



Accord collectif n° 2227 /// FEDERATION FRANCAISE DE NATATION
Notice d'information Individuelle Accident & Assistance Rapatriement // Période du 15.09.2021 au 31.08.2022

Les licenciés de la Fédération Française de Natation 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 AUX GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT ET ASSISTANCE RAPATRIEMENT

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 FEDERATION FRANCAISE DE NATATION (FFN), de ses organismes déconcentrés, ligues, comités, clubs et associations affiliés, conformément aux dispositions du Code du Sport.

Article 2 : ASSURES

2.1 : Sont assurés :

- Les licenciés (1) de la FFN, de ses organismes déconcentrés, Ligues, Comités Régionaux et Départementaux, Clubs et associations affiliés pratiquant les activités définies à l'article 3 ci-dessous, résidant en France Métropolitaine, en Corse, dans les D.O.M., C.O.M., R.O.M., P.O.M., ou dans les Principautés d'Andorre ou de Monaco.
- Les licenciés (1) de la FFN, de ses organismes déconcentrés, Ligues, Comités Régionaux et Départementaux, Clubs et associations affiliés résidant hors de France Métropolitaine, de Corse, des D.O.M., C.O.M., R.O.M., P.O.M. ou des Principautés d'Andorre ou de 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 FFN, de ses organismes déconcentrés, Ligues, Comités Régionaux et Départementaux, Clubs et associations affiliés.

(1) Sont également assurés :

- les dirigeants (2) non licenciés de la Fédération,
- le personnel de la Fédération, y compris les dirigeants (2) et les bénévoles dûment mandatés par ceux-ci,
- les bénévoles non licenciés prêtant gratuitement leur concours à l'organisation des activités du club,
- les bébés nageurs ainsi que leurs accompagnateurs,
- les personnes participant à des courses populaires ou dites « grand public » en milieu naturel (d'une distance de 1 à 5 km) et auxquelles la Fédération délivre un droit de participation journalier (d'une validité de 1 à 3 jours consécutifs pour la pratique en Eau Libre ainsi que pour l'ensemble des autres disciplines fédérales) inscrit dans le Règlement Intérieur Fédéral.

(2) On entend par dirigeant :

- toutes les personnes licenciées ou non de la FFN, régulièrement élu dans les instances fédérales, clubs et associations affiliés,
- les membres élus du Comité Directeur de la FFN, des Ligues, Comités Régionaux et Départementaux, ainsi que les présidents des groupements sportifs régulièrement affiliés à la FFN, les cadres fédéraux,
- les cadres techniques d'Etat mis à la disposition de la Fédération ou de ses organes décentralisés par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports,
- les membres des Commissions de la Fédération, les arbitres et les juges arbitres.

2.2 : Peuvent être assurés par souscription distincte à l'initiative du club :

- les non licenciés participant aux activités organisées par une structure affiliée ou labellisée ENF (Ecole de Natation Française), « Nagez Grandeur Nature », « Savoir nager » ou « Forme, Bien être, Santé » (et autres initiations ou manifestations de promotion de la natation) par la FFN,
- les « participants étrangers » : athlètes et dirigeants étrangers présents sur le territoire français à l'invitation d'une instance dirigeante de la Fédération ou de ses organismes affiliés ou pour un stage ou une compétition.

Il appartiendra à l'organisateur de porter à la connaissance de la MDS la manifestation concernée au moins 48h avant son déroulement, en indiquant la date, le lieu et le nombre de personnes attendues. A réception, la MDS procédera à l'établissement d'un avenant d'extension précisant les conditions (garanties et cotisations) de couverture.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

- La pratique de la natation, du water-polo, de la natation synchronisée, du plongeon, de la natation en eau libre, de la natation estivale, des activités d'éveil, de la découverte aquatique, de la longue distance et leur enseignement ainsi que de tous les sports annexes, connexes et toutes autres disciplines sportives aquatiques proposées par la Fédération (aquabike par exemple) comprenant la participation :
 - à des compétitions (officielles ou amicales) et leurs essais ou entraînements préparatoires, sous réserve que les séances se déroulent sous le contrôle ou la surveillance de la Fédération, de ses Ligues, Comités Régionaux ou Départementaux, des Clubs et des Associations affiliés et avec l'autorisation de la Fédération ou toute autre personne mandatée par elle,
 - aux séances d'entraînement sur les lieux des installations sportives appartenant ou mis à la disposition de la Fédération, de ses Ligues, Comités Régionaux ou Départementaux, des Clubs et des Associations affiliés, ou en dehors de ces lieux sous réserve que ces séances se déroulent sous leur contrôle ou leur surveillance et avec leur autorisation
 - aux activités de formation de la Fédération (INFAN) et des comités Régionaux (ERFAN),
 - aux 24 heures de natation et toutes épreuves organisées dans le cadre du Téléthon ou autres actions à but humanitaire,
 - aux passages de brevets,
 - à la remise des coupes, prix afférents aux compétitions, qu'elle soit réalisée 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 la Fédération, ses Ligues, Comités Régionaux ou Départementaux, ses Clubs ou Associations affiliés,
 - à des stages d'initiation ou de perfectionnement organisés ou agréés par la Fédération, ses Ligues, Comités Régionaux ou Départementaux, ses Clubs et Associations affiliés, quel que soit le sport ou l'activité pratiquée et notamment celles pratiquées dans le cadre des structures affiliées ou labellisées Ecole de Natation Française (ENF), « Nagez Grandeur Nature », « savoir nager », « Forme, Bien être et Santé » et autres initiations,
 - à l'hébergement des hôtes et invités de l'assuré aux compétitions et/ou stages d'initiations et de perfectionnement.
- L'exercice d'autres activités dans le cadre fédéral, même si celles-ci ne relèvent pas directement du domaine sportif :
 - toutes réunions en tous lieux, y compris à l'étranger, organisées par la Fédération, ses Ligues, Comités Régionaux et Départementaux, ses Clubs et ses Associations affiliés,
 - 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.

La présente énumération est faite à titre indicatif et non limitatif.

Sont exclus les sports à risques suivants :

- 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.

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

La garantie s'exerce pour les dommages survenus en France Métropolitaine, en Corse, dans les D.O.M., C.O.M., R.O.M., P.O.M., ou dans les Principautés d'Andorre ou 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 FFN, ses Comités Régionaux et Départementaux, ses clubs et ses Associations 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 à la date de remise au Club de la demande de licence signée par l'intéressé. 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. ou par Internet.

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, connus ou présumés, 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 de la présente convention 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 l'Assureur à l'Assuré, en ce qui concerne le paiement de la cotisation /// par l'Assuré à l'Assureur, 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 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 : 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'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

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

11.1. – Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. 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 (cf. article 11.3. ci-dessous) et il ne sera tenu compte que de l'invalidité fonctionnelle et en aucun cas de l'invalidité professionnelle.

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

11.3. - Barème du concours médical

Il s'agit du barème indicatif pour apprécier les déficits fonctionnels 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 l'assuré.

Pour ce faire, les médecins délégués de la M.D.S. ont libre accès auprès de l'assuré pour procéder à tout contrôle ou toute expertise ; de son côté, l'assuré a la faculté de se faire assister, à ses frais, par un médecin.

Si l'assuré s'y refusait, il perdrait tout droit aux prestations pour l'accident en cause. En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de la M.D.S., il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné d'un commun accord par les parties.

A défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

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. - 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 18 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. - MODALITES :

Les montants des garanties sont précisés au tableau ci-dessous. 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 aux tableaux 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 aux tableaux 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 d'indemnisation 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 MDS 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 :

Les remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation (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 aux tableaux 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 - BONUS SANTE

Au-delà des prestations de base définies à l'Article 12.1.3 ci-dessus, l'assuré bénéficie, sur justificatifs, d'un « Bonus Santé » à concurrence du montant global maximal indiqué aux tableaux ci-dessous (Article 12.2), dans la limite des frais réels restant à charge.

Ce Bonus Santé est disponible en totalité à chaque accident. S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.

L'assuré pourra disposer de ce Bonus Santé pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses médicalement prescrites et directement liées à l'accident pris en charge, telles qu'indiquées dans les tableaux de l'Article 12.2 ci-après.

12.2. - MONTANTS DES GARANTIES :

12.2.1. - LICENCIES HORS ATHLETES DE HAUT NIVEAU :

GARANTIES	LICENCIES	DIRIGEANTS (1)
DECES	10 000 € (2)	20 000 €
	Majoration de 15% par enfant à charge de moins de 18 ans dans la limite de 50% du capital garanti	
INVALIDITE Pour 100% d'invalidité (capital réductible en fonction du taux d'IPP : voir Annexes ci-après)	61 000 € (2)	90 000 €
	Capital limité à 23 000 € en cas d'accident survenant pendant le trajet ou lors d'activités extra-sportives	

GARANTIES	LICENCIES	DIRIGEANTS (1)
FRAIS DE SOINS DE SANTE (2)	200 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale	250 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (2)	Frais réels	Frais réels
CAPITAL SANTE	2 500 € par accident	3 000 € par accident

Au-delà des prestations définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « CAPITAL SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 2.500 € ou 3.000 € suivant sa qualité (licencié de base, dirigeant) 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 pourra disposer de ce capital 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 (y compris sur la pharmacie) ou chirurgicaux,
- ▶ prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,
- ▶ bris de lunettes et perte de lentilles durant les activités sportives (s'il s'agit d'un accident de sport, sur production d'un certificat médical précisant que l'assuré doit nécessairement porter ses lunettes ou ses lentilles pendant les activités sportives),
- ▶ frais de prothèse dentaire, qu'il s'agisse d'une dent fracturée lors de l'accident ou d'une prothèse déjà existante nécessitant une réparation ou un remplacement du seul fait de l'accident,
- ▶ 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,
- ▶ frais de transport pour se rendre aux soins prescrits médicalement, dans la limite de 0,25 € par km,
- ▶ 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 de séjour médicalement prescrits en centre de rééducation traumatologique sportive, de thalassothérapie, de convalescence ou maison de repos,
- ▶ frais de remise à niveau scolaire ou universitaire,
- ▶ frais d'ostéopathie (ils devront être prescrits et pratiqués par un médecin praticien).

<u>GARANTIES</u>	<u>LICENCIES</u>	<u>DIRIGEANTS (1)</u>
<u>FRAIS DE PREMIER TRANSPORT</u> Du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins	Frais réels	Frais réels
<u>INTERRUPTION DE STAGE ENF</u> En cas d'accident conduisant à une interruption du stage ENF	50% d'une inscription à un nouveau stage ENF	50% d'une inscription à un nouveau stage ENF

(1) On entend par **dirigeant** :

- ▶ toutes les personnes licenciés ou non de la FFN, régulièrement élus dans les instances fédérales, clubs et associations affiliés,
- ▶ les membres élus du Comité Directeur de la FFN, des Comités Régionaux et Départementaux, ainsi que les présidents des groupements sportifs régulièrement affiliés à la FFN,
- ▶ les cadres fédéraux,
- ▶ les cadres techniques d'Etat mis à la disposition de la Fédération ou de ses organes décentralisés par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports,
- ▶ les membres des Commissions de la Fédération, les arbitres et les juges arbitres.

(2) Garanties accordées aux non licenciés (y compris les participants étrangers) sous condition d'une cotisation supplémentaire.

12.2. - MONTANTS DES GARANTIES :

12.2.2. - GARANTIES SPECIFIQUES ATHLETES DE HAUT NIVEAU :

On entend par **Athlètes de haut niveau** toutes les personnes licenciées à la Fédération et régulièrement inscrites sur les listes des athlètes de haut niveau publiées par le Ministère des Sports ainsi que les effectifs des pôles France, pôles Espoirs, centres nationaux d'entraînement, les athlètes sélectionnés en Equipe de France et finalistes des championnats nationaux individuels.

<u>GARANTIES</u>	<u>MONTANTS</u>
<u>DECES</u>	60 000 € Majoration de 15% par enfant à charge de moins de 18 ans dans la limite de 50% du capital garanti
<u>INVALIDITE</u>	130 000 € Capital réductible en fonction du taux (voir Annexe ci-après)
FRAIS DE SOINS DE SANTE FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER SOINS DENTAIRES SOINS OPTIQUES FRAIS DE PREMIER TRANSPORT	300 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale Frais réels 300 € / dent 300 € / accident Frais réels

<u>GARANTIES</u>	<u>MONTANTS</u>
<u>CAPITAL SANTE</u>	4 000 € par accident
<p>Au-delà des prestations définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « CAPITAL SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 4.000 €.</p> <p>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.</p> <p>L'assuré pourra disposer de ce capital pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ dépassements d'honoraires médicaux (y compris sur la pharmacie) ou chirurgicaux, ▶ prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale, ▶ bris de lunettes et perte de lentilles durant les activités sportives (s'il s'agit d'un accident de sport, sur production d'un certificat médical précisant que l'assuré doit nécessairement porter ses lunettes ou ses lentilles pendant les activités sportives), ▶ frais de prothèse dentaire, qu'il s'agisse d'une dent fracturée lors de l'accident ou d'une prothèse déjà existante nécessitant une réparation ou un remplacement du seul fait de l'accident, ▶ 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, ▶ frais de transport pour se rendre aux soins prescrits médicalement, dans la limite de 0,25 € par km, ▶ 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 de séjour médicalement prescrits en centre de rééducation traumatologique sportive, de thalassothérapie, de convalescence ou maison de repos, ▶ frais de remise à niveau scolaire ou universitaire, ▶ frais d'ostéopathie (ils devront être prescrits et pratiqués par un médecin praticien). 	
<u>INTERRUPTION DE STAGE ENF</u> En cas d'accident conduisant à une interruption du stage ENF	50% d'une inscription à un nouveau stage ENF

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

13.1. - Règlement des frais de soins de santé

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

Les assurés de la M.D.S. non 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 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,
- ▶ une attestation de dévolution successorale établie par le notaire chargé de la succession.

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

Article 14 : EXCLUSIONS

- ▶ **Accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès,**
- ▶ **Suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide,**
- ▶ **Accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active,**
- ▶ **Accidents résultant de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense,**
- ▶ **Suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré,**
- ▶ **Accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré,**
- ▶ **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 15 : PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Le terme «**Donnée personnelle**», désigne toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable (ci-après dénommée «**personne concernée**»); est réputée être une «**personne physique identifiable** » une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

L'assuré reconnaît être informé que l'Assureur traite ses données à caractère personnel et de son côté, en tant que responsable de traitement, l'Assureur s'engage à collecter et à traiter toute Donnée personnelle en conformité avec la réglementation applicable en matière de Données personnelles et en particulier le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des Données personnelles et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ainsi que la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

15.1. - Obligations de l'Assureur

Dans le cadre du Contrat, l'Assureur est amené à traiter des Données personnelles de santé protégées par le secret professionnel tel que défini à

l'article L.226-13 du Code pénal. A ce titre, l'Assureur garantit à la personne concernée le strict respect du secret médical entourant ses Données personnelles et s'engage à prendre les mesures nécessaires.

L'Assureur s'engage à ne pas transférer les Données personnelles hors de l'Union européenne. Dans le cas où, l'Assureur effectue un tel transfert, il s'engage à mettre en place des garanties appropriées, conformément à la réglementation applicable en matière de protection des Données personnelles et en particulier à mettre en place des clauses contractuelles types adoptées par la Commission européenne, ou des règles d'entreprises contraignantes ou *Binding Corporate Rules (BCR)*.

En tout état de cause, l'Assureur s'oblige à héberger les Données personnelles de santé dans un *Data Center* en France.

15.2. - Sécurité des Données personnelles

L'Assureur s'engage à assurer la sécurité de l'ensemble des Données personnelles traitées dans le cadre de la réalisation du présent Contrat notamment contre toute destruction accidentelle et/ou illicite, contre toute altération, perte, diffusion ou accès non autorisé et plus généralement, contre toute autre forme de traitement illicite et/ou non autorisé.

A cet effet, l'Assureur prend toutes les mesures de sécurité requises pour assurer un niveau de sécurité conforme à la réglementation applicable en matière de Données personnelles.

L'Assureur respecte la confidentialité des Données personnelles et fait respecter la confidentialité des Données personnelles par les membres de son personnel. Elle habilite les membres de son personnel susceptibles d'accéder aux Données personnelles et gère ces habilitations.

L'Assureur s'engage et se porte fort, pour les membres de son personnel, permanent ou non permanent, ainsi que pour ses éventuels sous-traitants, à prendre toute disposition nécessaire pour faire respecter les présentes obligations.

15.3. - Destinataire des données personnelles

Les destinataires des données personnelles sont, dans la limite de leurs attributions, les Services de l'Assureur en charge de la passation, gestion et exécution du Contrat d'assurance et des garanties, ses délégataires, mandataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Les données personnelles peuvent être transmises s'il y a lieu, aux organismes professionnels mais aussi à toute personne intervenant au contrat. Elles peuvent être transmises au souscripteur, et à toute personne habilitée au titre de Tiers Autorisés

15.4. - Durée de conservation :

Les données personnelles collectées et traitées par l'Assureur sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution du contrat au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou de l'obligation légale. Ces données sont ensuite archivées conformément aux dispositions relatives à la prescription.

15.5. - Responsabilité :

L'Assureur est responsable du traitement dont il assure la mise en œuvre. Il garantit le souscripteur contre toute réclamation d'une personne concernée résultant d'un manquement à la réglementation applicable en matière de Données personnelles qui lui causerait un préjudice.

15.6. - Gestion des incidents et violation de Données personnelles :

L'Assureur s'engage à mettre en œuvre un processus de gestion des incidents de sécurité conformément à la réglementation applicable en matière de Données personnelles.

15.7. - Droit des personnes concernées :

L'Assureur satisfait aux demandes d'exercice des droits des Personnes concernées dans un délai d'un mois conformément à la réglementation applicable en matière de Données personnelles. Il documente l'ensemble des demandes reçues et les réponses qui y ont été apportées.

L'assuré dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition des données traitées. Il peut également demander la limitation de l'utilisation de ses données personnelles quand elles ne sont plus nécessaires ou bien, de récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières étaient nécessaires au contrat ou quand il a consenti à l'utilisation de ses données.

L'assuré détient la possibilité de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles après sa mort, en ce qui concerne leurs conservations, effacements et communications.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de la Mutuelle Des Sportifs :

- Par courriel : rgpd@mutuelle-des-sportifs.com

- Par courrier : 2/4 rue Louis David, 75782 Paris Cedex 16

L'assuré qui n'obtiendrait pas satisfaction auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de l'Assureur, peut saisir la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

GARANTIES «ASSISTANCE-RAPATRIEMENT»

Souscrites par la M.D.S. au bénéfice de ses adhérents

Mutuaide Assistance, société anonyme d'assurance régie par le Code des Assurances assure les garanties « M.D.S. Assistance » proposées aux assurés victimes d'accident ou de maladie grave, dans le cadre des activités garanties telles que décrites à l'article 3 ci-dessus.

Article 16 : DÉFINITIONS

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

16.1 - 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.

16.2 - Maladie grave :

Une altération de santé constatée par une autorité médicale notoirement compétente interdisant de quitter la chambre et impliquant la cessation de toute activité professionnelle ou autre.

Article 17: GARANTIES

17.1. - Rapatriement médical

En cas d'accident ou maladie graves d'un assuré, Mutuaide Assistance organise et prend en charge son transport jusqu'à son domicile, ou jusqu'à l'hôpital le plus proche de son domicile, par le moyen le plus approprié.

La décision de rapatriement est prise par le médecin conseil de Mutuaide Assistance, après avis du médecin traitant, et éventuellement du médecin de famille.

Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter le choix du moyen de transport et du lieu d'hospitalisation dans lequel Mutuaide Assistance aura réservé, si nécessaire, une place.

Mutuaide Assistance se réserve le droit de réclamer à l'assuré ainsi rapatrié le montant du remboursement du titre de transport initial prévu éventuellement détenu et non utilisé du fait du rapatriement.

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

Avant son départ, le bénéficiaire doit se munir du justificatif délivré par l'organisme social auquel il est affilié (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) pour un séjour dans un pays de l'Union Européenne.

A la suite d'accident ou de maladie grave de l'assuré survenu à l'étranger dans le cadre des activités garanties, Mutuaide Assistance rembourse la partie des frais médicaux qui n'a pas été prise en charge par les organismes sociaux et/ou tout organisme de prévoyance ou complémentaire de l'assuré à concurrence de **5.500 €, montant porté à 150.000 € pour les dirigeants et les athlètes de haut niveau..**

Franchise : Franchise relative de 15 € par dossier.

En cas de nécessité, Mutuaide Assistance pourra consentir une avance de fonds contre la remise d'un chèque de garantie ou d'une reconnaissance de dette. Cette avance est remboursable dans le mois qui suit le retour en France du bénéficiaire, à défaut le chèque de garantie est encaissé dans les 45 jours.

Exclusions particulières :

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

17.3. - Visite d'un proche

En cas d'hospitalisation pour une durée de plus de 10 jours d'un assuré en déplacement dans le cadre des activités garanties, si celui-ci est seul sur place et si les médecins ne préconisent pas de rapatriement immédiat.

Mutuaide Assistance organise et prend en charge le déplacement aller/retour d'une personne désignée par l'assuré hospitalisé, et résidant en France métropolitaine, afin de se rendre à son chevet.

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

Aucune exigence de durée d'hospitalisation n'est demandée si le bénéficiaire hospitalisé est un enfant mineur.

Les frais d'hébergement de la personne qui se rend à votre chevet sont pris en charge à concurrence de 90 € par chambre et par nuit (petit déjeuner compris) et d'un montant maximum total de 450 €.

17.4. - Retour anticipé uniquement depuis l'étranger

Mutuaide Assistance organise et prend en charge le retour prématuré de l'assuré en déplacement à l'étranger dans le cadre des activités garanties en cas de décès en France du conjoint (ou concubin), d'un ascendant au premier degré ou descendant au premier degré.

La prise en charge du retour anticipé de l'assuré s'effectue sur la base d'un titre de transport aller/retour pour regagner le domicile, ou le lieu des obsèques en France.

La mise à disposition du titre de transport est immédiate mais, il sera demandé au bénéficiaire du retour anticipé de fournir, dès que possible, une copie du certificat de décès, ainsi que tout document utile permettant d'établir le degré de parenté.

17.5. - Rapatriement de corps

En cas de décès d'un assuré, Mutuaide Assistance organise et prend en

charge le transport de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine.

Mutuaide Assistance participe à concurrence de **500 € TTC** aux frais de cercueil utilisé pour le transport du corps organisé par elle. Les frais de cérémonie et d'inhumation restent à la charge de la famille.

En cas de décès à l'étranger uniquement, si la présence d'un ayant droit est requise par les autorités locales pour effectuer les démarches nécessaires au rapatriement, Mutuaide Assistance met à sa disposition et prend en charge un titre de transport aller/retour.

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

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

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

Modalités d'application et procédure de déclaration :

L'assuré ou toute personne agissant en son nom, doit aviser **Mutuaide Assistance** immédiatement verbalement et, au plus tard, dans les 48 heures suivant l'intervention.

Sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, dans les 5 jours suivant la date de facture, l'assuré, ou ses ayants droits, doit faire parvenir directement à Mutuaide Assistance :

- ▶ l'original de la (des) facture (s) acquittée (s) et faisant ressortir la date, les motifs et la nature de l'intervention,
- ▶ un certificat médical initial précisant la nature de l'atteinte corporelle grave, adressé sous pli confidentiel au Médecin Chef de Mutuaide Assistance,
- ▶ un certificat de décès ou un constat des autorités de police, suivant le cas.

Remboursement :

Le remboursement des frais se fait exclusivement à l'assuré ou à ses ayants droits, à l'exclusion de toute autre personne physique ou morale. Toute intervention et demande de remboursement non conforme à des dispositions entraîne la déchéance de tout droit à remboursement.

Article 18 - EXCLUSIONS GENERALES

- ▶ Saut à l'élastique
- ▶ Pratique professionnelle de toutes activités sportives, à l'exclusion de la pratique du Water Polo,
- ▶ **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.
- ▶ Affections ou lésions bénignes pouvant être traitées sur place et n'empêchant pas de poursuivre son voyage.
- ▶ Maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance.
- ▶ 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.
- ▶ Voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement.
- ▶ Etats de grossesse de plus de 6 mois (date présumée de conception) à moins d'une complication imprévisible.
- ▶ Convalescences et affections en cours de traitement et non encore consolidées.
- ▶ Suicide ou tentative de suicide, mutilation volontaire du bénéficiaire.
- ▶ 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 19 - 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 mail **medical@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 20 - 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.

ANNEXE : CAPITAL INVALIDITE (cf. Articles 12.2.1 et 12.2.2)

Taux	Licenciés	Dirigeants	Athlètes de Haut Niveau	Accident de trajet ou lors d'activités extra sportives
100%	61 000 €	90 000 €	130 000 €	23 000 €
99%	60 390 €	89 100 €	128 700 €	22 770 €
98%	59 780 €	88 200 €	127 400 €	22 540 €
97%	59 170 €	87 300 €	126 100 €	22 310 €
96%	58 560 €	86 400 €	124 800 €	22 080 €
95%	57 950 €	85 500 €	123 500 €	21 850 €
94%	57 340 €	84 600 €	122 200 €	21 620 €
93%	56 730 €	83 700 €	120 900 €	21 390 €
92%	56 120 €	82 800 €	119 600 €	21 160 €
91%	55 510 €	81 900 €	118 300 €	20 930 €
90%	54 900 €	81 000 €	117 000 €	20 700 €
89%	54 290 €	80 100 €	115 700 €	20 470 €
88%	53 680 €	76 032 €	114 400 €	20 240 €
87%	53 070 €	78 300 €	113 100 €	20 010 €
86%	52 460 €	77 400 €	111 800 €	19 780 €
85%	51 850 €	76 500 €	110 500 €	19 550 €
84%	51 240 €	75 600 €	109 200 €	19 320 €
83%	50 630 €	74 700 €	107 900 €	19 090 €
82%	50 020 €	73 800 €	106 600 €	18 860 €
81%	49 410 €	72 900 €	105 300 €	18 630 €
80%	48 800 €	72 000 €	104 000 €	18 400 €
79%	48 190 €	71 100 €	102 700 €	18 170 €
78%	47 580 €	70 200 €	101 400 €	17 940 €
77%	46 970 €	69 300 €	100 100 €	17 710 €
76%	46 360 €	68 400 €	98 800 €	17 480 €
75%	45 750 €	67 500 €	97 500 €	17 250 €
74%	45 140 €	66 600 €	96 200 €	17 020 €
73%	44 530 €	65 700 €	94 900 €	16 790 €
72%	43 920 €	64 800 €	93 600 €	16 560 €
71%	43 310 €	63 900 €	92 300 €	16 330 €
70%	42 700 €	63 000 €	91 000 €	16 100 €
69%	42 090 €	62 100 €	89 700 €	15 870 €
68%	41 480 €	61 200 €	88 400 €	15 640 €
67%	40 870 €	60 300 €	87 100 €	15 410 €
66%	40 260 €	59 400 €	85 800 €	15 180 €
65%	39 650 €	58 500 €	84 500 €	14 950 €
64%	39 040 €	57 600 €	83 200 €	14 720 €
63%	38 430 €	56 700 €	81 900 €	14 490 €
62%	37 820 €	55 800 €	80 600 €	14 260 €
61%	37 210 €	54 900 €	79 300 €	14 030 €
60%	36 600 €	54 000 €	78 000 €	13 800 €
59%	17 995 €	26 550 €	38 350 €	6 785 €
58%	17 690 €	26 100 €	37 700 €	6 670 €
57%	17 385 €	25 650 €	37 050 €	6 555 €
56%	17 080 €	25 200 €	36 400 €	6 440 €
55%	16 775 €	24 750 €	35 750 €	6 325 €
54%	16 470 €	24 300 €	35 100 €	6 210 €
53%	16 165 €	23 850 €	34 450 €	6 095 €
52%	15 860 €	23 400 €	33 800 €	5 980 €
51%	15 555 €	22 950 €	33 150 €	5 865 €

Taux	Licenciés	Dirigeants	Athlètes de Haut Niveau	Accident de trajet ou lors d'activités extra sportives
50%	15 250 €	22 500 €	32 500 €	5 570 €
49%	14 945 €	22 050 €	31 850 €	5 635 €
48%	14 640 €	21 600 €	31 200 €	5 520 €
47%	14 335 €	21 150 €	30 550 €	5 405 €
46%	14 030 €	20 700 €	29 900 €	5 290 €
45%	13 725 €	20 250 €	29 250 €	5 175 €
44%	13 420 €	19 800 €	28 600 €	5 060 €
43%	13 115 €	19 350 €	27 950 €	4 945 €
42%	12 810 €	18 900 €	27 300 €	4 830 €
41%	12 505 €	18 450 €	26 650 €	4 715 €
40%	12 200 €	18 000 €	26 000 €	4 600 €
39%	11 895 €	17 550 €	25 350 €	4 485 €
38%	11 590 €	17 100 €	24 700 €	4 370 €
37%	11 285 €	16 650 €	24 050 €	4 255 €
36%	10 980 €	16 200 €	23 400 €	4 140 €
35%	10 675 €	15 750 €	22 750 €	4 025 €
34%	10 370 €	15 300 €	22 100 €	3 910 €
33%	4 026 €	5 940 €	8 580 €	1 518 €
32%	3 904 €	5 760 €	8 320 €	1 472 €
31%	3 782 €	5 580 €	8 060 €	1 426 €
30%	3 660 €	5 400 €	7 800 €	1 380 €
29%	3 538 €	5 220 €	7 540 €	1 334 €
28%	3 416 €	5 040 €	7 280 €	1 288 €
27%	3 294 €	4 860 €	7 020 €	1 242 €
26%	3 172 €	4 680 €	6 760 €	1 196 €
25%	3 050 €	4 500 €	6 500 €	1 150 €
24%	2 928 €	4 320 €	6 240 €	1 104 €
23%	2 806 €	4 140 €	5 980 €	1 058 €
22%	2 684 €	3 960 €	5 720 €	1 012 €
21%	2 562 €	3 780 €	5 460 €	966 €
20%	2 440 €	3 600 €	5 200 €	920 €
19%	2 318 €	3 420 €	4 940 €	874 €
18%	2 196 €	3 240 €	4 680 €	828 €
17%	2 074 €	3 060 €	4 420 €	782 €
16%	1 952 €	2 880 €	4 160 €	736 €
15%	1 830 €	2 700 €	3 900 €	690 €
14%	1 708 €	2 520 €	3 640 €	644 €
13%	1 586 €	2 340 €	3 380 €	598 €
12%	1 464 €	2 160 €	3 120 €	552 €
11%	1 342 €	1 980 €	2 860 €	506 €
10%	1 220 €	1 800 €	2 600 €	460 €
9%	1 098 €	1 620 €	2 340 €	414 €
8%	976 €	1 440 €	2 080 €	368 €
7%	854 €	1 260 €	1 820 €	322 €
6%	732 €	1 080 €	1 560 €	276 €
5%	610 €	900 €	1 300 €	230 €
4%	488 €	720 €	1 040 €	184 €
3%	366 €	540 €	780 €	138 €
2%	244 €	360 €	520 €	92 €
1%	122 €	180 €	260 €	46 €

Le licencié a la possibilité de renoncer à souscrire aux garanties Individuelle Accident (d'un coût de 0,16 € TTC par licencié et 0,05 € TTC par bébé nageur) et donc à toute couverture en cas d'accident corporel.