



GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

ACCORD COLLECTIF N° 2220

FEDERATION FRANCAISE DE PLANEURS ULTRA LEGERS MOTORISES (FFPLUM)

(96 bis, rue Marc Sangnier - 94700 MAISONS-ALFORT)



GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT

OPERATION PRESENTEE PAR AIR COURTAGE ASSURANCES

Hôtel d'entreprises « Pierre Blanche »

330 Allée des Lilas - 01155 ST VULBAS

S.A.R.L. de courtage d'assurances au Capital de 50 400 €

422 480 145 RCS Bourg en Bresse – APE 6622 Z - N° TVA Intracommunautaire : FR35422480145

Inscrit à l'ORIAS n° 07 000 679 – www.orias.fr



2/4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - Tél. : 01 53 04 86 86 - Fax : 01 53 04 86 87
par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Mutuelle immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren n° 422 801 910

SOMMAIRE GENERAL

ARTICLE LIMINAIRE

Représentation des licenciés à l'assemblée générale de la MDS	P. 3
--	------

TITRE I - DISPOSITIONS COMMUNES

1) Objet	P. 5
2) Assurés	P. 5
3) Activités garanties	P. 6
4) Etendue géographique des garanties	P. 7
5) Prise d'effet de la garantie à l'égard des licenciés	P. 7
6) Déclaration d'accident – Obligation de l'assuré	P. 7
7) Assurances cumulatives	P. 8
8) Prescription	P. 8
9) Réclamation / Médiation	P. 9
10) Informatique et Liberté	P. 9

TITRE II - GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT

11) Définitions	P. 11
12) Garanties Individuelle Accident / Modalités	P. 12
13) Tableau des garanties et cotisations	P. 13
14) Règlements des prestations – Formalités à remplir en cas d'accident	P. 14
15) Exclusions	P. 15

TITRE III - CONDITIONS GENERALES D'APPLICATION DU PRESENT ACCORD COLLECTIF

16) Prise d'effet et durée	P. 16
17) Cotisations	P. 16
18) Mandat d'encaissement des cotisations	P. 17
19) Information des licenciés, devoir de conseil	P. 17
20) Protection des données à caractère personnel	P. 17
21) Sécurité des données	P. 17

TITRE IV - CLAUSE DE PARTICIPATION AUX RESULTATS

ARTICLE LIMINAIRE

REPRESENTATION DES LICENCIES A L'ASSEMBLEE GENERALE DE LA MDS

Les licenciés de la FFPLUM bénéficiant du présent Accord collectif 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 à 14 des statuts susvisés, 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.

TITRE I

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 FFPLUM, de ses Associations, Clubs et organismes affiliés, conformément aux dispositions du Code du Sport.

Article 2 : ASSURES :

2.1. – INDIVIDUELLE ACCIDENT « PRATIQUANT » :

2.2.1. – Assuré

Toute personne physique, licenciée à la FFPLUM, quelle que soit sa nationalité ou son pays de résidence, et quel que soit son âge, ayant souscrit la garantie INDIVIDUELLE ACCIDENT PRATIQUANT.

2.2.2. – Objet de la garantie

Il s'agit de garantir tout accident corporel dont serait victime l'assuré au cours des activités garanties.

Les garanties s'exercent tant pour les accidents survenus en vol qu'au sol, que pendant les périodes d'entraînement, d'instruction et compétitions.

Les accidents survenus lors des activités associatives, sportives, récréatives, éducatives sont également garantis.

La garantie s'exerce :

- pour toutes les activités garanties.
- quelle que soit la qualité de l'adhérent (pilote, instructeur, élève, passager) au moment de l'accident.

2.2. – INDIVIDUELLE ACCIDENT « PASSAGER »

2.2.1. – Souscripteur

Le pilote titulaire de l'autorisation « emport de passager » licencié auprès de la FFPLUM qui souscrit cette garantie pour le compte de son passager non dénommé en cas d'accident

2.2.2. – Assuré

Le passager non dénommé transporté par le pilote souscripteur de la garantie proposée la FFPLUM, quelle que soit sa nationalité, son pays de résidence ou son âge.

2.2.3. – Objet de la garantie

Il s'agit de garantir tout accident corporel dont serait victime l'occupant non dénommé de la place passager du pilote ayant souscrit la garantie.

La garantie s'exerce :

- pour toutes les activités garanties
- lorsque le passager monte à bord, est à bord de l'aéronef (quels que soient sa qualité ou son rôle à bord), et en descend, que l'accident ait lieu lors de la préparation du vol, lors de phases de vol, de décollage ou d'atterrissage.

2.2.4. – Cas particulier des instructeurs

Il est entendu que l'élève en lâcher seul à bord aura la qualité de passager et bénéficiera de l'IA PASSAGER souscrite par son instructeur.

2.3. – INDIVIDUELLE ACCIDENT « A LA PLACE »

2.3.1. – Souscripteur

La structure affiliée à la FFPLUM qui opte expressément pour cette garantie attachée à son ULM **identifié à la souscription**.

2.3.2. – Assuré

- ✦ Pour les ULM monoplace : l'occupant de la place pilote de l'ULM identifié à la souscription, quelle que soit sa nationalité, son pays de résidence ou son âge.
- ✦ Pour les ULM biplace : les occupants des places pilote et passager de l'ULM identifié à la souscription, quelle que soit sa nationalité, son pays de résidence ou son âge.

2.3.3. – Objet de la garantie

Il s'agit de Garantir tout accident corporel dont serait victime l'assuré.

La garantie s'exerce lorsque l'assuré monte à bord, est à bord de l'aéronef (quels que soient sa qualité ou son rôle à bord : quels que soient sa qualité ou son rôle à bord : pilote, élève pilote, passager, instructeur), et en descend, lors des phases de décollage et/ou atterrissage.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES :

De manière générale, toutes les activités statutaires et/ou agréées et/ou représentées par la FFPLUM dont notamment (liste non exhaustive) :

- Toutes les activités requises et/ou pratiquées dans le cadre des activités statutaires, connexes ou annexes de la FFPLUM,
- Les vols ou activités d'entraînement, de perfectionnement, de promotion,
- Les vols école : tout type de formation y compris ab initio, vols de prorogation, renouvellement de classe, renouvellement de qualification de type,
- La pratique de l'instruction en général conformément à la réglementation en vigueur,
- Les activités autorisées par l'article L212-1 Code du sport,
- La pratique de loisir et/ou de compétition -autonome ou encadrée, les tentatives de record, l'enseignement ou l'encadrement de ces activités avec la mise en œuvre des moyens nécessaires (dont treuil, simulateur, remorquage...),
- Les activités annexes ou connexes et notamment récréatives, sportives, éducatives, entraînements, qu'elles s'effectuent au sol ou en vol, ainsi que l'animation, l'encadrement ou l'enseignement de ces activités.

Par conséquent seront couverts par le présent Accord collectif (liste donnée à titre indicatif et non exhaustif) :

- Tous les accidents survenus à l'occasion de la pratique assurée que ce soit au sol ou en évolution, y compris activités associatives, sportives, éducatives et récréatives, mêmes non organisées, dès lors qu'elles se déroulent dans les locaux ou sur tous les lieux de pratique de l'activité ;
- Tous les accidents dont est victime l'assuré lorsqu'il monte à bord d'un aéronef, est à son bord (quelle que soit sa qualité et son rôle à bord), ou lorsqu'il descend de l'aéronef.
- Tous les malaises survenant au cours de la pratique assurée ;
- Tous les accidents survenus à l'occasion de trajets pour le retour entre le lieu d'atterrissage et la base de décollage ;

- Tous les accidents survenant lors des déplacements collectifs et voyages organisés par la fédération, toute structure affiliée ou agréée ou pour son compte, lorsque ceux-ci s'exercent dans le cadre de la pratique des activités assurées ;
- Tous les accidents survenant aux membres en mission, dont notamment les médecins en mission ;
- Tous les accidents survenant au cours des déplacements individuels, quel que soit le mode de déplacement utilisé, vers l'environnement spécifique ou aéronautique de la garantie ;
- Tous les accidents survenus lors de l'assemblage, du montage, de la manutention et des travaux rendus nécessaires dans le cadre de la construction amateur d'un aéronef
- Tous les accidents survenus lors de la préparation du vol, la manutention ou le hangarage de l'aéronef ;
- Tous les accidents survenant lors des activités de maintenance effectuées dans le cadre du suivi d'entretien obligatoire.
- L'usage des équipements de l'Assuré ainsi que de tous matériels mis en œuvre dans le cadre des Activités assurées.
- Les vols de démonstrations ou participation à des manifestations aériennes, compétitions (également de type SLALOMANIA), tentatives de record et à leurs essais, y compris lorsque la vitesse est le facteur essentiel de classement des concurrents.
- La pratique du parapente et du delta à titre privé. On entend par usage privé la pratique récréative pour propre compte avec emport de passager non payant et sans participation à des compétitions, stages de perfectionnement, etc.

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

Les garanties du présent contrat s'exerceront dans le **Monde Entier**.

Article 5 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

Quelle que soit la garantie INDIVIDUELLE ACCIDENT concernée (PRATIQUANT, PASSAGER ou A LA PLACE), celle-ci prend effet de la manière suivante :

- ✓ En cas de souscription en ligne sur le site de la fédération : la garantie est acquise dès réception de l'e-mail de confirmation automatique par l'adhérent. Cet e-mail de retour est adressé automatiquement par le système et confirme la prise de licence et l'effet de la garantie d'assurance.
- ✓ En cas d'envoi par courrier (à la fédération, à une structure affiliée ou au courtier) : la prise de garantie d'assurance ne pourra pas être antérieure à la date du cachet de la poste.

Article 6 - DECLARATION 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.

La MDS adressera dans les 10 jours suivant la déclaration de sinistre remise par AIR COURTAGE ASSURANCES, un accusé de réception de cette déclaration comportant le n° de dossier et éventuellement les demandes de renseignements complémentaires ou les coordonnées du ou des experts désignés.

Pour faciliter et accélérer la connaissance des déclarations d'accident, la Mutuelle met à la disposition de ses adhérents un **NUMERO VERT (0.800.857.857)** utilisable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Ce service ne peut se substituer en matière de preuve à l'envoi d'une déclaration écrite de sinistre (selon les procédures normalement applicables), cette dernière restant en toute hypothèse obligatoire.

La non-déclaration ou la déclaration passés les délais ci-dessus entraîne la déchéance de garantie dans la mesure où le retard, non imputable à un cas fortuit ou de force majeure, aura causé un préjudice aux assureurs.

L'assuré doit en outre :

- indiquer dans les plus brefs délais la date, la nature et les circonstances du sinistre, ses causes et ses conséquences, connues ou présumées, le montant approximatif des dommages,
- prendre immédiatement toutes les mesures nécessaires pour limiter l'importance du sinistre et sauvegarder les biens assurés. Lorsque les pertes ou dommages sont imputables à autrui, il doit également prendre toutes mesures nécessaires pour conserver à l'assureur le recours, et prêter son concours pour engager les poursuites nécessaires,
- en ce qui concerne les sinistres susceptibles d'engager une Responsabilité, indiquer les nom et adresse des responsables, personnes lésées et des témoins, transmettre dans le plus bref délai tous avis, lettres, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédure qui seraient adressés, remis ou signifiés, à lui-même ou à ses déposés.

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 fausse 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 / MEDIATION

En cas de désaccord sur l'application des garanties de la M.D.S., l'assuré peut présenter sa réclamation au Service Réclamations de la M.D.S. :

- ↗ par voie postale à : **MUTUELLE DES SPORTIFS – Service Réclamations – 2/4 rue Louis David – 75782 Paris Cedex 16**
- ↗ par messagerie électronique à : **reclamations@grpmds.com**
- ↗ par télécopie au : **01.53.04.86.10**
- ↗ par téléphone au : **01.53.04.86.30** (numéro non sur-taxé) ; dans ce dernier cas, une confirmation écrite du réclamant doit être adressée au Service Réclamations.

Le Service Réclamations s'engage à :

- ↗ accuser réception de la réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation écrite, sauf si la réponse est apportée dans ce délai,
- ↗ tenir le réclamant informé du déroulement du traitement de sa réclamation,
- ↗ traiter la réclamation dans le délai maximal de 2 mois à compter de la réception de la réclamation écrite.

Si le désaccord subsiste après examen de la réclamation, l'assuré a la faculté de saisir le Médiateur de la consommation auprès du Groupe MDS en formulant sa demande, par voie postale sous pli confidentiel à l'adresse suivante : Monsieur Philippe BORGAT (PhB expertise et conseil), Médiateur de la consommation auprès du Groupe M.D.S. – 6 rue Bouchardon – 75010 PARIS, ou par voie de dépôt en ligne d'une demande de médiation sur le site du Médiateur : <http://mediation.mutuelle-des-sportifs.com>.

Le Médiateur intervient selon les modalités et dans les limites définies dans la Charte de la Médiation de la consommation auprès du Groupe MDS, charte dont une copie est communiquée à l'assuré sur simple demande de sa part adressée au Service Réclamations.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas à l'assuré qui conserve la faculté de saisir le tribunal compétent afin de le faire statuer sur le litige qui l'oppose à la M.D.S..

Article 10 : INFORMATIQUE ET LIBERTE

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion du présent Accord collectif.

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).

TITRE II

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 : DEFINITIONS

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

11.1. – Accident :

Seront couverts au titre de l'Individuelle Accident toutes les atteintes corporelles, non intentionnelles subies par l'assuré ou le bénéficiaire dans le cadre de sa pratique des activités assurées, provenant de l'action soudaine d'un événement fortuit. Par extension, seront garanties les maladies qui seraient la conséquence directe de ce type d'atteintes corporelles. Cet événement doit intervenir dans le cadre de la pratique d'une activité assurée.

Sont considérées comme constituant une action soudaine d'un événement fortuit l'insolation, la noyade, l'hydrocution, l'asphyxie, l'attentat, l'agression, les actes de terrorisme, les morsures d'animaux, les piqûres d'insectes, les empoisonnements dus à l'absorption de substances toxiques ou corrosives, les accidents de la circulation, les gelures, cécité, ophtalmie des neiges, congestion, mal des montagnes, œdème pulmonaire. De même demeurent couverts les malaises cardiaques ou accidents vasculaires cérébraux survenus au cours de l'activité garantie ou en phase de récupération.

NB : les lésions aux membres ou organes déjà invalides avant l'accident ne seront indemnisés que pour la différence entre l'état antérieur et l'état postérieur à l'accident.

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 des Accidents du Travail qui sera utilisé (cf. article 11.3. ci-dessous).

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

11.3. - Barème des Accidents du Travail

Il s'agit du barème utilisé pour apprécier les déficits fonctionnels séquellaires visés à l'Article 11.2.

11.4. - 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.

11.5. - 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 INDIVIDUELLE ACCIDENT / MODALITES

Les montants des garanties sont précisés aux « **Tableaux des garanties et cotisations** » figurant à l'Article 13.

Pour leur mise en œuvre, il convient de se reporter aux précisions et modalités ci-après exposées.

12.1- Capital Invalidité :

En cas d'invalidité permanente immédiate, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est indiqué aux « **Tableaux des garanties et cotisations** » figurant à l'Article 13.

Le montant indiqué audit tableau correspond au capital versé pour une invalidité de 100%. Pour les taux inférieurs, la somme versée correspond au capital maximum multiplié par le taux d'invalidité.

Aucun capital n'est versé pour un taux d'invalidité inférieur à 15%.

Le taux d'invalidité est fixé, d'après le Barème des Accidents du Travail, 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.

12.2- Capital Décès :

En cas de décès, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant est indiqué aux « **Tableaux des garanties et cotisations** » figurant à l'Article 13.

Toute mort subite intervenant au cours des activités garanties est assimilée à un accident.

En l'absence de stipulation expresse contraire de l'assuré, le capital décès est versé au bénéficiaire expressément désigné par l'assuré lors de la souscription de la licence.

A défaut de désignation écrite, les bénéficiaires en cas de décès seront les ayants droits selon l'ordre de dévolution successorale prévue par le Code Civil.

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

12.3- Frais de soins de santé :

Les remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation s'effectuent à concurrence des frais réels exposés et dans les limites précisées ci-après aux paragraphes a) et b), **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.

a) Frais médicaux, pharmaceutiques et de transport :

Ce poste d'indemnisation comprend notamment les honoraires de consultations médicales, les frais de traitements chirurgicaux, pharmaceutiques, d'ambulance ou autres véhicules d'urgence d'hôpital ou de clinique mis à sa charge ou exposés sur prescription médicale à la suite d'un accident, sans franchise.

Seront également compris les frais de laboratoire, de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, frais de premier appareillage, frais dentaires y compris prothèse dentaire, frais d'optique, y compris le remplacement des lunettes à verres correcteurs.

Le plafond d'indemnisation est fixé à 1.000 €.

b) Frais de thérapie sportive :

Ce poste d'indemnisation comprend notamment les frais de rééducation de l'assuré dans un centre spécialisé dans la traumatologie du Sport.

Le plafond d'indemnisation est fixé à 4.500 €.

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

Article 13 : TABLEAUX DES GARANTIES ET COTISATIONS

Les montants des capitaux indiqués aux Articles 13.1 à 13.3 ci-après représentent le capital TOTAL souhaité en Invalidité et Décès.

13.1- INDIVIDUELLE ACCIDENT « PRATIQUANT » :

CAPITAUX	10.000 €	30.000 €	50.000 €	75.000 €	100.000 €	150.000 €	200.000 €
Cotisation TTC	29 €	64 €	89 €	173 €	353 €	461 €	615 €
<i>Cotisation HT</i>	26,08 €	57,54 €	80,02 €	155,55 €	317,40 €	414,50 €	552,97 €

13.2- INDIVIDUELLE ACCIDENT « PASSAGER » :

CAPITAUX	10.000 €	30.000 €
Cotisation TTC	29 €	64 €
<i>Cotisation HT</i>	26,08 €	57,54 €

13.3- INDIVIDUELLE ACCIDENT « A LA PLACE » :

Le montant des capitaux Invalidité et Décès est de 10.000 €

13.3.1 : ULM Monoplace

CAPITAUX	10.000 €
Cotisation TTC	29 €
<i>Cotisation HT</i>	26,08 €

13.3.1 : ULM Biplace

CAPITAUX	10.000 €
Cotisation TTC	39 €
<i>Cotisation HT</i>	35,07 €

Article 14 : REGLEMENT DES PRESTATIONS : FORMALITES A REMPLIR EN CAS CAS D'ACCIDENT

14.1. - 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.

14.2. - 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.

14.3 - 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 livret de famille ou un extrait d'acte de naissance.
- une attestation de dévolution successorale établie par le notaire chargé de la succession
- copie d'une pièce d'identité en cours de validité du ou des héritiers

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

Article 15 : EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties :

- **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.**

TITRE III

CONDITIONS GENERALES D'APPLICATION DU PRESENT ACCORD COLLECTIF

Article 16 - PRISE D'EFFET ET DUREE

Le présent Accord Collectif est conclu pour une période ferme de 4 ans, soit pour la période du 1^{er} octobre 2020 au 31 décembre 2024.

Il est précisé que :

- ↪ l'échéance anniversaire dudit Accord collectif est fixée au 1^{er} janvier.
- ↪ la prise d'effet des garanties est fixée au 1^{er} octobre 2020 en ce qui concerne les nouveaux licenciés uniquement, les renouvellements s'effectuant au 1^{er} janvier 2021.

Pour chaque année fédérale N, la règle suivante sera applicable :

- ↪ la garantie concernée prendra effet à la date à laquelle le licencié se sera acquitté de sa licence et acquitté du règlement de l'assurance IA selon les modalités stipulées à l'Article 5 « Prise d'effet de la garantie ».
- ↪ Elle expirera toujours de plein droit au 31 décembre à minuit de l'année de N.

Les années d'assurances seront donc les suivantes :

- ↪ Année 2021 : Du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021
- ↪ Année 2022 : Du 1^{er} janvier 2022 au 31 décembre 2022
- ↪ Année 2023 : Du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023
- ↪ Année 2024 : Du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2024

Dérogation à la règle :

Toutefois, pour les nouveaux licenciés qui ne disposaient pas de licence fédérale jusqu'alors, il sera prévu que la garantie pourra être souscrite de manière anticipée à compter du 1^{er} octobre.

Pour ceux-ci les années d'assurances seront donc les suivantes :

- ↪ Année 2021 : Du 1^{er} octobre 2020 au 31 décembre 2021
- ↪ Année 2022 : Du 1^{er} octobre 2021 au 31 décembre 2022
- ↪ Année 2023 : Du 1^{er} octobre 2022 au 31 décembre 2023
- ↪ Année 2024 : Du 1^{er} octobre 2023 au 31 décembre 2024

Article 17 – COTISATIONS

La cotisation unitaire (tenant compte du coût des garanties Individuelle Accident ainsi que des taxes en vigueur) est fixée comme indiqué aux tableaux des garanties et cotisations figurant aux Articles 12.3 et 13.3.

En cas de non-paiement d'une cotisation, d'un complément ou fraction de cotisation, dans les DIX JOURS de son échéance, la M.D.S. adresse à la Fédération une lettre recommandée de mise en demeure. Le contrat peut être alors suspendu pendant TRENTE JOURS puis résilié DIX JOURS après l'expiration de ce délai de trente jours.

Article 18 : MANDAT D'ENCAISSEMENT DES COTISATIONS

La Fédération percevra, selon les procédures internes qu'elle jugera sous sa responsabilité les mieux appropriées, les cotisations unitaires dues par chaque adhérent à la M.D.S.

Conformément à la législation applicable en milieu sportif, chaque licencié doit avoir connaissance du coût exact de ses garanties, lequel doit être strictement identique aux montants précisés à l'Articles 13.

AIR COURTAGES ASSURANCES s'engage à adresser à la M.D.S. :

- tous les trois mois un état détaillé des licenciés accompagné du règlement des cotisations correspondantes,
- chaque fin de saison et avant le 31 décembre, un état total des licenciés permettant la régularisation de la cotisation.

En cas de divergence avec les chiffres communiqués à d'autres organismes, tels que par exemple Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, la Fédération 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 Mutuelle.

Article 19 : INFORMATION DES LICENCIÉS, DEVOIR DE CONSEIL

La Fédération remet à chacun de ses licenciés, à l'occasion de la prise ou du renouvellement de leur licence, une copie du contrat ainsi que la notice d'information correspondante.

Tous les documents d'information, édités par la Fédération, ayant trait à l'assurance des licenciés, doivent avoir reçu l'accord préalable de la M.D.S.

Article 20 : PROTECTION DES DONNÉES A CARACTÈRE PERSONNEL

En application du règlement européen n°2016-679 relatif à la protection des données et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés, les informations personnelles recueillies font l'objet d'un traitement dont le responsable est la Mutuelle des Sportifs et dont la finalité porte pour la gestion des garanties du présent Accord collectif.

Ces données seront conservées pour les durées nécessaires à la réalisation des finalités énumérées ci-dessus et conformément aux obligations légales et réglementaires.

La Mutuelle des Sportifs s'engage notamment au respect des obligations ci-dessous et à en justifier auprès de la Fédération à sa demande :

- Informer et/ou permettre l'information des personnes concernées par les traitements en vertu de la réglementation relative à la protection des données personnelles,
- Habilitier les membres de son personnel qui sont susceptibles d'accéder aux données à caractère personnel et gérer ces habilitations,
- Informer sans délai la Fédération de tout événement ou incident, volontaire ou accidentel, relatif à la confidentialité, l'intégrité et à la sécurité des données à caractère personnel traitées, notamment toute atteinte, perte, vol, divulgation, destruction ou accès non autorisé,
- Coopérer avec les autorités de protection des données compétentes, notamment en cas de demande d'information qui pourrait leur être adressée ou en cas de contrôle ;
- Informer immédiatement la Fédération de toute requête provenant d'une autorité française ou étrangère, administrative ou judiciaire, affectant, en tout ou partie, les données à caractère personnel.

La personne concernée dispose, conformément à la réglementation en vigueur, d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, d'effacement, de limitation, d'un droit à la portabilité et d'un droit de donner des instructions relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données après son décès, droits qui peuvent être exercés :

- par voie électronique à l'adresse suivante RGPD@mutuelle-des-sportifs.com,
- par voie postale à l'adresse du siège social de la Mutuelle des Sportifs,

en précisant ses nom, prénom, adresse postale et en joignant une copie recto-verso de sa pièce d'identité.

En cas de contestation portant sur le traitement, une réclamation peut être adressée à la CNIL par la personne concernée, en ligne ou par voie postale.

Article 21 : SECURITE DES DONNÉES

L'Assureur s'engage à assurer la sécurité et la confidentialité de l'ensemble des données échangées ou stockées dans le cadre de la réalisation du présent Accord collectif et empêcher leur accès à des tiers non autorisés pendant sa durée.

L'Assureur garantit également l'intégrité des données par la mise en place de dispositifs de sécurité appropriés, tant pour la transmission des données sur le réseau que pour leur stockage ainsi que leur traitement. A ce titre, l'Assureur prendra toutes les mesures nécessaires destinées à éviter la perte, la destruction, la modification ou l'altération des données.

Le cas échéant, la reconstitution des données est à la charge de l'Assureur. Les données ne peuvent être saisies, stockées, transportées, traitées ou diffusées que dans des environnements garantissant leur sécurité.

Lorsque l'Assureur a accès à des données nominatives ou sensibles au sens de la Loi Informatique et Libertés, il s'engage à mettre en place toutes les mesures adéquates pour préserver la confidentialité desdites données.

TITRE IV

CLAUSE DE PARTICIPATION AUX RESULTATS

1 – Compte de résultat :

Un compte de résultat de la convention est établi chaque année, dans les trois mois suivant la fin de chaque exercice et ce pour ledit exercice.

Ce compte comprend :

- **Au crédit :**
 - toutes les cotisations acquises à l'exercice considéré,
 - la provision constituée le cas échéant au 1^{er} janvier de l'exercice considéré pour les prestations à payer
- **Au débit :**
 - tous les sinistres payés dans l'exercice annuel d'assurance du 1^{er} janvier au 31 décembre,
 - les provisions constituées pour prestations à payer ou restant à payer afférentes à des sinistres connus ou non connus survenus pendant la période d'assurance et avant le 31 décembre de l'exercice considéré,
 - les frais d'édition d'imprimés réglementaires supportés par MDS, les frais de communication et de diffusion supportés par MDS, plus généralement, les frais imputés par MDS à la gestion du risque et des prestations pendant l'exercice étant précisé que le montant de ces frais tiendra compte des décisions annuelles prises en commun entre la MDS, la Fédération et le courtier,
 - les versements effectués au titre des éventuels budgets de partenariat accordés par la MDS à la Fédération.

2 – Affectation du résultat et provision pour égalisation :

Si le résultat de l'exercice déterminé par application de l'article 1 **est bénéficiaire**, 50% de celui-ci est affecté en priorité à une provision d'égalisation, laquelle est plafonnée à une année de cotisation annuelle. Le solde positif du résultat, après le prélèvement précédent et imputation éventuelle de la perte à reporter antérieure, est partagé par moitié entre la Mutuelle des Sportifs et la Fédération.

Si le résultat de l'exercice déterminé par application de l'article 1 **est déficitaire**, la perte est imputée sur la provision pour égalisation. Dans le cas où cette provision serait insuffisante, le déficit non absorbé est reporté et il est impérativement procédé à un réexamen des partenariats.

3 – Information des licenciés de la Fédération :

Les licenciés de la Fédération devant être les bénéficiaires de cette participation aux bénéfices, ces derniers doivent être informés en Assemblée Générale du montant reversé par la Mutuelle et de son utilisation prévue par la Fédération.

4 – Résiliation du contrat :

Si le contrat venait à être résilié, la provision pour égalisation constituée serait partagée également par moitié entre les parties.

Fait à Paris le 23 septembre 2020, en trois exemplaires originaux

LE PRESIDENT DE LA FEDERATION FRANCAISE
DE PLANEURS ULTRA LEGERS MOTORISES
Sébastien PERROT

LE DIRECTEUR GENERAL DE LA
MUTUELLE DES SPORTIFS
Isabelle SPITZBARTH

Pour AIR COURTAGE ASSURANCES