, sorties à **l'exclusion cependant des conséquences de l'utilisation de véhicule terrestre à moteur au cours de ladite manifestation**, et seulement dans le cas où ces activités sont organisées par la FFV ou ses organismes affiliés.

Sont exclues :

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

3.6 : **Au cours des trajets nécessaires** pour la présence des personnes physiques assurées aux réunions et manifestations sportives et statutaires.

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

EUROPE

Les garanties s'exercent dans les pays d'Europe géographique (cf. carte disponible sur le site internet de la FFV www.ffvoile.fr)

Toutefois l'étendue géographique ne pourra excéder les limites administratives de navigation du bateau.

Concernant la FRANCE les garanties s'exercent également en Nouvelle Calédonie et dans ses départements et territoires d'OUTRE MER

Par extension quelle que soit la territorialité de la zone de navigation dès lors que l'éloignement des côtes au moment de l'accident n'excède pas **300 milles** :

- les licenciés des ligues Martinique, Guadeloupe, Guyane, Réunion, Nouvelle Calédonie,
- les licenciés des clubs situés à Saint Barthélemy, St Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna, Mayotte et Tahiti.

EXTENSION MONDE ENTIER

Les garanties s'exercent également dans **les autres pays du monde entier au cours d'un déplacement officiel ne dépassant pas 90 jours dès lors que le déplacement en question est organisée par la Fédération Française de Voile et ses composantes** et dès lors que le pays d'accueil n'est pas en état de guerre ou en état d'instabilité politique notoire.

Toutefois, l'étendue géographique des garanties ne pourra excéder les limites administratives de navigation du bateau.

Article 5 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

5.1. – Dispositions générales :

Pour les sportifs prenant pour la première fois leur licence, la garantie est accordée dès le jour de réception à 0 heure de la demande de licence par 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 trimestre de la nouvelle saison.

5.2. – Dispositions particulières :

- ↳ **Licence Passeport Voile** : les garanties du présent Accord collectif bénéficieront à toute personne disposant d'un Passeport Voile en cas d'accident survenant jusqu'à 5 jours avant la date inscrite sur sa licence.

- ↪ **En cas de préinscription d'un stagiaire** à partir du logiciel de gestion stages labellisé par la FF Voile (logiciel AwoO), intégrant le règlement de sa Licence Passeport Voile ou Licence Club **mais avec une saisie de licence différée dans le temps, la MDS accorde la garantie au stagiaire dès la préinscription** (la base de données AwoO disposant de l'enregistrement des préinscriptions)
- ↪ **En cas de délivrance de la licence FF Voile puis annulation par la FF Voile dans un second temps non fixé, la MDS accorde au licencié la garantie en cas d'accident pendant la période où il était licencié** (la FF Voile pouvant valider auprès de la MDS, en cas d'accident, la période pendant laquelle le licencié était titulaire d'une licence).

Article 6 : DECLARATION 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 déclaration peut être effectuée sur le site Internet de la FF Voile www.ffvoile.fr,**
- **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 : 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 : MEDiateur

En cas de difficulté, l'assuré peut d'abord consulter son interlocuteur habituel, en principe, le responsable de son club ; si le désaccord persiste, il peut s'adresser à la Fédération et en troisième ressort à la M.D.S. Au cas où le litige n'a pu être résolu par ces voies, l'assuré peut demander les coordonnées du médiateur compétent, dont les conditions de saisine lui seront communiquées sur simple demande.

Article 10 : INFORMATIQUE ET LIBERTE

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion du présent contrat.

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).

TITRE II

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 : DEFINITIONS

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

11.1. – Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

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 (cf. article 11.3. ci-dessous) et il ne sera tenu compte que de l'invalidité fonctionnelle et en aucun cas de l'invalidité professionnelle.

Il ne sera pas tenu compte non plus des préjudices annexes (pretium doloris, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, etc.....).

11.3. - Barème du concours médical

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

11.4. – 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 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 %.

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. - Frais de soins de santé

En ce qui concerne le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, la M.D.S. intervient en complément du Régime Obligatoire de Sécurité Sociale et de tout régime éventuel de prévoyance complémentaire, à concurrence de **250% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale** et dans la limite des frais réels exposés.

Elle rembourse également le forfait journalier hospitalier.

Les prothèses dentaires et autres, le bris de lunettes et les frais de transport font l'objet de remboursements spécifiques décrits aux articles 12.2. à 12.5 ci-dessous.

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.

Les assurés ayant justifié ne pouvoir prétendre à aucun régime de base de la Sécurité Sociale en raison d'une situation d'exclusion et ne bénéficier d'aucune couverture sociale, bénéficieront d'un remboursement à compter du premier euro et dans la limite de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.

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

12.2. - Frais de prothèses dentaires

Les frais de prothèses dentaires font l'objet d'un remboursement forfaitaire dans la limite des frais réels restant à charge, à concurrence de **200 € par dent**, qu'il s'agisse d'une dent fracturée lors de l'accident ou d'une prothèse déjà existante nécessitant une réparation ou un remplacement du seul fait de l'accident.

12.3. - Bris de lunettes ou de lentilles

Le bris accidentel de lunettes ou de lentilles fait l'objet d'un remboursement forfaitaire limité à **305 €** dans la limite des frais réels restant à charge.

12.4. - Autres prothèses

Remboursement forfaitaire dans la limite des frais réels restant à charge, à concurrence de **200 € par prothèse**, qu'il s'agisse d'une prothèse prescrite suite à un accident ou d'une prothèse déjà existante nécessitant une réparation ou un remplacement du seul fait de l'accident.

12.5. - Frais de transport

Les frais de premier transport du lieu de l'accident à celui de l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins sont remboursés par la M.D.S. à concurrence des frais réels restant à charge.

Il en va de même pour le coût des transports pour se rendre aux soins prescrits par certificat médical, sous réserve d'une prise en charge préalable délivrée par la MDS.

12.6. – Capital Invalidité

En cas d'invalidité permanente, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant est fixé à **100 000 € lorsque le taux d'invalidité est égal à 100 %**.

Si le taux d'invalidité est inférieur à 100%, le capital effectivement dû est celui figurant au tableau en Annexe.

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.

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

12.7.- Capital Décès

En cas de décès, la M.D.S. garantit le versement d'un capital d'un montant de **15 000 € (6 100 € pour les moins de 12 ans)**.

Ce capital de base est majoré de 10 % par enfant à charge (article 11.6.)

Toute mort subite intervenant au cours des activités garanties est assimilée à un accident et donne lieu au versement d'une indemnité décès (Article 11.1).

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.

Article 13 : REGLEMENT DES PRESTATIONS : FORMALITES A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

13.1. - 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.

En cas d'hospitalisation à l'étranger, une avance de fonds peut être consentie dans les conditions visées à l'article 16 ci-dessous après accord des Médecins de Mutuaide-Assistance.

13.2. - Formalités en cas d'invalidité

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

13.3 - 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 14 : EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties :

- 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.

ANNEXE / CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA M.D.S.

TAUX	CAPITAUX
100	100 000 €
99	99 000 €
98	98 000 €
97	97 000 €
96	96 000 €
95	95 000 €
94	94 000 €
93	93 000 €
92	92 000 €
91	91 000 €
90	90 000 €
89	89 000 €
88	88 000 €
87	87 000 €
86	86 000 €
85	85 000 €
84	84 000 €
83	83 000 €
82	82 000 €
81	81 000 €
80	80 000 €
79	79 000 €
78	78 000 €
77	77 000 €
76	76 000 €
75	75 000 €
74	74 000 €
73	73 000 €
72	72 000 €
71	71 000 €
70	70 000 €
69	69 000 €
68	68 000 €
67	67 000 €
66	66 000 €
65	65 000 €
64	64 000 €
63	63 000 €
62	62 000 €
61	61 000 €
60	60 000 €
59	29 500 €
58	29 000 €
57	28 500 €
56	28 000 €
55	27 500 €
54	27 000 €
53	26 500 €
52	26 000 €
51	25 500 €

TAUX	CAPITAUX
50	25 000 €
49	24 500 €
48	24 000 €
47	23 500 €
46	23 000 €
45	22 500 €
44	22 000 €
43	21 500 €
42	21 000 €
41	20 500 €
40	20 000 €
39	19 500 €
38	19 000 €
37	18 500 €
36	18 000 €
35	17 500 €
34	17 000 €
33	16 500 €
32	16 000 €
31	15 500 €
30	15 000 €
29	14 500 €
28	14 000 €
27	13 500 €
26	13 000 €
25	12 500 €
24	12 000 €
23	11 500 €
22	11 000 €
21	10 500 €
20	10 000 €
19	9 500 €
18	9 000 €
17	8 500 €
16	8 000 €
15	7 500 €
14	7 000 €
13	6 500 €
12	6 000 €
11	5 500 €
10	5 000 €
9	4 500 €
8	4 000 €
7	3 500 €
6	3 000 €
5	2 500 €
4	2 000 €
3	1 500 €
2	1 000 €
1	500 €

TITRE III

GARANTIES «ASSISTANCE-RAPATRIEMENT»

**Souscrites par la M.D.S. auprès de Mutuaide Assistance,
8-14 avenue des Frères Lumière
94366 Bry-sur-Marne Cedex
Entreprise régie par le Code des Assurances**

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 graves, dans le cadre des activités garanties telles que décrites à l'article 3 ci-dessus.

Article 15 : DEFINITIONS

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

15.1 - 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.

15.2. - 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 16 : GARANTIES

16.1. - 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.

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

Avant son départ, le bénéficiaire doit se munir du 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 **5 340 €**.

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.**

16.3. - 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.

16.4. - 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.

16.5. - 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 **765 € T.T.C.** 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.

16.6. – 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 **50 000 €**.

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.

TITRE IV

CONDITIONS GENERALES D'APPLICATION DU PRESENT ACCORD COLLECTIF

Article 20 - PRISE D'EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT

Le présent Accord collectif prend effet le 1^{er} janvier 2012. Il est conclu pour une durée de quatre ans, avec tacite reconduction pour une nouvelle durée de quatre ans, sauf dénonciation par l'une des deux parties par lettre recommandée avec Accusé de Réception six mois au moins avant l'échéance quadriennale.

Toutefois, chacune des parties conserve la faculté de dénoncer globalement le présent contrat par anticipation, chaque année à la date d'échéance principale avec un préavis de six mois, par lettre recommandée par accusé de réception adressée à l'autre partie.

Article 21 – COTISATIONS UNITAIRES ANNUELLES

La cotisation unitaire tient compte du coût des garanties prévues au présent Accord collectif ainsi que des taxes en vigueur.

Elle est fixée à :

- **Licence Club Adulte** **0,78 € TTC**
Cette cotisation unitaire se décompose comme suit :
0,729 € au titre des garanties Individuelle Accident
0,051€ pour la garantie Assistance Rapatriement
- **Licence Club Jeune** **0,64 € TTC**
Cette cotisation unitaire se décompose comme suit :
0,589 € au titre des garanties Individuelle Accident
0,051€ pour la garantie Assistance Rapatriement
- **Licence Passeport Voile** **0,26 € TTC**
Cette cotisation unitaire se décompose comme suit :
0,209 € au titre des garanties Individuelle Accident
0,051€ pour la garantie Assistance Rapatriement
- **Licence Temporaire (1 ou 4 jours)** **0,15 € TTC**
Cette cotisation unitaire se décompose comme suit :
0,099 € au titre des garanties Individuelle Accident
0,051€ pour la garantie Assistance Rapatriement
- **Primo licencié** : aucune cotisation n'a lieu d'être acquittée pour la période du 1^{er} septembre au 31 décembre de l'année en cours.

En cas de non paiement d'une cotisation, d'un complément ou fraction de cotisation, dans les DIX JOURS de son échéance, la M.D.S. adresse à la Fédération une lettre recommandée de mise en demeure. Le contrat peut être alors suspendu pendant TRENTE JOURS puis résilié DIX JOURS après l'expiration de ce délai de trente jours.

Conformément aux dispositions de l'article L 321-6 du Code du Sport, le licencié a la possibilité de renoncer à souscrire aux garanties Individuelle Accident et Assistance Rapatriement et donc à toute couverture en cas d'accident corporel par courrier postal à la FF Voile.

Article 22 - MANDAT D'ENCAISSEMENT DES COTISATIONS

La Fédération percevra, selon les procédures internes qu'elle jugera sous sa responsabilité les mieux appropriées, les cotisations unitaires dues à la M.D.S. par chaque licencié.

Conformément à la législation applicable en milieu sportif, chaque licencié doit avoir connaissance du coût exact de ses garanties, lequel doit être strictement identique au montant précisé à l'article 21 ci-dessus.

La Fédération s'engage à adresser à la M.D.S. au plus tard :

- le 1^{er} janvier, le versement d'un acompte de 10% sur la base de l'effectif de la saison précédente,
- le 1^{er} avril, un deuxième acompte de 30%,
- le 1^{er} juillet, un troisième acompte de 30%,
- le 1^{er} octobre, un quatrième acompte de 30%,
- le 15 décembre, un état total des licenciés de la saison ainsi que le solde des cotisations restant éventuellement dues.

En cas de divergence avec les chiffres communiqués à d'autres organismes, tels que par exemple Ministère de la Santé et des Sports, la Fédération s'engage à communiquer à la M.D.S., sur simple demande de cette dernière, toute information susceptible de déterminer exactement le nombre des adhérents cotisants, et notamment la liste nominative de ses affiliés, l'exactitude de cette liste présentant un caractère déterminant pour la régularité de l'organisation des Assemblées Générales de la Mutuelle.

Article 23 - INFORMATION DES LICENCIES, DEVOIR DE CONSEIL

La Fédération présente à ses licenciés les garanties complémentaires facultatives en Individuelle Accident et leur rappelle, conformément à la loi, leur intérêt à y souscrire.

Tous les documents d'information, édités par la Fédération, ayant trait à l'assurance des licenciés, doivent avoir reçu l'accord préalable de la M.D.S.

Fait à Paris le 17 octobre 2011
En deux exemplaires originaux

LE SECRETAIRE GENERAL DE LA
FEDERATION FRANCAISE DE VOILE
Jean-Claude MERIC


F.F. VOILE
17 Rue Henri Bocquillon
75015 PARIS
Tél: 01 40 60 37 00

LE DIRECTEUR GENERAL DE LA
MUTUELLE DES SPORTIFS
Isabelle SPITZBARTH



MUTUELLE DES SPORTIFS
2/4 rue de la Seine
75001 PARIS
TÉLÉPHONE 01 42 33 11 11