

Accord collectif n° 2213 /// CNOF / CARTE PASSERELLE 2020 Notice d'information Individuelle Accident

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1 : OBJET

Lors de son Assemblée générale de 2019, le CNOF a mis en œuvre un plan de 8 actions majeures dont l'élaboration de « Cartes Passerelles ». L'objectif des Cartes Passerelles est de favoriser la découverte du sport chez les jeunes et faciliter leur adhésion en club. Ainsi, tous les écoliers de CM1 et CM2 licenciés USEP et UGSEL, ont la possibilité de tester les activités fédérales gratuitement pendant 1 mois (3 séances par clubs) sans prise de licence.

Le présent Accord collectif a pour objet de mettre en œuvre un régime collectif de prévoyance destiné aux licenciés USEP et UGSEL titulaires d'une Carte Passerelle délivrée par le CNOF, conformément aux dispositions du Code du Sport.

Article 2 : ASSURES

Les enfants de CM1 et CM2 licenciés à l'UGSEL ou à l'USEP participant à l'opération « Carte Passerelle » telle que visée à l'Article 1, dans le cadre de « séances découvertes » entre le 1^{er} septembre 2020 et le 17 octobre 2020.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

Seront garanties toutes les activités physiques et sportives auxquels s'initieront les assurés tels que définis à l'Article 2.

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

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

Article 5 : 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.

Pour faciliter et accélérer la connaissance des déclarations d'accident :

- ▶ la déclaration peut être effectuée sur le site Internet du CNOF et/ou de l'USEP et de l'UGSEL
- ▶ 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.

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 6 : 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: 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 expertise 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 10 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la présente convention.

L'assuré peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de l'assureur, de ses mandataires et réassureurs ou de la Ligue. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la M.D.S., à l'adresse de son siège social (loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978).

GARANTIES « INDIVIDUELLE ACCIDENT »

La Mutuelle des Sportifs, dans le respect des dispositions du Code de la Mutualité, garantit le règlement de prestations en cas de blessures, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès du fait d'un accident survenu pendant l'exercice des activités garanties telles que décrites à l'article 3 ci-dessus.

Article 10 : DÉFINITIONS

10.1. – Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.

Les garanties sont étendues :

- ▶ à toutes pathologies non accidentelles dont la cause est la pratique sportive (pubalgies, tendinites, ...),
- ▶ à tous accidents cardiaques et vasculaires cérébraux.

10.2. – **Invalidité permanente totale ou partielle :**

L'assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle s'il est privé définitivement de tout ou partie de ses capacités physiques ou intellectuelles.

Pour l'appréciation de cette invalidité, c'est le barème du concours médical qui sera utilisé (art. 10.3.) 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.....).

10.3. - **Barème du concours médical**

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

10.4. - **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.

10.5. - **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.

10.6. - **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 11 : GARANTIES

11.1. – **MODALITES**

Les montants des garanties sont précisés au tableau ci-dessous (Article 11.2). Pour la mise en œuvre de certaines d'entre elles, il convient de se reporter aux précisions et modalités ci-après exposées.

11.1.1- **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-après (Article 11.2), **après intervention de**

tout régime de prévoyance obligatoire ou complémentaire (Sécurité Sociale, Mutuelles et autres assurances ...) dont l'assuré bénéficie.

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.

11.1.2- **Frais de prothèses dentaires :**

Les frais de prothèses dentaires font l'objet d'un remboursement forfaitaire dans la limite des montants indiqués au tableau ci-après (Article 11.2), **après intervention de tout régime de prévoyance obligatoire ou complémentaire (Sécurité Sociale, Mutuelles et autres assurances ...) dont l'assuré bénéficie**, 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.

11.1.3- **Bris de lunettes ou de lentilles :**

Le bris accidentel de lunettes ou de lentilles durant les activités sportives, y compris le trajet, fait l'objet d'un remboursement forfaitaire à concurrence des montants indiqués au tableau ci-après (Article 11.2), **après intervention de tout régime de prévoyance obligatoire ou complémentaire (Sécurité Sociale, Mutuelles et autres assurances ...) dont l'assuré bénéficie.**

11.1.4- **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-dessous (Article 11.2).

Le taux d'invalidité est fixé, d'après le barème du concours médical, dans les conditions prévues aux articles 10.2 et 10.3.

Le barème sera appliqué en faisant abstraction du taux d'invalidité éventuellement préexistant dès lors que cette invalidité préexistante n'est pas la conséquence d'un accident pris en charge par la MDS.

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.

11.1.5. - **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 (Article 11.2).

En l'absence de stipulation expresse contraire de l'assuré, le capital décès est versé au conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales aux enfants nés ou à naître, à défaut au concubin notoire ou au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut aux héritiers légaux.

Le paiement du capital décès met fin à l'adhésion.

11.2) **MONTANTS DES GARANTIES :**

CAPITAL SANTE	MONTANT PAR ACCIDENT : 3.000 €
<p>L'assuré bénéficie, sur justificatifs, d'un « Bonus Santé » à concurrence d'un montant global maximal de 3.000 € par accident, dans la limite des frais réels restant à charge. 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 Santé 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">▶ les dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux,▶ les prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,▶ les bris de lunettes et perte de lentilles durant les activités sportives,▶ les frais de prothèse dentaire,▶ en cas d'hospitalisation :<ul style="list-style-type: none">- 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 0,55 €/km,▶ sous réserve d'une prise en charge préalable délivrée par la MDS, les frais de transport des accidentés pour se rendre aux soins médicalement prescrits et/ou de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires ou professionnelles, dans la limite de 0,55 €/km,▶ les frais de remise à niveau scolaire pour les enfants accidentés mineurs à concurrence de 16 € par jour et 1.525 € maximum,▶ les frais de séjour médicalement prescrits en centre de rééducation traumatologique sportive,▶ les 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.	

GARANTIES	MONTANTS	Franchise
DECES	Frais d'obsèques à hauteur de 8.000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE	Pour 100% d'IPP (capital réductible en fonction du taux d'invalidité) : 1.200.000 € (capital versé en totalité en cas d'invalidité supérieure ou égale à 66%)	5%

Article 12 : FORMALITÉS A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

12.1. - 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.

12.2. - 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.

La reconnaissance de l'invalidité permanente suite à un accident survenu à l'étranger ne peut avoir qu'après le retour de l'assuré en France.

12.3 - 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,
 - une attestation de dévolution successorale établie par le notaire chargé de la succession
 - copie d'une pièce d'identité en cours de validité du ou des héritiers
- La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire.

Article 13 : 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.

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

TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX
100 %	1 200 000 €	75 %	1 200 000 €	50 %	600 000 €	25 %	300 000 €
99 %	1 200 000 €	74 %	1 200 000 €	49 %	588 000 €	24 %	288 000 €
98 %	1 200 000 €	73 %	1 200 000 €	48 %	576 000 €	23 %	276 000 €
97 %	1 200 000 €	72 %	1 200 000 €	47 %	564 000 €	22 %	264 000 €
96 %	1 200 000 €	71 %	1 200 000 €	46 %	552 000 €	21 %	252 000 €
95 %	1 200 000 €	70 %	1 200 000 €	45 %	540 000 €	20 %	240 000 €
94 %	1 200 000 €	69 %	1 200 000 €	44 %	528 000 €	19 %	228 000 €
93 %	1 200 000 €	68 %	1 200 000 €	43 %	516 000 €	18 %	216 000 €
92 %	1 200 000 €	67 %	1 200 000 €	42 %	504 000 €	17 %	204 000 €
91 %	1 200 000 €	66 %	1 200 000 €	41 %	492 000 €	16 %	192 000 €
90 %	1 200 000 €	65 %	780 000 €	40 %	480 000 €	15 %	180 000 €
89 %	1 200 000 €	64 %	768 000 €	39 %	468 000 €	14 %	168 000 €
88 %	1 200 000 €	63 %	756 000 €	38 %	456 000 €	13 %	156 000 €
87 %	1 200 000 €	62 %	744 000 €	37 %	444 000 €	12 %	144 000 €
86 %	1 200 000 €	61 %	732 000 €	36 %	432 000 €	11 %	132 000 €
85 %	1 200 000 €	60 %	720 000 €	35 %	420 000 €	10 %	120 000 €
84 %	1 200 000 €	59 %	708 000 €	34 %	408 000 €	9 %	108 000 €
83 %	1 200 000 €	58 %	696 000 €	33 %	396 000 €	8 %	96 000 €
82 %	1 200 000 €	57 %	684 000 €	32 %	384 000 €	7 %	84 000 €
81 %	1 200 000 €	56 %	672 000 €	31 %	372 000 €	6 %	72 000 €
80 %	1 200 000 €	55 %	660 000 €	30 %	360 000 €	5 %	0 €
79 %	1 200 000 €	54 %	648 000 €	29 %	348 000 €	4 %	0 €
78 %	1 200 000 €	53 %	636 000 €	28 %	336 000 €	3 %	0 €
77 %	1 200 000 €	52 %	624 000 €	27 %	324 000 €	2 %	0 €
76 %	1 200 000 €	51 %	612 000 €	26 %	312 000 €	1 %	0 €