

NOTICE D'INFORMATION GARANTIES « PASS'Sports »

Contrat n° 901

Contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire souscrit par La Mutuelle LE LIBRE CHOIX auprès de la Mutuelle des Sportifs conformément à l'article L.221-3 du Code de la Mutualité

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

Il a pour objet de garantir aux adhérents concernés le règlement de prestations complémentaires lors de la survenance d'accidents résultant de la pratique d'activités sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs et de la vie courante.

ARTICLE 2 : DEFINITIONS

2.1 : Activités garanties :

Ce sont toutes les activités sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs et de la vie courante, à l'exclusion de toute activité ou pratique professionnelle.

Les activités qui nécessitent l'usage de véhicules terrestres à moteur sont garanties exclusivement dans le cadre des manifestations organisées par un club légalement constitué (association ou société) ou sur un circuit spécialisé et autorisé dans le cadre de la législation en vigueur. En outre, les assurés doivent avoir souscrit l'assurance obligatoire des véhicules à moteur (Loi du 27 février 1958).

Par activités sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs et de la vie courante, il faut entendre toute activité non lucrative, pratiquée à domicile ou à l'extérieur, exercée librement, hors les temps des sujétions professionnelles. Sont notamment couvertes : les activités scolaires et universitaires, les sorties culturelles, le bricolage, le jardinage, la cuisine etc...

L'activité garantie peut être pratiquée 7 jours/7, 24 h/24 et dans le monde entier, sous réserve que les séjours à l'étranger n'excèdent pas 90 jours. **Les séjours et/ou stages à l'étranger organisés dans un cadre institutionnel scolaire et/ou universitaire sont néanmoins admis dans la limite de 12 mois consécutifs.**

2.2 : Accidents garantis

Ce sont les accidents corporels survenus pendant les activités garanties ci-dessus définies.

Par accident corporel, il faut comprendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, telle qu'un choc, une électrocution, l'hydrocution, la noyade ou autre.

L'accident corporel se distingue ainsi de la maladie qui n'entre jamais dans le champ d'application du contrat.

2.3 : 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.

Seule sera prise en compte l'invalidité fonctionnelle. En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle

Pour l'appréciation du taux d'invalidité de la **garantie B « Capital invalidité Permanente Partielle »**, c'est le barème du concours médical qui sera utilisé (Cf. article 2.4 ci-dessous). Il sera tenu compte des préjudices annexes. Ces préjudices annexes seront évalués sur une échelle de 1 à 7 en usage dans le contexte du droit commun. Ils ne peuvent conduire à majorer de plus de 10 % le taux d'invalidité permanente lorsqu'ils sont inférieurs à 4,5 et à plus de 20 % lorsqu'ils sont supérieurs à 4,5. L'ensemble de l'indemnisation ne peut en aucun cas excéder le capital souscrit pour 50% d'invalidité

Pour l'appréciation du taux d'invalidité de la **garantie C « Forfait Immédiat Invalidité Grave »** c'est le barème du concours médical qui sera utilisé (cf article 2.4 ci-dessous). Il ne sera en aucun cas tenu compte des préjudices annexes.

2.4 : Barème du concours médical

Il s'agit du barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun édité par « LE CONCOURS MEDICAL ».

ARTICLE 3 : GARANTIES

3.1 : Garantie A : Frais de soins de santé

Cette garantie prévoit en cas d'accident survenu en cours d'assurance et pendant les activités garanties la mise à disposition d'un capital santé d'un montant maximal de **800 €**.

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, de la**

Mutuelle LE LIBRE CHOIX et de tout régime de prévoyance complémentaire, disposer de ce capital pour toutes les dépenses suivantes sous la réserve expresse qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :

- ▶ Les frais pharmaceutiques, médicaux ou chirurgicaux,
- ▶ Les prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,
- ▶ Les lunettes et les lentilles dans la limite d'un forfait de 100 € par accident,
- ▶ Les dents fracturées,
- ▶ Les prothèses déjà existantes nécessitant une réparation ou un remplacement,
- ▶ 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,
- ▶ Les frais de transport des accidentés de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles ou au lieu des soins prescrits médicalement et ce, dans la limite de 0,23 € par km,
- ▶ En cas d'hospitalisation la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision etc... ne sont pas pris en compte) et/ou le coût d'un parent accompagnant si le blessé a moins de 12 ans,
- ▶ Les frais d'ostéopathie, sous réserve que les soins soient pratiqués par un Médecin praticien.

La Mutuelle des Sportifs arrête ses remboursements à la date de consolidation de l'assuré.

Il est expressément précisé que cette garantie respecte les conditions des contrats responsables instaurés par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Ainsi sont exclus des remboursements accordés par la mutuelle :

- ▶ La participation forfaitaire prévue au paragraphe 2 de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale (1 € au 1er janvier 2005).
- ▶ La franchise médicale prévue au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale applicable au 1er janvier 2008.
- ▶ La majoration de participation mise à la charge des assurés par l'article L.162-5-3 dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant (non respect du parcours de soins par l'adhérent).
- ▶ Les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical personnel en application de l'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale.
- ▶ Les dépassements d'honoraires autorisés par le 18° alinéa de l'article L.162-5 si l'adhérent est hors du parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

3.2 : Garantie B : Capital Invalidité Permanente Partielle

Cette garantie prévoit en cas d'invalidité permanente résultant d'un accident survenu en cours d'assurance le versement d'un capital dont les montants figurent en **annexe A**.

Aucun capital n'est versé pour un taux d'I.P.P. inférieur ou égal à 5%.

Le taux est fixé d'après le barème du concours médical et dans les conditions prévues aux articles 2.3 et 2.4.

En cas d'invalidité préexistante qui ne serait pas la conséquence d'un accident pris en charge précédemment dans le cadre du présent contrat, seule la majoration du taux d'invalidité imputable à l'accident garanti sera prise en compte. Pour l'appréciation 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 au titre du présent contrat et qu'il fait l'objet d'une majoration de son taux d'I.P.P. déjà attribué, soit en cas d'accidents successifs, soit en cas d'aggravation documentée de l'état séquellaire, imputable de façon certaine et directe à l'accident ; le capital dû 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.

Bien que les garanties soient assurées dans le monde entier, l'état d'invalidité permanente totale ou partielle doit être constaté médicalement en France métropolitaine ou dans les principautés d'Andorre et de Monaco.

Le capital est versé en une seule fois à la consolidation du blessé.

3.3 : Garantie C : Forfait immédiat invalidité grave

En cas d'accident survenu pendant les activités garanties et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que cet accident peut entraîner des conséquences graves et irréversibles (notamment tétraplégie, paraplégie) et/ou des séquelles de traumatismes crâniens graves, et/ou des séquelles d'accidents cérébro-vasculaires, et que dans ces conditions le blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 51%, la MDS lui verse au plus tard dans les 4 mois de la blessure un capital forfaitaire immédiat de 50 000 €.

Seule sera prise en compte l'invalidité fonctionnelle prévisible. En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

Le forfait de 50 000 € est attribué une seule fois à titre forfaitaire et définitif et ne peut en aucun cas être remis en cause à la consolidation, même dans l'hypothèse où le blessé, bénéficiant d'une remise, n'atteint pas lors de cette consolidation le taux de 51 %.

En revanche, si le blessé a connu une aggravation de son état et s'il atteint le taux de 51 % à sa consolidation le forfait de 50.000€ lui est alors versé.

La MDS cesse en tout état de cause ses prestations à la consolidation du blessé.

Expertise médicale

Dans tous les cas d'invalidité grave et préalablement à tout versement, une expertise médicale est diligentée par le médecin conseil désigné par la MDS dans un délai maximal de 4 mois après la survenance de l'accident.

En cas de désaccord entre les conclusions du médecin de l'assuré et de celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné par protocole signé 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 de grande instance.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par chacune des deux parties afin que soit garantie son indépendance et son impartialité.

La Garantie B « Capital invalidité permanente partielle » (article 3.2) et la Garantie C (article 3.3) « Forfait immédiat invalidité grave », ne peuvent en aucun cas se cumuler.

Article 4 : EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties :

- ▶ les accidents qui se produisent lorsque les activités pratiquées nécessitent l'usage de véhicule terrestre à moteur et qu'il survient en dehors de manifestations organisées par un club légalement constitué (association ou société) ou en dehors d'un circuit spécialisé et autorisé dans le cadre de législation en vigueur,
- ▶ les accidents du travail ou les maladies professionnelles reconnus par la Sécurité Sociale,
- ▶ les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,
- ▶ les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'assuré a pris une part active,
- ▶ les accidents qui résultent de la participation de l'assuré à des rixes, sauf en cas de légitime défense ou assistance à personne en danger,
- ▶ 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 de drogues ou de stupéfiants par l'assuré, ou sous un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5 gramme par litre de sang,
- ▶ 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.

Article 5 : OBLIGATIONS DE L'ASSURE

5.1 – Déclaration d'accident :

Sauf cas de force majeure tout accident résultant de la pratique d'une des activités garanties doit être déclaré dans les 5 jours à l'aide d'un formulaire type adressé sous pli cacheté aux médecins conseils de la mutuelle LE LIBRE CHOIX ou de la Mutuelle des Sportifs.

Cette déclaration devra être accompagnée du certificat médical initial descriptif du médecin ayant constaté l'accident.

La non déclaration ou la déclaration passée le délai ci-dessus, entraîne la déchéance, dans la mesure où le retard non imputable à un cas fortuit ou de force majeure, aura causé un préjudice à la Mutuelle des Sportifs.

En cas de non déclaration par l'assuré de la modification du risque celui-ci s'expose à la déchéance de garantie.

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.

5.2 – Pièces à fournir pour bénéficier de la garantie A frais de soins de santé :

Pour bénéficier de prestations au titre du capital Santé, l'assuré doit outre les obligations mentionnées au 5.1 ci-dessus fournir les pièces ci-dessous :

- ▶ les bordereaux originaux de la mutuelle LE LIBRE CHOIX et/ou de tout organisme de prévoyance complémentaire, copie des bordereaux de la Sécurité Sociale et/ou du régime de prévoyance obligatoire,
- ▶ les copies des prescriptions médicales,
- ▶ les factures éventuelles.

En cas de nécessité, la M.D.S. demandera tout justificatif utile.

5.3 – Pièces à fournir pour bénéficier de la garantie B Invalidité Permanente Partielle

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) la notification classant son invalidité en 2^{ème} ou 3^{ème} 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.

5.4 – Pièces à fournir pour bénéficier de la garantie C Forfait Immédiat Invalidité Grave

Pour bénéficier des prestations au titre du forfait immédiat invalidité grave, l'assuré doit outre les obligations mentionnées au 5.1 ci-dessus fournir sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil de La mutuelle LE LIBRE CHOIX ou de la Mutuelle des Sportifs, un certificat médical qui devra préciser s'il y a lieu de craindre des séquelles invalidantes graves, au vu de certificat médical le médecin conseil de la MDS diligentera une expertise dans un délai maximal de 4 mois après la survenance de l'accident.

Article 6 : DROIT DE CONTROLE ET EXPERTISE

La Mutuelle des Sportifs se réserve le droit de contester les conclusions des certificats médicaux et des notifications 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 Mutuelle des Sportifs, 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 Médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par les deux parties.

Article 7 - REPRESENTATION DES ADHERENTS A L'ASSEMBLEE GENERALE DE LA M.D.S.

Les adhérents de La Mutuelle LE LIBRE CHOIX bénéficiant du présent contrat deviennent membres participants de la M.D.S. Ils reçoivent gratuitement un exemplaire des statuts de la M.D.S.

Conformément aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et des articles 10 et 12 des statuts susvisés, leur représentation à l'assemblée générale de la M.D.S. est organisée comme suit :

- ▶ La mutuelle LE LIBRE CHOIX 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 Mutuelle LE LIBRE CHOIX et reconnaît comme légitime l'élection des délégués par les membres de leur Conseil d'Administration.

La Mutuelle LE LIBRE CHOIX 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 MDS.

Article 8 : INFORMATIQUE ET LIBERTE

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

L'adhérent peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle LE LIBRE CHOIX, de la Mutuelle des Sportifs ou de leurs réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification auprès de la Mutuelle LE LIBRE CHOIX et de la MDS, à l'adresse de leurs sièges sociaux (loi n° 78 -17 du 6 Janvier 1978).

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 Duval – 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 LUMIERE - 94368 BRY-SUR-MARNE CEDEX**

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: PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription peut être interrompue par l'une des conditions prévues par le Code de la Mutualité par l'envoi d'une lettre recommandée avec de réception.

ARTICLE 11: GARANTIE ASSISTANCE RAPATRIEMENT

Les garanties « Assistance Rapatriement » souscrites par la M.D.S à titre obligatoire pour l'ensemble de ses adhérents auprès de Mutuaide Assistance, figurent à l'annexe B ci-jointe.

ANNEXE A

CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA MUTUELLE DES SPORTIFS AU TITRE DE LA GARANTIE B : INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE

TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX
50 %	15 245,00 €	25 %	7 622,50 €
49 %	14 940,10 €	24 %	7 317,60 €
48 %	14 635,20 €	23 %	7 012,70 €
47 %	14 330,30 €	22 %	6 707,80 €
46 %	14 025,40 €	21 %	6 402,90 €
45 %	13 720,50 €	20 %	6 098,00 €
44 %	13 415,60 €	19 %	5 793,10 €
43 %	13 110,70 €	18 %	5 488,20 €
42 %	12 805,80 €	17 %	5 183,30 €
41 %	12 500,90 €	16 %	4 878,40 €
40 %	12 196,00 €	15 %	4 573,50 €
39 %	11 891,10 €	14 %	4 268,60 €
38 %	11 586,20 €	13 %	3 963,70 €
37 %	11 281,30 €	12 %	3 658,80 €
36 %	10 976,40 €	11 %	3 353,90 €
35 %	10 671,50 €	10 %	3 049,00 €
34 %	10 366,60 €	9 %	2 744,10 €
33 %	10 061,70 €	8 %	2 439,20 €
32 %	9 756,80 €	7 %	2 134,30 €
31 %	9 451,90 €	6 %	1 829,40 €
30 %	9 147,00 €	5 %	- €
29 %	8 842,10 €	4 %	- €
28 %	8 537,20 €	3 %	- €
27 %	8 232,30 €	2 %	- €
26 %	7 927,40 €	1 %	- €

ANNEXE B: ASSISTANCE

Garanties souscrites par la MDS à titre obligatoire pour l'ensemble de ses adhérents auprès de Mutuaide Assistance,
Entreprise régie par le Code des Assurances, S.A. à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 4 590 000 €,
8-14 avenue des Frères Lumière, 94366 Bry-sur-Marne

Mutuaide Assistance, dans le respect des dispositions du Code des Assurances, assure les garanties « MDS Assistance » proposées aux assurés victime d'accident ou de maladie grave, dans le cadre des activités garanties telles que décrites à l'article 2.2 ci-dessus.

Article 1 - MISE EN OEUVRE DES GARANTIES

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

Ce service est accessible

Par téléphone 01.45.16.65.70 (International + 33.1.45.16.65.70)

Par fax 01.45.16.63.92 (International + 33.1.45.16.63.92)

Par email: assistance@mutuaide.fr

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

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

Article 2 : DÉFINITIONS

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

2.1 - 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.

2.2. - Maladie grave survenue à l'étranger:

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 3: GARANTIES

3.1. - 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.

Sur prescription médicale, Mutuaide Assistance organise et prend en charge le transport retour d'une personne qui voyage avec l'assuré ou, à défaut, d'un accompagnant.

Mutuaide Assistance se réserve le droit de réclamer le remboursement du (des) titre(s) de transport initial prévu éventuellement détenu(s) et non utilisé(s) du fait du rapatriement.

3.2 Visite d'un proche à l'étranger

En cas d'hospitalisation pour une durée de plus de 3 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 (train 1ère classe ou avion classe économique 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.
La garantie ci-dessus est également mise en œuvre au départ d'un département d'Outre mer si le domicile de l'assuré est situé dans un département d'Outre mer.

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

3.3. - 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 notoire, ou PACSE), 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.

3.4. - Frais médicaux

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

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 et/ou d'hospitalisation 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 **6.000 € par an**.

3.4.2 - Remboursement des frais médicaux et d'hospitalisation des étudiants se rendant à l'étranger pour une durée pouvant atteindre 12 mois consécutifs dans le cadre d'échange scolaires ou universitaires:

A la suite d'accident ou de maladie grave d'un étudiant assuré survenu à l'étranger dans le cadre d'échanges scolaires ou universitaires, Mutuaide Assistance rembourse la partie des frais médicaux et/ou d'hospitalisation 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 **30 000 € par an**.

3.4.3 - Avance de fonds

En cas de nécessité, Mutuaide Assistance pourra, sur justificatif, 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.

3.4.4 - Exclusions particulières :

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

3.5- Frais de secours, frais de recherche, frais de cours de ski, frais de remontée mécaniques:

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

Mutuaide Assistance prend en charge ou remboursement des frais de recherche et/ou de secours à concurrence de **30 000 €**.

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

3.5.2- Frais de remontées mécaniques et cours de ski inutilisés par suite d'accident:

En cas d'accident entraînant l'impossibilité médicale d'exercer l'activité prévue, Mutuaide Assistance rembourse les frais de cours/stages et les forfaits de remontées mécanique inutilisés, au prorata du temps restant à courir et sur présentation des justificatifs:

- les frais de remontées mécaniques sont remboursés dans la limite de 16 € par jour et par assuré dans la limite de 7 jours.
- les cours de ski sont remboursés dans la limite de 16 € par jour et par assuré dans la limite de 7 jours.

3.5.3- Modalités d'application et procédure de déclaration:

Les assurés ou toute personne agissant en son nom, doivent 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, les assurés, ou leurs ayants droits, doivent 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 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.

3.5.4- Remboursement:

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

3.6.- Envoi de médicaments

Si lors de son séjour à l'étranger, un assuré a besoin de médicaments, Mutuaide Assistance organise et prend en charge sous réserve qu'ils soient introuvables sur place, la recherche et l'envoi des médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours ou tout appareil indispensable dans les actes de la vie quotidienne. Les frais de médicaments ou d'appareils, ainsi que les frais de douanes restent à la charge de l'assuré. La garantie est accordée sous réserve d'accord d'acheminement par les autorités locales.

3.7- Rapatriement du corps:

En cas de décès d'un assuré dans le cadre des activités garanties, Mutuaide Assistance organise et prend en charge le transport du corps ainsi que les frais de cercueil utilisé pour le transport du corps organisé par elle jusqu'au lieu d'inhumation proche de son domicile en France métropolitaine ou Département d'Outre-mer, à concurrence de 500 €.

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

3.8- Prise en charge des honoraires d'avocat:

Si l'Assuré est incarcéré ou menacé de l'être à la suite d'un acte survenant durant son séjour à l'étranger, Mutuaide Assistance prend à sa charge les frais d'un homme de loi à concurrence de 8 000 € TTC par événement, le règlement intervenant sur justificatif.

3.9- Avance de la caution pénale:

Si lors de son séjour à l'étranger, un assuré est passible de poursuite judiciaire, d'incarcération pour non-respect ou violation involontaire des lois et règlements locaux, Mutuaide Assistance fait l'avance de la caution exigée par les autorités locales pour permettre sa mise en liberté provisoire avec un plafond de 15 000 €, le règlement intervenant sur justificatif.

Cette avance est consentie contre une reconnaissance de dette ou un chèque de garantie (à déposer de préférence en France). Elles sont remboursables à Mutuaide Assistance dans les 30 jours qui suivent la date de mise à disposition des fonds. Ce délai pourra être renouvelé. Si cette caution est remboursée avant ce délai par les autorités du pays, elle doit être aussitôt restituée à Mutuaide Assistance. Si l'Assuré est cité devant un tribunal et ne s'y présente pas, Mutuaide Assistance exigera immédiatement le remboursement de la caution.

Article 4 - EXCLUSIONS GENERALES

- **DANS TOUS LES CAS LES PRESTATIONS QUI N'ONT PAS ETE DEMANDEES ET/OU QUI N'ONT PAS ETE ORGANISEES PAR MUTUAIDE ASSISTANCE OU EN ACCORD AVEC ELLE.**
- **Tout déplacement excédant 90 jours consécutifs sauf pour les étudiants, exclusivement dans le cadre d'échanges universitaires à l'étranger pour qui sont garantis les déplacements jusqu'à 12 mois consécutifs.**
- **Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas de poursuivre son voyage.**
- **Les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance.**
- **Les faits provoqués intentionnellement par le bénéficiaire ou résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide pendant la première année de garantie.**
- **Une infirmité préexistante.**
- **Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical.**
- **Les états de grossesse de plus de 6 mois (date présumée de conception) à moins d'une complication imprévisible.**
- **Les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées.**
- **Le suicide ou la tentative de suicide, une mutilation volontaire du bénéficiaire.**
- **Les dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré.**
- **Les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré.**

Article 5 - CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

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