

Accord collectif n° 980 A 17 /// LIGUE MEDITERRANEE DE FOOTBALL
Notice d'information Individuelle Accident /// Saison 2020 / 2021

Les licenciés de la Ligue Méditerranée de Football bénéficiant du présent Accord collectif deviennent membres participants de la M.D.S.

Conformément aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et des articles 10 à 14 des statuts de la M.D.S., leur représentation à l'assemblée générale de la M.D.S. est organisée comme suit : la Ligue souscriptrice constitue une section de vote qui doit élire ou désigner des délégués titulaires et leurs suppléants.

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1 : OBJET

Le présent Accord collectif a pour objet de mettre en œuvre un régime collectif de prévoyance et d'assistance destiné aux licenciés de la Ligue de Football souscriptrice, conformément aux dispositions du Code du Sport.

Article 2 : ASSURES

2.1 : Licenciés :

- ▶ Les licenciés à titre amateur de la Ligue pratiquant les activités définies à l'article 3 ci-dessous, résidant en France, dans les D.O.M.-T.O.M. ou dans les Principautés d'Andorre ou de Monaco.
- ▶ Les pratiquants licenciés à titre amateur de la ligue résidant hors de France, D.O.M.-T.O.M., Andorre et Monaco ne sont assurés que si les activités visées à l'article 3 ci-dessous sont pratiquées dans les pays visés ci-dessus et/ou sous l'autorité de la Ligue, ses Districts, clubs, groupements ou associations affiliés.
- ▶ Les arbitres bénévoles (ainsi que les dirigeants amenés à exercer des fonctions d'arbitres bénévoles), les arbitres bénévoles n'ont la qualité d'assuré qu'autant qu'ils satisfont aux stipulations de l'article 70 du règlement fédéral.

2.2 : Joueurs à l'essai :

Les joueurs à l'essai licenciés (ou non) en provenance (ou non) d'une autre ligue, bénéficient des garanties du présent Accord collectif dès leur prise en charge par le club et pendant la durée de leur essai.

2.3 : Elèves des écoles de football :

Les jeunes pratiquants de moins de 6 ans bénéficient des garanties dès lors qu'ils figurent sur la liste nominative établie par le club, transmise à la Mutuelle des Sportifs.

2.4 : Invités et Bénévoles non licenciés :

Les pratiquants occasionnels (à des journées portes ouvertes, rencontres amicales ou tournois) et les bénévoles TOUS NON LICENCIÉS bénéficient des garanties.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

3.1. - Sont garanties :

- ▶ les activités sportives des assurés pratiquant le football, le futsal,
- ▶ les activités physiques et sportives nécessaires à l'entraînement et à la préparation physique des licenciés,
- ▶ les activités des licenciés non pratiquants, notamment des dirigeants, en rapport avec l'objet de la Ligue,
- ▶ les stages avec ou sans hébergement réservés aux seuls licenciés ,
- ▶ les sorties pour la pratique d'entraînement et d'activités physiques et sportives des licenciés,

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

3.2. - Sont garanties également les activités extra sportives exercées à titre récréatif sous les réserves et conditions suivantes :

La participation à des manifestations festives à caractère privé telles que fêtes, bals, kermesses, 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 Ligue ou ses organismes affiliés agissant dans le cadre de la Ligue.

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.

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

La garantie s'exerce pour les dommages survenus en France, dans les D.O.M.-T.O.M. ou dans les Principautés d'Andorre et de Monaco.

Elle s'exerce également dans les autres pays du monde entier au cours d'un déplacement ou d'un séjour temporaire ne dépassant pas 90 jours, dès lors que le déplacement ou le séjour est organisé par la Ligue ou ses organismes affiliés et dès lors que le pays d'accueil n'est pas 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 réception (à 0 heure) par la Ligue de la demande de licence formulée par le club. 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.

Article 6 : 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 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 MDS à l'Assuré, en ce qui concerne le paiement de la cotisation // par l'Assuré à la MDS, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).

Article 9: RECLAMATION / MÉDIATION

9.1.—Garanties Individuelle Accident

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. »

9.2.—Garanties Assistance Rapatriement :

En cas de désaccord ou de mécontentement sur la mise en œuvre des garanties d'assistance du contrat, l'assuré peut le faire connaître à MUTUAIDE en appelant le 01.45.16.65.70 ou en écrivant à medical@mutuaide.fr.

Si la réponse qu'il obtient ne lui donne pas satisfaction, l'assuré peut adresser un courrier à : **MUTUAIDE—SERVICE QUALITE CLIENTS—8/14 AVENUE DES FRERES LUMIERES—94368 BRY-SUR-MARNE**
MUTUAIDE s'engage à accuser réception du courrier de l'assuré dans un délai de 10 jours ouvrés. Il sera traité dans les 2 mois au plus.

Si le désaccord persiste, l'assuré peut saisir la Médiation de l'Assurance par courrier à : **La Médiation de l'Assurance—TSA 50110 –75441 Paris Cedex 09**

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 »

a 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 : DÉFINITIONS

11.1. – Accident

Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Toute mort subite intervenant au cours des activités garanties est assimilée à un accident et donne lieu au versement d'une indemnité décès.

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 (art. 11.3.) 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.....).

11.3. - Barème du concours médical

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

11.4. - 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.

11.5. - 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.

11.6. - Enfants à charge

Les enfants de l'assuré ou de son conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs de moins de 25 ans s'ils sont rattachés au foyer fiscal de l'assuré ou, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires d'un titre leur reconnaissant un taux d'invalidité au moins égal à 80%.

11.7. - 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 **300% 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 frais de prothèses dentaires, les appareils orthodontiques, le bris de lunettes, les prothèses auditives, les frais de transport, les frais de reconversion professionnelle et les frais de remise à niveau scolaire, font l'objet de remboursements spécifiques décrits aux articles 12.1.1 à 12.1.5 et 12.3 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 hospitalier.

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.

12.1.1. - 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 :

- **300 € par dent fracturée lors de l'accident,**
- **500 € en cas de bris de prothèse dentaire.**

12.1.2. - Frais d'appareils orthodontiques

Les frais de **premier** appareil orthodontique font l'objet d'un remboursement forfaitaire dans la limite des frais réels restant à charge à concurrence de **700 €**.

12.1.3. - 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 limité à **400 €** dans la limite des frais réels restant à charge.

12.1.4. - Appareil et matériel divers

L'assuré bénéficie sur prescription médicale et sur justificatif d'un remboursement de ses frais relatifs à l'utilisation d'appareil et matériels divers (cannes, béquilles, fauteuils roulants, ...) à concurrence de **200 €** dans la limite des frais réels restant à charge.

12.1.5. - Prothèses auditives

Les frais de prothèses auditives font l'objet d'un remboursement forfaitaire dans la limite des frais réels restant à charge, à concurrence de **500 €** 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.

12.2. - CAPITAL SANTE

Au-delà des prestations de base définies à l'article 12.1, l'assuré bénéficie d'un « **CAPITAL SANTE** » à concurrence d'un montant global maximal par accident de **1 525 €**.

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 peut, sur justificatifs et dans la limite des frais réels restant à charge après remboursement par le régime de Sécurité Sociale et de tout régime de prévoyance complémentaire, disposer de ce capital pour toutes les dépenses suivantes sous la réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :

- frais pharmaceutiques, médicaux ou chirurgicaux,
- prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,
- lunettes et lentilles,
- dents fracturées,
- prothèses déjà existantes nécessitant une réparation ou un remplacement,
- en cas d'hospitalisation :
 - la majoration pour chambre particulière dans la limite des frais réels (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte),
 - le coût d'un parent accompagnant si le blessé est mineur, à concurrence des frais d'hébergement facturés par l'hôpital et des frais de trajet dans la limite de 0,25 € par km,
 - le versement d'une indemnité journalière, non soumise à conditions de revenus, d'un montant de 20 € par jour, pendant la durée de l'hospitalisation et au maximum pendant 100 jours,
- frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, dans la limite de 0,25 € par km.
- frais d'ostéopathie, sous réserve que les soins soient pratiqués par un Médecin praticien : frais réels,

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

12.3. - 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.

12.4 – FRAIS DE RECONVERSION PROFESSIONNELLE

Lorsque l'assuré victime d'un accident garanti, doit du fait de ses séquelles changer de profession, la M.D.S. prend en charge, après accord préalable, les frais justifiés de reconversion professionnelle à concurrence de **7.650 €**

12.5 – FRAIS DE REMISE A NIVEAU SCOLAIRE

Les frais de remise à niveau scolaire pour les enfants accidentés mineurs ou majeurs âgés de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études peuvent faire l'objet de remboursement par la MDS à concurrence de **40 €** par jour à partir du 1er jour du deuxième mois dans la limite de **2.800 €**.

Un certificat de l'école ou de l'université fréquentée précisant que la nécessité de la remise à niveau est bien la conséquence des absences ou des troubles divers liés à l'accident sera toujours exigé.

12.6. - CAPITAL INVALIDITE

En cas d'invalidité permanente, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant est fixé au tableau ci-après en Annexe.

Ce Capital est réductible en fonction du taux d'invalidité, comme indiqué aux tableaux ci-après en Annexe. Aucun capital n'est versé pour un taux d'invalidité inférieur à 5%.

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

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 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.

12.7- ACCIDENT CORPOREL GRAVE

En cas d'accident survenant **exclusivement pendant la pratique de l'activité sportive (à l'exclusion notamment des accidents de trajet)**, et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que l'accident survenu peut entraîner des conséquences graves et irréversibles et que dans ces conditions le licencié blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible égale ou supérieure à 66%, la M.D.S. lui verse :

- **Avant la consolidation** et au plus tard dans les 4 mois de la blessure, un **capital forfaitaire immédiat de 100.000 €**.
Ce forfait ne peut en aucun cas être remis en cause à la consolidation, même dans l'hypothèse où le blessé, bénéficiant d'une rémission, n'atteint pas lors de cette consolidation le taux de 66 %.
- **A la consolidation et si le taux d'invalidité atteint ou excède 66%, un capital de 900.000 €.**

12.8. - CAPITAL DECES

En cas de décès, la MDS garantit le versement d'un capital de :

- **9.150 €** si l'assuré est un enfant mineur non émancipé,
- **23.000 €** si l'assuré est mineur émancipé, célibataire, veuf, divorcé, sans enfant à charge,
- **30.000 €** si l'assuré est marié sans enfant à charge.

Ce capital de base est majoré de 15 % par enfant à charge (article 11.6.).

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

Article 13 : FORMALITÉS A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

13.1. - Règlement des frais de soins divers

Il appartient à l'assuré d'adresser à la M.D.S. ses bordereaux de remboursement du régime obligatoire et le cas échéant de tout régime complémentaire.

Les assurés de la M.D.S. non affiliés à une caisse chirurgicale ou mutualiste, peuvent éviter, lorsqu'ils sont hospitalisés sur le territoire français, de faire l'avance du ticket modérateur et/ou du forfait journalier en lui faisant adresser par l'établissement hospitalier une demande de prise en charge rappelant les références du dossier concerné.

En cas d'hospitalisation à l'étranger, une avance de fonds peut être consentie dans les conditions visées à l'article 16.2 ci-dessous.

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 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.

13.3 - Formalités en cas de décès de l'assuré

Les pièces suivantes doivent être adressées à la M.D.S. :

- un acte de décès de l'assuré,
- un certificat médical indiquant la cause du décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie, le cas échéant,
- une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance.

La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire.

Article 14 : EXCLUSIONS

- la pratique professionnelle de toutes activités sportives,
- les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès,
- les suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide,
- les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active,

- les accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense,
- les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré,
- les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré,
- les accidents résultant des effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité.

Le licencié a la possibilité de renoncer à la garantie Individuelle Accident de base incluse dans sa licence et peut en demander son remboursement par lettre à la M.D.S. 2/4, rue Louis David, 75782 PARIS Cedex 16. La cotisation (TTC) s'établit comme suit :

- Masculins Vétérans et Seniors : 3,22 €	Féminines Seniors, U19F, U19, U18 : 2,22 €	U18F, U17F, U16F, U17, U16 : 1,82 €
- U15, U14, U15F, U14F : 1,32 €	U13, U12, U13F, U12F : 0,92 €	U6 à U11, U6F à U11F : 0,97 €
- Foot Loisirs, Foot Entreprise : 2,42 €	Dirigeants, Entraîneurs, Moniteurs, Arbitres : 1,72 €	

ANNEXE 1 : CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA MDS EN CAS D'ACCIDENT DE SPORT

TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX
100 %	1 000 000,00 €	75 %	1 000 000,00 €	50 %	34 647,50 €	25 %	17 323,75 €
99 %	1 000 000,00 €	74 %	1 000 000,00 €	49 %	33 954,55 €	24 %	16 630,80 €
98 %	1 000 000,00 €	73 %	1 000 000,00 €	48 %	33 261,60 €	23 %	15 937,85 €
97 %	1 000 000,00 €	72 %	1 000 000,00 €	47 %	32 568,65 €	22 %	15 244,90 €
96 %	1 000 000,00 €	71 %	1 000 000,00 €	46 %	31 875,70 €	21 %	14 551,95 €
95 %	1 000 000,00 €	70 %	1 000 000,00 €	45 %	31 182,75 €	20 %	13 859,00 €
94 %	1 000 000,00 €	69 %	1 000 000,00 €	44 %	30 489,80 €	19 %	13 166,05 €
93 %	1 000 000,00 €	68 %	1 000 000,00 €	43 %	29 796,85 €	18 %	12 473,10 €
92 %	1 000 000,00 €	67 %	1 000 000,00 €	42 %	29 103,90 €	17 %	11 780,15 €
91 %	1 000 000,00 €	66 %	1 000 000,00 €	41 %	28 410,95 €	16 %	11 087,20 €
90 %	1 000 000,00 €	65 %	59 800,00 €	40 %	27 718,00 €	15 %	10 394,25 €
89 %	1 000 000,00 €	64 %	58 880,00 €	39 %	27 025,05 €	14 %	9 701,30 €
88 %	1 000 000,00 €	63 %	57 960,00 €	38 %	26 332,10 €	13 %	9 008,35 €
87 %	1 000 000,00 €	62 %	57 040,00 €	37 %	25 639,15 €	12 %	8 315,40 €
86 %	1 000 000,00 €	61 %	56 080,00 €	36 %	24 946,20 €	11 %	7 622,45 €
85 %	1 000 000,00 €	60 %	55 160,00 €	35 %	24 253,25 €	10 %	6 929,50 €
84 %	1 000 000,00 €	59 %	40 884,05 €	34 %	23 560,30 €	9 %	6 236,55 €
83 %	1 000 000,00 €	58 %	40 191,10 €	33 %	22 867,35 €	8 %	5 543,60 €
82 %	1 000 000,00 €	57 %	39 498,15 €	32 %	22 174,40 €	7 %	4 850,65 €
81 %	1 000 000,00 €	56 %	38 805,20 €	31 %	21 481,45 €	6 %	4 157,70 €
80 %	1 000 000,00 €	55 %	38 112,25 €	30 %	20 788,50 €	5 %	3 464,75 €
79 %	1 000 000,00 €	54 %	37 419,30 €	29 %	20 095,55 €	4 %	0 €
78 %	1 000 000,00 €	53 %	36 726,35 €	28 %	19 402,60 €	3 %	0 €
77 %	1 000 000,00 €	52 %	36 033,40 €	27 %	18 709,65 €	2 %	0 €
76 %	1 000 000,00 €	51 %	35 340,45 €	26 %	18 016,70 €	1 %	0 €

ANNEXE 2 : CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA MDS / ACCIDENT HORS SPORT

TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX
100 %	92 000,00 €	75 %	69 000,00 €	50 %	34 647,50 €	25 %	17 323,75 €
99 %	91 080,00 €	74 %	68 080,00 €	49 %	33 954,55 €	24 %	16 630,80 €
98 %	90 160,00 €	73 %	67 160,00 €	48 %	33 261,60 €	23 %	15 937,85 €
97 %	89 240,00 €	72 %	66 240,00 €	47 %	32 568,65 €	22 %	15 244,90 €
96 %	88 320,00 €	71 %	65 320,00 €	46 %	31 875,70 €	21 %	14 551,95 €
95 %	87 400,00 €	70 %	64 400,00 €	45 %	31 182,75 €	20 %	13 859,00 €
94 %	86 480,00 €	69 %	63 480,00 €	44 %	30 489,80 €	19 %	13 166,05 €
93 %	85 560,00 €	68 %	62 560,00 €	43 %	29 796,85 €	18 %	12 473,10 €
92 %	84 640,00 €	67 %	61 640,00 €	42 %	29 103,90 €	17 %	11 780,15 €
91 %	83 720,00 €	66 %	60 720,00 €	41 %	28 410,95 €	16 %	11 087,20 €
90 %	82 800,00 €	65 %	59 800,00 €	40 %	27 718,00 €	15 %	10 394,25 €
89 %	81 880,00 €	64 %	58 880,00 €	39 %	27 025,05 €	14 %	9 701,30 €
88 %	80 960,00 €	63 %	57 960,00 €	38 %	26 332,10 €	13 %	9 008,35 €
87 %	80 040,00 €	62 %	57 040,00 €	37 %	25 639,15 €	12 %	8 315,40 €
86 %	79 120,00 €	61 %	56 080,00 €	36 %	24 946,20 €	11 %	7 622,45 €
85 %	78 200,00 €	60 %	55 160,00 €	35 %	24 253,25 €	10 %	6 929,50 €
84 %	77 280,00 €	59 %	40 884,05 €	34 %	23 560,30 €	9 %	6 236,55 €
83 %	76 360,00 €	58 %	40 191,10 €	33 %	22 867,35 €	8 %	5 543,60 €
82 %	75 440,00 €	57 %	39 498,15 €	32 %	22 174,40 €	7 %	4 850,65 €
81 %	74 520,00 €	56 %	38 805,20 €	31 %	21 481,45 €	6 %	4 157,70 €
80 %	73 600,00 €	55 %	38 112,25 €	30 %	20 788,50 €	5 %	3 464,75 €
79 %	72 680,00 €	54 %	37 419,30 €	29 %	20 095,55 €	4 %	0 €
78 %	71 760,00 €	53 %	36 726,35 €	28 %	19 402,60 €	3 %	0 €
77 %	70 840,00 €	52 %	36 033,40 €	27 %	18 709,65 €	2 %	0 €
76 %	69 920,00 €	51 %	35 340,45 €	26 %	18 016,70 €	1 %	0 €