4. – GARANTIES : (la MDS. verse ses remboursements à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré)

INVALIDITE PERMANENTE (3) ACCIDENT DE SPORT (hors frais)	1 000 000 € (capital réductible en fonction du taux d'invalidité, versé en totalité si celui-ci est supérieur à 66%) (*) • Avant la consolidation, lorsqu'il constaté par expertise médicale que suite à l'accident le blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 66%, la MDS lui verse un capital forfaitaire immédiat de 100 000 € (déduit ensuite de celui-ci lorsqu'il est acquis en cas de rechute, si le blessé n'atteint pas à la consolidation le taux de 66%) • A la consolidation et si le taux d'invalidité atteint ou excède 66%, il est versé le solde du capital initialement assuré, soit la différence entre le capital de 1 000 000 € et le forfait immédiat de 100 000 € précédemment réglé. (*) En cas d'invalidité inférieure à 66%, capital versé sur la base de 10 000 € (réductible en fonction du taux d'IPP)
INVALIDITE PERMANENTE (3) ACCIDENT AUTRE QUE DE SPORT	60 000 € pour 100% d'invalidité (capital réductible en fonction du taux d'invalidité) (franchise relative 4%)
DECES (2)	Moins de 12 ans : frais d'obsèques (au cas 3 : 1000 €) // Mineur de + 12 ans : 15 000 € // Majeur : 37 500 € (31 000 € vie entière) // ATF (+ 15% par enfant à charge)

Frais de soins de santé (1) Forfait journalier hospitalier	300 % base de remboursement SS Frais réels	Frais de prothèses dentaires Appareil orthodontique Bris de lunettes ou de lentilles	500 € tout 500 € 500 €	Appareil et matériels divers (cannes, béquilles, bouteille mobiles, ...) Prothèses auditives	300% base SS 500 €

CAPITAL SANTE 1 525 € par accident

Au-delà des prestations de base définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un CAPITAL SANTE 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 son régime de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes :
- Frais pharmaceutiques, médicaux ou chirurgicaux - Prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale - Lunettes et lentilles - Prothèses dentaires - En cas d'hospitalisation : n'importe quelle dépense dans la limite des frais réels (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) / si le blessé est mineur, coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital et des frais de repas - Frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles - Frais d'orthophonie prescrits et pratiqués par un médecin spécialiste. - Et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin spécialiste.

Frais de 1er transport et 1er Transport aux soins prescrits	Frais réels	Frais de reconversion professionnelle	4 500 €
Indemnité Hospitalisation	18 €/jour (au cas : 100 jours)	Frais de rentrée à niveau scolaire	31 € heure de cours (au cas : 80 heures)
Indemnité Journalière Arbitres et officiels de la Ligue	23 €/jour (au cas 3 : 2 ans)	Indemnité Journalière Licenciés hors Arbitres et officiels	23 €/jour (au cas 1 : 2 ans)

(1) 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
(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, à défaut au Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes.
(3) Le barème sera appliqué en faisant abstraction du taux d'invalidité éventuellement préexistant du fait que cette invalidité préexistante résulte par la conséquence d'un accident pris en charge par la M.D.S. Seule la majoration du taux d'invalidité imputable à l'accident gère et sera prise en compte. Pour l'application de cette disposition le taux est substitué à celui de la rente initiale versée à l'ayant droit survivant.
En revanche, dès lors qu'un assuré sollicite indemnité 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 taux d'invalidité majoré et le capital déjà versé au taux d'invalidité préexistant.

5. – EXCLUSIONS : • La pratique 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 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

RECLAMATIONS : En cas de réclamation, l'assuré peut s'adresser au Service Réclamations :
☎ 01.53.04.88.30 - 🖷 01.53.04.88.10 - ✉ Reclamations@groupemds.com - ✉ Groupe MDS - Service Réclamations - 26 rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16

3/ ASSISTANCE RAPATRIEMENT (extrait du contrat n° 40270 36A souscrit auprès de la MAIF)

MAIF ASSISTANCE est joignable 7j/7, 24h/24
Au 05 49 36 88 27 (appel gratuit depuis un poste fixe), si vous êtes en France. / Au +33 5 49 36 88 27, si vous êtes à l'étranger

ASSISTANCE AUX PERSONNES	
Transport sanitaire	Frais réels
Attente sur place d'un accompagnant	50 €/nuit, maximum 7 nuits
Voyage aller et retour d'un proche (si l'assuré hospitalisé plus de 7 jours)	50 €/nuit, maximum 7 nuits
Prolongation de séjour pour raison médicale	50 €/nuit, maximum 7 nuits
Poursuite du voyage (frais non remboursés lors du retour au domicile)	Prise en charge des frais de transport pour poursuivre le voyage interrompu, dans la limite des frais qui auraient été engagés pour le retour au domicile
Frais médicaux et d'hospitalisation / Assuré domicilié en France	Prise en charge sans franchise 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 domicilié hors de France	Prise en charge en complément du régime de prévoyance (sur décision du médecin), des frais engagés sur place, à hauteur de 30 000 € en France et 80 000 € à l'étranger
Recherche et expédition de médicaments et de prothèses	Recherche sur place (sur expédition) des médicaments indispensables, le coût de ceux-ci restant à la charge de l'assuré
Frais de recherches et de secours	Dans la limite de 30 000 €
ASSISTANCE EN CAS DE DECES	
Décès de l'assuré en déplacement	Prise en charge du transport du corps jusqu'au lieu d'obsèques ou d'inhumation (y compris frais de cercueil)
Déplacement d'un proche	50 €/nuit, maximum 7 nuits
Retour anticipé	Transport jusqu'au lieu d'inhumation ou d'obsèques
ASSISTANCE AUX PERSONNES VALIDES	
Retour des autres bénéficiaires	Frais réels
Accompagnant et d'une personne handicapée ou d'un enfant de moins de 15 ans	Voyage aller-retour d'un proche ou d'un accompagnant rémunéré
Attente sur place de la réparation du véhicule	80 €/nuit, maximum 15 nuits
Retour anticipé pour urgence suite à décès d'un proche	Titre de transport
Retour en cas d'indisponibilité du véhicule	Prise en charge du retour au domicile
Sinistre grave concernant la résidence	Prise en charge du retour au domicile

✂ Découper suivant pointillé .....

DEMANDE D'ADHESION SPORTWIT FOOT ATLANTIQUE à retourner à la MDS, 26 rue Louis David 75782 PARIS Cedex 16, accompagné du règlement.

Assuré : M. ☐ Mme. ☐ Mlle. ☐ (l'adhérent est toujours l'assuré)

Nom : _____ Nom de Jeune Fille : _____ Prénoms : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____

Date de naissance : _____ Profession (nature exacte) : _____

Club d'appartenance : _____ Affiliation du club à la Ligue : _____

Je souhaite être licencié en tant que : ☐ Joueur ☐ Educateur Fédéral / Animateur / Moniteur / Entraîneur ☐ Arbitre ☐ Dirigeant non pratiquant OPTION CHOISIE : N° .....

Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré :
☐ Mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon concubin notoire ou mon partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.
☐ Autres dispositions : _____

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

Fait à _____ le _____

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