

4. - **SARINTE**: (art 12.5. article remboursement à la date de constitution de l'équipe de l'assuré)

INVALIDITE PERMANENTE (3) ACCIDENT DE SPORT (jeu de ballon)	1 000 000 € (capital réductible en fonction du taux d'invalidité), versé en totalité si celui-ci est supérieur à 80% (1) (2) Avant la constitution, le capital est versé par versements mensuels qui s'ajoutent à l'indemnité de lésion tout le long d'une invalidité permanente pré-visible supérieure ou égale à 80%, le BCDI est versé un capital forfaitaire irrévocable de 100 000 € (capital investit acquis en cas de rachat, s'il le cas échéant n'a été pas à la constitution le taux de 80%) (3) A la constitution et si le taux d'invalidité atteint ou excède 80%, il est versé le solde du capital versé au lésé, soit la différence entre le capital de 1 000 000 € et le forfait irrévocable de 100 000 € précédemment réglé. (1) En cas d'invalidité inférieure à 80%, capital versé sur la base de 10 000 € (réductible en fonction du taux d'IPP)
INVALIDITE PERMANENTE (3) ACCIDENT AUTRE QUE DE SPORT	40 000 € pour 10% d'invalidité (capital réductible en fonction du taux d'invalidité) (forfaitaire et de 4%)
DECES (3)	Mont de 0,25 fois l'âge (jusqu'à 100€) et Mont de 12 ans : 15 000 € (1) Mont de 20 ans : 31 000 € (2) Mont de 30 ans : 47 € (3) 10% par année à la charge

Prise de soins de santé (1) Prévalence des hospitalisations	300 jours de remboursement Frais réels	Prise de prothèses dentaires Appareil orthodontique Dix de lunettes ou de lentilles	300€ dent 300€ 300€	Appareil et matériel divers (canne, lunettes, fauteuil roulant...)	300€ base 10 300€
--	---	--	---------------------------	---	----------------------

CAPITAL SANTE 1 000 € par accident

Au-delà des prestations de base définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un CAPITAL SANTE disponible en totalité à chaque accident. Un à 66 euros ou égal à l'occasion d'un premier accident, il se constitue en cas d'accident ultérieur. L'assuré pourra disposer de ce capital pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoires et complémentaires, et sur justification, de toutes les dépenses suivantes :

- Frais médicaux, médicaux ou chirurgicaux - Prestations non remboursées ou non remboursées par la Sécurité Sociale - Lunettes et lentilles - Prothèses dentaires - En cas d'accident, la gestion pour l'habitat particulière dans le cas de lésion des trois murs (les suppléments de charges pour l'habitat) - Ménages, tâches ménagères, etc. ne sont pas pris en compte / - Soins de soins à domicile, soit délégués d'un parent ou d'un proche pour l'habitat des trois murs / - Frais de transport des personnes pour le rendre de leur domicile ou de leur activité habituelle, autres soins, soins médicaux - Frais de régimes prescrits et protégés par un médecin spécialiste - Et d'une façon générale tous les frais de santé pour un même problème.

Prise de 1^{er} transport (1) Indemnité Hospitalisation	1. Transport aux soins prescrits Frais réels	Prise de réinsertion professionnelle	4 500 €
Indemnité Hospitalisation	184 (jour) ou 100 (jour)	Prise de soins à domicile	316 (heure de soins) (jour) ou 10 (heure)
Indemnité Journalière d'Action et d'Action de la Ligue	224 (jour) ou 13 (jour)	Indemnité Journalière d'Action de la Ligue des Athlètes et Athlètes	224 (jour) ou 13 (jour)

(1) L'assuré ne bénéficie pas d'un régime de Sécurité Sociale versant les remboursements liés au caractère de lésion et/ou au caractère sportif de l'accident.
 (2) En l'absence de disposition expresse contraire de l'assuré, le capital santé est versé au capital non décaissé, non affecté de verse par jugement à défaut par parts égales aux enfants nés ou à naître, à défaut au conjoint survivant ou au partenaire lié et assuré par une partie civile de l'accident, à défaut aux héritiers légaux, à défaut au Fonds National de Solidarité et d'Action Mutualistes.
 (3) Le bénéfice sera appliqué en tenant abstraction du taux d'invalidité éventuellement préexistant du lésé qui aura été préexistant et/ou la conséquence d'un accident pris en charge par la S.D.S. Seule la majoration du lésé ou d'un autre régime de lésion sera prise en compte. Pour l'application de la loi de l'assuré, il est précisé que si l'assuré est assuré par la S.D.S. et qu'il est l'objet d'une prestation de soins d'invalidité déjà attribuée, soit en cas d'accident survenu, soit en cas d'aggravation de son état, le capital de la S.D.S. est égal à la différence entre le capital de la S.D.S. d'invalidité majoré et le capital déjà versé au titre d'invalidité préexistant.

5. - **EXCLUSIONS** : « La prise en charge professionnelle de toutes activités sportives » Les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès - Les suicides volontaires et accidents ou tentatives de suicide - Les accidents consécutifs par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, révolte, mouvement populaire ou autre Pathologie à plus ou moins part active - Les accidents qui résultent de la participation de l'assuré à des jeux, sauf en cas de lésion défensive - Les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladie dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré - Les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogue ou de stupéfiants par l'assuré

RECLAMATIONS : En cas de réclamation, l'assuré peut s'adresser au Service Réclamation :
 ☎ 01 53 46 06 30 - 📠 01 53 46 06 70 - ✉ reclamation@mgp.gnyssac.com - 📠 Groupe MDS - Service Réclamation - 28 rue Leclerc David 75782 Paris Cedex 16

31 ASSISTANCE RAPATRIEMENT (extraît du contrat n° 40279 36A souscrit auprès de la MAF)

MAF ASSISTANCE est joignable 24h/24
 A 05 40 36 80 27, si vous êtes en France / A +33 5 40 36 80 27, si vous êtes à l'étranger

ASSISTANCE AUX PISCINES	
Transport à domicile	Frais réels
Attente sur place d'un pompier	30€/heure, maximum 7 nuits
Voyage aller et retour d'un pêche (si l'assuré hospitalisé à plus de 7 jours)	30€/heure, maximum 7 nuits
Prévention de séjour pour raison médicale	30€/heure, maximum 7 nuits
Frais de déplacement (autre réseau) pour un retour au domicile	Prise en charge des frais de transport pour poursuivre le voyage interrompu, dans la limite des frais qui seraient dûs en cas de retour au domicile
Frais médicaux et d'hospitalisation / Assuré des lésés en France	Prise en charge sans limite de zone et en complément du régime de prévoyance, des frais engagés sur place, à hauteur de 4 000 € en France et 80 000 € à l'étranger
Frais médicaux et d'hospitalisation / Assuré des lésés hors de France	Prise en charge en complément du régime de prévoyance (jusqu'à défaut de couverture sociale), des frais engagés sur place, à hauteur de 30 000 € en France et 80 000 € à l'étranger
Recherche et rapatriement de matériel et de personnes	Recherche sur place (sans limitation) des matériels et personnes impliqués, le coût de rapatriement est à la charge de l'assuré
Frais de recherches et de secours	Dans la limite de 30 000 €
ASSISTANCE EN CAS DE DECES	
Déjà de l'assuré en déplacement	Prise en charge du transport de corps jusqu'au lieu d'inhumation ou d'inhumation (y compris frais de transfert)
Déplacement d'un proche	30€/heure, maximum 7 nuits
Retour anticipé	Trou transport jusqu'au lieu d'inhumation ou d'inhumation
ASSISTANCE A LA PISCINE EN CAS DE DECES	
Retour des autres bénéficiaires	Frais réels
Assurance en cas d'une personne handicapée ou d'un enfant de moins de 13 ans	Voyage aller et retour des proches ou d'un ou plusieurs enfants
Attente sur place de la réparation du site	30€/heure, maximum 13 nuits
Retour anticipé pour le rendre ou l'assuré d'un proche	Tarif de transport
Retour en cas d'indisponibilité du site	Prise en charge du retour au domicile
Coût de la réparation du site	Prise en charge du retour au domicile

DEMANDE D'ADHESION SPORTIF FOOT ATLANTIQUE à retourner à la WDS, 28 rue Leclerc David 75782 PARIS Cedex 16, avec mgp ré et si nécessaire.

Assuré : M. ☐ Mme. ☐ Mlle. ☐ (l'adhésif est à signer l'assuré)

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____
 Date de naissance : _____ Profession (nature exacte) : _____
 Club d'appartenance : _____ Affiliation du club à la Ligue : _____

Je déclare être le bénéficiaire de : Joueur Educateur Fédéral / Arbitre / Moniteur / Entraîneur Adhérent Daigné non prévoyant **OPTION CHOISE : N° _____**

Déclaration de l'adhésif en cas de décès de l'assuré :
 Mon conjoint non assuré, non séparé de corps par jugement à défaut par parts égales aux enfants nés ou à naître, à défaut en cas de décès de l'assuré ou de son conjoint lié par une partie civile de l'accident, à défaut aux héritiers légaux, à défaut le Fonds National de Solidarité et d'Action Mutualistes.
 Autres légataires : _____

Je certifie sur l'honneur ne pas être atteint d'une infirmité ou d'un handicap. Au cas contraire prendre contact avec la S.D.S. Je suis informé(e) que les renseignements contenus dans le formulaire peuvent être l'objet d'un traitement informatique et que je possède un droit d'accès et de rectification (art 17-D) de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux bases. Ce droit peut être exercé à l'adresse de la S.D.S.

Fait à _____ le _____

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)