

**Accord collectif n° 2178 /// FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY (FFVolley)
Notice d'information Individuelle Accident /// Saison 2020 / 2021**

ASSUREUR : MUTUELLE DES SPORTIFS (2/4 rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 -
Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Mutuelle immatriculée au répertoire Sirène sous le n° 422 801 910)

ASSURE : FEDERATION FRANCAISE DE VOLLEY (FFVolley) - 17 rue Georges Clémenceau - 94607 Choisy-le-Roi

SOUSCRIPTEUR : MAIF, POUR LE COMPTE DE L'ASSURÉ

Société d'assurance mutuelle à cotisations variables - CS 90000 – 79038 Niort cedex 9 - Entreprise régie par le Code des assurances - Autorité chargée du contrôle de l'entreprise : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 61 rue Taitbout 75 436 Paris Cedex 09)

OPERATION PRESENTEE PAR : AIAC SUD-OUEST

1 avenue Mohernando - 64200 Biarritz - Alliance Internationale d'Assurances et de Commerce, Société de courtage d'assurance selon le b) de l'article L.520-1 du Code des assurances - SA au capital de 300 000€ - SIREN 784 199 291 – RCS Paris - N° ORIAS 07 005 935 – www.orias.fr - Service réclamations AIAC, 14 rue de Clichy 75009 Paris – reclamation@aiac.fr - Soumis au contrôle de l'ACPR, 61 rue Taitbout 75009 Paris

ARTICLE LIMINAIRE

Les licenciés de la Fédération Française de Volley bénéficiant du présent Accord collectif deviennent membres participants de la M.D.S.

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

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1 : OBJET

Le présent Accord collectif a pour objet de mettre en œuvre un régime collectif de prévoyance destiné aux licenciés de la Fédération Française de Volley, conformément aux dispositions du Code du Sport.
S'agissant des pratiques sportives des licenciés, les garanties s'appliquent pendant celles autorisées par la licence FFVolley.

Le principe d'intervention de cet Accord Collectif est régi suivant la formule "Tout sauf" ce qui signifie que les événements non formellement exclus sont automatiquement garantis même s'ils ne sont pas énumérés dans le cadre de l'objet du contrat.

Article 2 : ASSURES

- ▶ Les membres licenciés de la FFVolley, y compris les arbitres, juges de ligne et dirigeants (1) dans l'exercice de leurs fonctions, dans la mesure où ils n'ont pas refusé d'adhérer aux couvertures Individuelle Accident du présent Accord collectif ;
- ▶ Tout adhérent d'une association affiliée et de leurs sociétés (ci-après « clubs affiliés ») à la FFVolley, titulaire d'une licence fédérale en cours de validité ou d'établissement, dans la mesure où il n'a pas refusé d'adhérer aux couvertures Individuelle Accident du présent Accord collectif ;
- ▶ Les détenteurs d'une licence temporaire, y compris licence événementielle / initiation ;
- ▶ Tout le personnel de la FFVolley y compris les dirigeants (1) ;
- ▶ Les bénévoles licenciés ou non, titulaires ou non du Pass Bénévole, mandatés par un club affilié dans le cadre de ses activités ;
- ▶ Les joueurs et officiels des délégations étrangères qui participent aux compétitions, tournois officiels et tournois inscrits au calendrier et organisés sous l'égide de la FFVolley et des organismes affiliés, dans les conditions définies ci-après :

- Les participants étrangers (athlètes et dirigeants) présents sur le territoire français à l'invitation de la Fédération, des Ligues Régionales, Comités Départementaux et clubs affiliés ou bien pour un stage ou une compétition, pourront être assurés au titre du présent Accord collectif et bénéficieront des garanties de base réservées aux licenciés **limitées aux frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, d'hospitalisation**. La prestation de la MDS (frais réels dans la limite de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale) comprendra le montant que la Sécurité Sociale aurait pris en charge si le Participant Etranger y avait été affilié.
- Pour que cette garantie soit effective, les organisateurs de la manifestation ou bien la « puissance invitante » devront dès que possible, et avant l'événement, informer A.I.A.C. de l'arrivée de participants étrangers en indiquant le nombre et la durée du séjour. Dès que les noms des participants sont connus, c'est une liste nominative exhaustive qui devra parvenir à A.I.A.C. – 14, rue de Clichy – 75311 Paris cedex 09.

(1) On entend par **dirigeants** toutes les personnes licenciées ou non de la FFVolley, régulièrement élues ou désignées dans les structures fédérales, clubs affiliés. Sont considérés comme dirigeants les membres élus des instances dirigeantes de la FFVolley, des Ligues Régionales, Comité Départementaux et clubs affiliés. Sont également considérés comme dirigeants :

- les cadres de la FFVolley,
- les cadres techniques d'Etat placés mis à la disposition de la FFVolley ou de ses organismes décentralisés par le Ministère chargé des Sports,
- les membres des Commissions et autres organes de la FFVolley, les arbitres, les juges-arbitres.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

Les activités garanties sont :

- toutes les activités développées par la Fédération dans le cadre de son objet associatif,
- et s'agissant des pratiques sportives des licenciés, uniquement celles autorisées par leur licence.

A ce titre, les Assurés, tel que défini à l'article 2, déclarent :

- ▶ pratiquer le volley-ball et toutes les disciplines associées au volley, ainsi que tous sports annexes et connexes pour lesquelles le souscripteur a reçu agrément du Ministère des sports,
et de manière générale toute nouvelle forme de pratique agréée par la Fédération,

ainsi que la pratique d'autres disciplines sportives dans le cadre des entraînements et/ou préparation physique encadrés par les clubs, et ce sans préjudice des exclusions prévus par ailleurs,

comprenant la participation :

- à des compétitions, officielles ou non, et leurs essais ou entraînements préparatoires sous réserve que les séances se déroulent sous le contrôle, ou la surveillance ou avec l'autorisation de la Fédération, d'une Ligue Régionale, d'un Comité Départemental ou d'un club affilié ;
- aux séances d'entraînements sur les lieux d'installations sportives appartenant ou mis à la disposition de la Fédération, de ses Ligues Régionales et Comités Départementaux, des Clubs ou hors de ces lieux, mais dans ce dernier cas, sous réserve que ces séances se déroulent sous le contrôle ou la surveillance ou avec leur autorisation ;
- à toutes épreuves organisées notamment dans le cadre du Téléthon ou autres actions à but humanitaire ;
- aux passages de brevets d'état et autres diplômes d'enseignement ou d'arbitrage ;
- à la remise des coupes, des prix afférents aux compétitions, qu'elles soient réalisées à la clôture de la compétition ou en différé ;
- à des actions de promotion et/ou propagande, notamment démonstrations, exhibitions, défilés, soirées de gala, organisées par un des Assurés, ou toute autre personne mandatée par elle ;
- à des stages d'initiation, ou de perfectionnement organisés ou agréés par un des Assurés, ou toute autre personne mandatée par elle, quel que soit le sport ou l'activité pratiquée ;
- à l'hébergement des hôtes et invités d'un des Assurés aux compétitions et/ou stages d'initiations et de perfectionnement.

- ▶ **Exercer d'autres activités dans le cadre fédéral, même si celles-ci ne relèvent pas directement du domaine sportif et notamment :**

- toutes réunions en tous lieux, y compris à l'étranger, organisées par la Fédération, ses Ligues Régionales et Comités Départementaux, ses Clubs, ou toutes autres organisations auxquelles la Fédération doit être affiliée comme notamment la Fédération Internationale ;
- les manifestations culturelles, récréatives, amicales, notamment parties de cartes, bals, voyages, banquets, sorties ;
- se déplacer en tous lieux et en revenir par tous modes dans le cadre des activités énoncées ci-dessus ;
- toutes actions administratives, logistiques, informatiques et autres.

La présente énumération est faite à titre indicatif et non limitatif et ne saurait, en aucune façon, être opposée à l'Assuré pour permettre à l'Assureur de décliner sa garantie.

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

Le présent Accord collectif produit ses effets dans le MONDE ENTIER.

Par ailleurs, lorsqu'en vertu de la législation locale, il est fait obligation aux Assurés de souscrire un contrat d'assurance auprès d'assureurs agréés dans la nation considérée, il est précisé que le présent Accord collectif n'interviendra qu'en complément de celui-ci.

Il est convenu que les indemnités pouvant être mises à la charge des Assurés à l'étranger, leur seront uniquement remboursables en France et à concurrence de leur contre-valeur officielle en Euros au jour du règlement de la prestation.

Article 5 : PRISE D'EFFET / DUREE DE LA GARANTIE

5.1. – Nouvelle licence :

Par « nouvelle licence », il faut entendre une licence octroyée à une personne qui n'était pas licenciée l'année précédente et dont l'adhésion est enregistrée de manière officielle, après le 1^{er} juillet, par une structure agréée et autorisée à distribuer des licences fédérales (club, comité départemental, ligue régionale, fédération).
La garantie est accordée dès le jour de l'envoi par le club de la demande de licence à la Fédération, la Ligue régionale ou le Comité départemental. Elle cesse à la date de fin de validité de la licence.

5.2. – Renouvellement :

La garantie est automatiquement reconduite chaque année pour les licenciés de l'exercice précédent sous réserve que leur licence soit renouvelée avant le 1^{er} novembre de l'année considérée.

5.3. – Licence Événementielle-Initiation :

Les détenteurs d'une licence événementielle-initiation bénéficient de la garantie de base de la licence FFVolley. La garantie est accordée exclusivement lors de la pratique des activités pour lesquelles la licence événementielle-initiation est délivrée.

Pour que cette garantie soit effective, les organisateurs devront respecter la procédure de déclaration des licences événementielles-initiation auprès de la FFVolley (bordereau d'inscription dûment complété et enregistrement sur le site FFVolley).

5.4. – Bénévoles :

Pour les personnes prêtant bénévolement leur concours à l'encadrement ou à l'organisation des activités, la garantie prend effet uniquement durant leur bénévolat.

Article 6 : DÉCLARATION D'ACCIDENT - Obligations de l'assuré

Sauf cas de force majeure, tout accident doit être déclaré dans les 5 jours à l'aide du formulaire en ligne sur le site internet de la FFVB, rubrique « assurances », ou par courrier postal adressé à AIAC, 14 rue de Clichy, 75311 Paris cedex 09.

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.

Les assurés doivent 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, ils doivent également prendre toutes mesures nécessaires pour conserver à l'assureur le recours, et prêter leur 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 eux-mêmes ou à leurs préposés.

Faute par les assurés 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 les Assurés à leur action.

Si les Assurés font sciemment de fausses déclarations sur la nature et les causes, circonstances ou conséquences d'un sinistre, ils sont déchus de tout droit à la garantie pour ce sinistre.

Article 7 : ASSURANCES CUMULATIVES

Si les Assurés souscrivent auprès de plusieurs assureurs des contrats pour un même intérêt contre un même risque, ils doivent donner à chaque assureur, au moment de la déclaration d'accident, 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 des Assurés 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 les Assurés ou a été indemnisé par ces derniers.

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., les Assurés peuvent présenter leur 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, les Assurés ont la faculté de saisir le Médiateur de la consommation auprès du Groupe MDS en formulant leur 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 aux Assurés sur simple demande de leur part adressée au Service Réclamations.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux Assurés qui conservent la faculté de saisir le tribunal compétent afin de le faire statuer sur le litige qui les 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 Fédération. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la M.D.S., à l'adresse de son siège social (loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978).

GARANTIES « INDIVIDUELLE ACCIDENT »

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

Article 11: DEFINITIONS

11.1. – Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, telle qu'un choc, une électrocution, l'hydrocution, la noyade ou autre.

L'accident corporel se distingue ainsi de la maladie qui n'entre jamais dans le champ d'application du contrat, sauf si elle trouve son origine dans un accident corporel (toutefois, les maladies contagieuses ou parasitaires ne sont jamais garanties sauf cas de rage et de charbon consécutifs à des morsures ou piqûres).

La mort subite, dont les causes restent ignorées, donne droit au versement du capital décès.

La mort subite est définie comme un accident de nature tout à fait imprévisible, qui doit se manifester pour la première fois, alors que l'assuré n'a jamais eu la moindre alerte de ce type auparavant, ou n'a jamais eu la nécessité ou le besoin médical de se faire soigner préalablement pour ce type d'affection, et qui doit être indépendant de l'état de santé de l'assuré.

L'assureur considère également comme accidents corporels, les atteintes corporelles suivantes :

- L'empoisonnement, les lésions, causés par des substances vénéneuses ou corrosives ou par l'absorption d'aliments avariés ou de corps étrangers. **Toutefois, excepté ceux provenant de l'action criminelle de tiers, ces dommages ne sont pas garantis s'ils sont le résultat d'atteintes à évolution lente.**
- Les conséquences d'injections médicales mais seulement si elles ont été mal faites ou faites par erreur quant à la nature du produit injecté,
- Les congélations, isolations ou asphyxies survenant par suite d'un événement fortuit,
- Les conséquences des interventions chirurgicales dans le seul cas où elles sont nécessitées par un accident garanti.
- Les lésions causées par des radiations ionisantes si elles sont la conséquence d'un traitement auquel un assuré est soumis par suite d'un accident corporel garanti.
- Les luxations, ruptures tendineuses ou musculaires, et en général toute blessure qui serait la conséquence directe de l'activité sportive.

11.2. – Invalidité permanente totale ou partielle :

Les assurés sont considérés en état d'invalidité permanente totale ou partielle s'ils sont privés définitivement de tout ou partie de leurs 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. - Droit de contrôle et expertise

La M.D.S. se réserve le droit de contester les conclusions des certificats médicaux fournis par les assurés.

Pour ce faire, les médecins délégués de la M.D.S. ont libre accès auprès des assurés pour procéder à tout contrôle ou toute expertise ; de leur côté, les assurés ont la faculté de se faire assister, à leurs frais, par un médecin.

Si les assurés s'y refusaient, ils perdraient tout droit aux prestations pour l'accident en cause. En cas de désaccord entre les médecins des assurés 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

Les assurés sont considérés en état d'incapacité temporaire totale de travail s'ils se trouvent dans l'impossibilité complète et temporaire d'exercer leur profession ou toute profession en rapport avec leurs 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 indemnités des frais de soins de santé occasionnés par un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des assurés après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit.

11.7. - Enfants à charge

Les enfants des assurés ou de leur conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs de moins de 25 ans s'ils sont rattachés aux foyers fiscaux des assurés 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 aux assurés victimes 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 BENEFICIAIRE AUX LICENCIES DE BASE

12.1. - MODALITES

Les montants des garanties sont précisés au tableau ci-dessous (Article 12.2). Pour la mise en œuvre de certaines d'entre elles, il convient de se reporter aux précisions et modalités ci-après exposées.

12.1.1. - 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 12.2).

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.

12.1.2. - 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 12.2).

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.

12.1.3. - Frais de soins de santé :

Font l'objet d'un remboursement par la MDS dans les conditions définies ci-après, les « frais de traitement » suivants (ce remboursement s'effectuant après intervention des régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire) :

- ▶ Les frais de médecine générale ou spéciale, les frais d'intervention chirurgicale et de salle d'opération, les frais de rééducation fonctionnelle ou professionnelle,
- ▶ Le forfait journalier hospitalier,
- ▶ Les frais de première acquisition de toutes prothèses et tous appareillages,
- ▶ Les frais de pharmacie engagés sur prescription médicale, sous réserve que les médicaments prescrits répondent aux conditions fixées par la législation et la réglementation de la Sécurité Sociale pour leur prise en charge au titre d'un régime obligatoire de protection sociale,
- ▶ Les frais d'analyses et d'examen de laboratoire,
- ▶ Les frais de séjour dans les établissements de soins publics et privés,
- ▶ Les frais de transport de l'assuré accidenté jusqu'au lieu où il pourra recevoir les premiers soins d'urgence que nécessite son état,
- ▶ Les frais de transport pour se rendre aux soins prescrits par certificat médical et non pris en charge par la Sécurité Sociale,
- ▶ Le remboursement en cas de bris de lunettes d'un forfait optique ou lentille atteignant un membre licencié lors d'un accident survenu au cours des activités sportives,
- ▶ Le remboursement des frais dentaires, de prothèse dentaire et de prothèses auditives,
- ▶ Les frais de location de canne anglaise, de béquilles et de fauteuil roulant, ainsi que les achats de bandages, plâtres, attelles non pris en charge par la Sécurité Sociale, sont remboursés sur justificatif,
- ▶ Les frais médicaux et d'hospitalisation non honorés avant leur départ par des joueurs et dirigeants étrangers à l'occasion d'un séjour en France pour des rencontres internationales amicales ou officielles.

Les remboursements des « frais de traitement » tels que définis ci-dessus (y compris les frais médicaux et d'hospitalisation non honorés avant leur départ par des pratiquants sportifs et dirigeants étrangers à l'occasion d'un séjour en France pour des rencontres internationales amicales ou officielles) s'effectuent à concurrence des frais réels exposés et dans la limite précisée au tableau ci-dessous (article 12.2), **après intervention de tout régime de prévoyance obligatoire ou complémentaire (Sécurité Sociale, Mutuelles et autres assurances ...) dont l'assuré bénéficie.**

Les Assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.

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

12.1.4. - Hospitalisation médicale ou chirurgicale :

En cas d'hospitalisation résultant d'un accident garanti, la MDS verse une prestation journalière forfaitaire, non soumise à conditions de revenus, dans la limite du montant figurant au tableau ci-dessous (Article 12.2), pendant la durée de l'hospitalisation.

12.2. - MONTANTS DES GARANTIES DE BASE :

	LICENCIES FFFVOLLEY	JOUEURS OU OFFICIELS DE DELEGATIONS ETRANGERES	Franchise
CAPITAL DECES	10 000 €		Néant
Frais d'obsèques	5 000 €		Néant
CAPITAL INVALIDITE	L'indemnité est calculée en multipliant le taux d'invalidité (IPP), déterminé lors de la consolidation de l'assuré, par le capital défini ci-dessous.		Néant
IPP <30%	20 000 €		
30% <= IPP <66%	50 000 €		
66% <= IPP <=100%	100 000 € (versé à 100% si tierce personne)		
FRAIS DE TRAITEMENT (1)	125 % de la base de remboursement Sécurité Sociale		Néant
Forfait journalier hospitalier	100 %		Néant
Indemnité Hospitalisation	15 €/jour à compter du 1 ^{er} jour d'hospitalisation (dans la limite de 150 jours)		Néant
Soins dentaires et prothèses	150 € par dent		Néant
Appareil orthodontique	80 € par accident		Néant
Optique	Lunettes : 200 € par accident (verre + monture) Lentilles non jetables : 100 € par lentille		Néant
FRAIS DE TRANSPORT			Néant
Frais de 1 ^{er} transport	100 %		
Transport pour se rendre aux soins médicalement prescrits	160 € par accident		

(1) Les Assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités aux montants du ticket modérateur et/ou du forfait journalier.

BONUS SANTE

Au-delà des prestations de base ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « **BONUS SANTE** » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1.500 €. **Ce Bonus Santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.**

L'assuré pourra disposer de ce Bonus pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :

- dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux,
- prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,
- soins dentaires et optiques,
- en cas d'hospitalisation : la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) /// si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital, ainsi que les frais de trajet,
- frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles,
- **et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.**

12.3. – GARANTIES COMPLEMENTAIRES INDIVIDUELLES :

Tout licencié de la FFVolley peut souscrire à titre individuel, à des garanties complémentaires en cas de dommage corporel suite à un accident de sport **en sus des garanties de base** telles que définies à l'article 12.

Le complément de cotisation est perçu par la FFVolley avec l'adhésion à la licence et fera l'objet d'un reversement à la MDS dans le cadre de l'échéancier de règlement prévu au contrat.

GARANTIES COMPLEMENTAIRES	OPTION A	OPTION B	FRANCHISE
DECES	10 000 €	20 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE TOTALE	10 000 €	20 000 €	Néant
INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE	10 000 € x taux d'invalidité	20 000 € x taux d'invalidité	Néant
GARANTIE COMPLEMENTAIRE FRAIS DE TRAITEMENT (2)	500 € / accident	500 € / accident	Néant
INDEMNITES JOURNALIERES (3)		30 € par jour (maximum : 365 jours)	10 jours
COTISATION A ACQUITTER	5,02 € TTC	8,36 € TTC	

(2) Cette garantie intervient en complément de la garantie de base, sur justificatifs, pour tous types de traitement engagés par l'assuré et médicalement prescrits, en complément ou non de la Sécurité Sociale.

(3) Lorsque l'assuré a été en incapacité temporaire totale de travail suite à un accident, la M.D.S. verse une indemnité à concurrence du montant indiqué au tableau ci-dessus :

- dans la limite de la perte de revenus réelle : pertes de salaire, prime et autre manque à gagner, sur présentation de justificatifs et sous déduction des indemnités versées par le(s) régime(s) de prévoyance et de celles attribuées au titre de la loi sur la mensualisation et de la convention collective applicable,
- après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise, fixée à 10 jours,
- pendant au maximum 365 jours.

L'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de l'assuré.

Article 13 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS : FORMALITÉS 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.

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 : SONT EXCLUS DES GARANTIES :

- ▶ les sports à risques suivants (au titre des sports annexes et connexes) : boxe, catch, spéléologie, chasse et plongée sous-marine, motonautisme, yachting à plus de 5 milles des côtes, sports aériens, alpinisme, varappe, hockey sur glace, bobsleigh, skeleton, saut à ski, **Il est toutefois précisé que ces sports restent garantis dans le cadre des stages de préparation des Equipes de France organisés par la FFVolley ;**
- ▶ 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.