



GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

SPORTMUT FOOT OCCITANIE

CONDITIONS GENERALES 2022 / 2023

« SPORTMUT FOOT OCCITANIE »

CONTRAT COLLECTIF DE PREVOYANCE COMPLEMENTAIRE AU BENEFICE DES LICENCIES DE LA LIGUE DE FOOTBALL D'OCCITANIE

CONDITIONS GENERALES

Article 1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat est ouvert à titre individuel aux personnes physiques déjà adhérentes de la Mutuelle des Sportifs (M.D.S.) en qualité de membres participants de la Ligue de Football d'Occitanie ayant souscrit auprès de la Mutuelle des garanties collectives de base.

Il a pour objet de garantir aux assurés le règlement de prestations complémentaires à ces garanties de base, en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, d'Invalidité Permanente Totale ou Partielle ou de Décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique du football (y compris lors des déplacements pour se rendre sur le lieu de pratique de l'activité).

Il est régi par le code de la Mutualité.

Article 2 - DEFINITIONS

2.1. - Adhérent :

Toute personne physique titulaire d'une licence ou d'une carte de membre de la Ligue de Football d'Occitanie membre de la M.D.S., résidant en France métropolitaine, en Corse, dans les D.O.M.-T.O.M., dans le Val d'Aran ou dans les Principautés d'Andorre et de Monaco, ayant adhéré aux présentes garanties.

2.2. - Assuré :

L'assuré est toujours l'adhérent.

2.3. - Accident :

Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

2.4. - 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. art. 2.5. 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.....).

2.5. - Barème du concours médical :

Il s'agit du barème indicatif pour apprécier les déficits fonctionnels séquellaires utilisé en droit commun.

2.6. - Incapacité Temporaire Totale de Travail

L'assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail s'il se trouve dans l'impossibilité complète et temporaire d'exercer sa profession ou toute profession en rapport avec ses aptitudes professionnelles et rémunérations antérieures.

Article 3 - CONDITIONS D'ADHESION

3.1. - Conditions d'âge

Pour être admis dans l'assurance, le futur assuré doit être âgé de moins de 75 ans.

3.2. - Conditions professionnelles

La souscription de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail est réservée aux assurés exerçant effectivement une activité professionnelle.

3.3. - Durée de l'adhésion

L'adhésion est annuelle. Sauf dénonciation par l'assuré, elle est renouvelable par tacite reconduction. Toutefois, le terme est toujours fixé au 75ème anniversaire de l'assuré.

3.4. - Formalités

Le futur assuré remplit une demande d'adhésion sur laquelle il indique précisément la Ligue par laquelle le régime de base a été souscrit et son club d'appartenance, et accompagne celle-ci de la photocopie de sa licence ou de sa carte de membre, du versement de la première cotisation et d'un certificat médical d'aptitude à la pratique du football.

La M.D.S. émet un certificat d'adhésion précisant les garanties souscrites et leur montant, la date d'effet de l'adhésion sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, les conditions particulières d'acceptation ainsi que la clause bénéficiaire.

Tout sinistre survenant avant la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion n'est pas couvert.

Article 4 - GARANTIES

4.1. - Capital Décès

Cette garantie est la garantie de base de ce contrat et doit être obligatoirement souscrite (à l'exception toutefois des mineurs de moins de 12 ans, pour lesquels seule peut être souscrite la garantie Invalidité Permanente prévue à l'article 4.3).

Cette garantie prévoit en cas de décès suite à un accident de sport se produisant en cours d'assurance, le versement du capital indiqué sur le certificat d'adhésion au (x) bénéficiaire (s) désigné (s). Le paiement du capital prévu en cas de décès met fin à l'adhésion.

4.2. - Incapacité Temporaire Totale - Indemnités Journalières

Cette garantie ne peut être souscrite que par les personnes exerçant une activité professionnelle rémunérée régulière.

Elle a pour objet de garantir à l'assuré le paiement d'une indemnité journalière, en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail résultant d'un accident de sport survenu en cours d'assurance, dont le montant est stipulé au certificat d'adhésion.

4.2.1. - Point de départ de l'indemnisation - Franchise

L'indemnité journalière est versée après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise et indiquée dans le certificat d'adhésion.

La franchise est de 3 jours.

La période de franchise n'est pas indemnisée.

Si l'assuré reprend son activité même à temps partiel et qu'un nouvel arrêt de travail, résultant du même accident (appelé rechute), intervient dans un délai inférieur ou égal à 60 jours consécutifs, la prestation lui sera versée comme s'il s'agissait d'une seule et même interruption de travail sans nouvelle application de la franchise.

En revanche, en cas de rechute intervenant dans un délai supérieur à 60 jours consécutifs après la reprise du travail, il sera de nouveau fait application de la franchise.

4.2.2. - Durée d'indemnisation

La durée d'indemnisation est de 1095 jours. Elle est calculée à compter de la date du premier jour d'indemnisation, c'est-à-dire le 4ème jour.

L'indemnité journalière cesse d'être versée à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré.

4.2.3. - Mode de paiement

L'indemnité journalière est versée mensuellement à terme échu.

4.2.4. - Principe indemnitaire

Il ne peut être choisi au moment de l'adhésion un montant de garantie qui ferait bénéficier l'assuré en arrêt de travail, de ressources supérieures à celles dont il dispose en période d'activité, compte tenu également des éventuels versements effectués par le régime social obligatoire de base de l'assuré, et de tout autre régime complémentaire.

La M.D.S. se réserve le droit le cas échéant de demander à l'assuré, au moment de l'adhésion et lors de la survenance de l'incapacité, copie de son dernier avis d'imposition.

4.3. - Invalidité Permanente Totale ou Partielle

Cette garantie prévoit en cas d'invalidité permanente résultant d'un accident de sport survenu en cours d'assurance le versement d'un capital dont le montant maximal est indiqué sur le certificat d'adhésion. Ce capital est versé en totalité lorsque le taux d'invalidité est égal à 100 %.

Pour les taux d'invalidité inférieurs à 100 % le capital effectivement dû est calculé conformément au barème figurant en annexe A ci-dessous.

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

Le taux est fixé d'après le barème du concours médical et dans les conditions prévues aux articles 2.4. et 2.5.

En cas d'invalidité préexistante qui ne serait pas la conséquence d'un accident pris en charge précédemment par la M.D.S., seule la majoration du taux d'invalidité imputable à l'accident garanti sera prise en compte. Pour l'appréciation de cette disposition, cette majoration de taux est substituée au taux dans le barème annexé susvisé.

En revanche dès lors qu'un assuré a déjà été indemnisé par la M.D.S. et qu'il fait l'objet d'une majoration de son taux d'invalidité déjà attribué par cette dernière, soit en cas d'accidents successifs, soit en cas d'aggravation documentée de l'état séquellaire, imputable de façon certaine et directe à l'accident, le capital dû 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.

4.4. – Bonus Santé

Au-delà des prestations de base définies à l'Accord collectif n° 980A25, l'assuré bénéficie d'un « BONUS SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 700 € par accident.

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 peut, sur justificatifs et dans la limite des frais réels restant à charge après remboursement par le régime de sécurité sociale et de tout régime de prévoyance complémentaire, disposer de ce Bonus Santé :

- **pour toutes les dépenses suivantes sous la réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :**
 - les dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux,
 - les prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale,
 - les bris de lunettes et pertes de lentilles,
 - les dents fracturées,
 - les prothèses déjà existantes nécessitant une réparation ou un remplacement,

- en cas d'hospitalisation :
 - la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte)
 - si le blessé est mineur :
 - le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital,
 - les frais de trajet dans la limite de 0,25 € par km,
 - les 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.
 - les frais d'ostéopathie, sous réserve que les soins soient pratiqués par un Médecin praticien.
- **et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.**

Article 5 - ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont assurées dans le monde entier.

Cependant, l'état d'invalidité permanente totale ou partielle ou d'incapacité temporaire totale doit être constaté médicalement en France métropolitaine, dans les Principautés d'Andorre et de Monaco ou en Espagne.

Article 6 – 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.**

Article 7 - CESSATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Les garanties et prestations cessent :

- à l'échéance suivant la date à laquelle l'assuré perd sa qualité de licencié ou de membre de la Ligue de Football,
- lorsque l'assuré atteint au plus tard son 75ème anniversaire pour la garantie Décès et son 75ème anniversaire ou son départ à la retraite pour la garantie Incapacité Temporaire Totale et invalidité,
- à l'expiration du délai prévu à l'article 9.4. ci-dessous en cas de défaut de paiement de cotisation,
- à l'échéance suivant la réception par la M.D.S. de la demande de résiliation de l'assuré,
- à l'expiration de la durée d'adhésion fixée par l'assuré.

Article 8 - MODIFICATION DES GARANTIES

L'assuré peut à tout moment demander la modification de ses garanties.

S'il s'agit d'une augmentation des garanties, celle-ci doit être soumise à la production d'un nouveau certificat médical.

La prise d'effet devient effective après acceptation du risque, émission de l'avenant par la M.D.S., signature par l'assuré et paiement de la cotisation.

S'il s'agit d'une diminution, la prise d'effet devient effective le jour de la réception par la M.D.S. de l'avenant signé par l'assuré.

Article 9 - COTISATIONS

9.1. - Tarification

Les tarifs des garanties ci-dessus définies sont annexés au présent contrat.

Les cotisations tiennent compte de la nature et du montant des garanties souscrites.

9.2. - Révision annuelle

Les cotisations du présent contrat peuvent être modifiées chaque année en fonction des résultats du contrat.

La modification ne sera applicable qu'aux assurés qui, à la date d'effet de la révision, ne sont pas en Incapacité Temporaire Totale de Travail ou en Invalidité Permanente Totale.

Dans tous les cas, la M.D.S. s'oblige à en informer individuellement les assurés au moins un mois avant l'échéance principale de leur adhésion ; chaque assuré peut se retirer sans préavis ; le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des cotisations modifiées.

9.3. - Paiement des cotisations

La cotisation est annuelle. La première cotisation est réglée concomitamment à la demande d'adhésion conformément à l'article 3.4. visée ci-dessus. Chaque année suivante, l'assuré s'oblige à payer sa cotisation à la M.D.S. sur simple appel de cette dernière dans un délai maximum de 10 jours à compter de la date d'échéance.

9.4. - Défaut de paiement des cotisations

Le non renouvellement de la cotisation met fin de plein droit à l'adhésion 40 jours après le terme principal de la dernière échéance.

Article 10 - OBLIGATIONS DE L'ASSURE

10.1. - Déclaration d'accident

Sauf cas de force majeure tout accident doit être déclaré dans les 5 jours à l'aide d'un formulaire adressé sous pli cacheté au médecin conseil de la M.D.S.

La non déclaration ou la déclaration passé le délai ci-dessus, entraîne la déchéance, dans la mesure où le retard non imputable à un cas fortuit ou de force majeure, aura causé un préjudice à la M.D.S.

10.2. - Déclaration du risque

Les déclarations de l'assuré sur ses activités professionnelles et sportives, ses autres contrats prévoyant des prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, d'Invalidité Permanente ou de Décès, servent de base à l'acceptation de l'adhésion par la M.D.S.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'assuré s'expose à la nullité de son adhésion.

10.3. - Modification du risque

L'assuré doit avertir dans tous les cas la M.D.S. par lettre recommandée :

- s'il cesse ou change d'activité professionnelle ou s'il exerce dans des conditions autres que celles déclarées à l'adhésion,
- s'il change d'activités sportives,
- s'il souscrit d'autres contrats d'assurance comportant des prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente.

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

Article 11 - REGLEMENT DES PRESTATIONS : FORMALITES A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

11.1. - 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,
- l'original du certificat d'adhésion et de ses éventuels avenants,
- 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.

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

11.2. - 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 :

- la relation directe entre l'accident de sport et l'invalidité,
- 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 à titre obligatoire), il doit transmettre l'attestation de la Sécurité Sociale (ou du 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'assuré.

La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire.

11.3. - Formalités en cas d'Incapacité Temporaire de Travail

Sauf cas de force majeure, l'assuré en état d'arrêt de travail doit en faire la déclaration à la M.D.S. par courrier au plus tard dans les 30 jours qui suivent la fin de la période de franchise indiquée sur le certificat d'adhésion, faute de quoi l'indemnité journalière sera versée à compter du jour de réception du dossier par la M.D.S. Toute prolongation accordée par le médecin traitant doit être envoyée à la M.D.S. par courrier dans un délai de 10 jours, à défaut, les prestations ne reprennent qu'à partir de la date de réception de la prolongation.

Pour être prise en considération, la déclaration d'arrêt de travail doit avoir été précédée d'une déclaration d'accident et doit être accompagnée de l'original du certificat médical détaillé, indiquant notamment :

- la nature des blessures,
- la relation directe entre l'incapacité temporaire totale de l'assuré et son accident de sport,
- la date de début de l'arrêt de travail et sa durée prévisible,
- la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'assuré.

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

En cas de reprise d'activité professionnelle, même partielle, l'assuré doit en informer par courrier la M.D.S. dans un délai de 10 jours.

11.4. - Règlement des frais de soins divers au titre du « Bonus 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.

Article 12 - DROIT DE CONTROLE 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 compétent de Paris.

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.

Article 13 - SUBROGATION

Conformément à ses statuts, la M.D.S. est subrogée de plein droit à l'assuré pratiquant 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 14 - 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 la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 15 - RESILIATION

L'assuré peut résilier son contrat à tout moment. Dans ce cas sa garantie cessera à l'échéance suivant la réception par la M.D.S. de la demande de résiliation.

Si la Ligue de Football dont est membre l'assuré vient à quitter la M.D.S., l'assuré continuera à être garanti s'il le souhaite dans les conditions du présent contrat.

Article 16 - INFORMATIQUE ET LIBERTE

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

L'adhérent peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de la M.D.S. ou de ses réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification auprès de la M.D.S. à l'adresse de son siège social (loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978).

Article 17 – PROTECTION DES DONNEES A CARATERE 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.

17.1 – 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.

17.2 – 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.

17.3 – 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 délégués, 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

17.4 – 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.

17.5 – 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.

17.6 – 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.

17.7 – 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).

Article 17 – RECLAMATIONS / MEDiateUR

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 18 - RENONCIATION A L'ADHESION

L'assuré peut renoncer à son adhésion dans le délai de 30 jours qui suit la réception du certificat d'adhésion et des conditions générales du présent contrat. Un modèle de lettre de renonciation figure en annexe B.

ANNEXE A
CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA M.D.S.
POUR UN CAPITAL MAXIMAL SOUSCRIT DE 30.500 € (*)

TAUX	CAPITAUX
100%	30 500,00 €
99%	30 195,00 €
98%	29 890,00 €
97%	29 585,00 €
96%	29 280,00 €
95%	28 975,00 €
94%	28 670,00 €
93%	28 365,00 €
92%	28 060,00 €
91%	27 755,00 €
90%	27 450,00 €
89%	27 145,00 €
88%	26 840,00 €
87%	26 535,00 €
86%	26 230,00 €
85%	25 925,00 €
84%	25 620,00 €
83%	25 315,00 €
82%	25 010,00 €
81%	24 705,00 €
80%	24 400,00 €
79%	24 095,00 €
78%	23 790,00 €
77%	23 485,00 €
76%	23 180,00 €
75%	22 875,00 €
74%	22 570,00 €
73%	22 265,00 €
72%	21 960,00 €
71%	21 655,00 €
70%	21 350,00 €
69%	21 045,00 €
68%	20 740,00 €
67%	20 435,00 €
66%	20 130,00 €
65%	19 825,00 €
64%	19 520,00 €
63%	19 215,00 €
62%	18 910,00 €
61%	18 605,00 €
60%	18 300,00 €
59%	8 997,50 €
58%	8 845,00 €
57%	8 692,50 €
56%	8 540,00 €
55%	8 387,50 €
54%	8 235,00 €
53%	8 082,50 €
52%	7 930,00 €
51%	7 777,50 €

TAUX	CAPITAUX
50%	7 625,00 €
49%	7 472,50 €
48%	7 320,00 €
47%	7 167,50 €
46%	7 015,00 €
45%	6 862,50 €
44%	6 710,00 €
43%	6 557,50 €
42%	6 405,00 €
41%	6 252,50 €
40%	6 100,00 €
39%	5 947,50 €
38%	5 795,00 €
37%	5 642,50 €
36%	5 490,00 €
35%	5 337,50 €
34%	5 185,00 €
33%	2 013,00 €
32%	1 952,00 €
31%	1 891,00 €
30%	1 830,00 €
29%	1 769,00 €
28%	1 708,00 €
27%	1 647,00 €
26%	1 586,00 €
25%	1 525,00 €
24%	1 464,00 €
23%	1 403,00 €
22%	1 342,00 €
21%	1 281,00 €
20%	1 220,00 €
19%	1 159,00 €
18%	1 098,00 €
17%	1 037,00 €
16%	976,00 €
15%	915,00 €
14%	854,00 €
13%	793,00 €
12%	732,00 €
11%	671,00 €
10%	610,00 €
9%	549,00 €
8%	488,00 €
7%	427,00 €
6%	366,00 €
5%	- €
4%	- €
3%	- €
2%	- €
1%	- €

(*) pour un capital de 61.000 € x 2 , 91.500 € x 3 , etc.

ANNEXE B

MODELE DE LETTRE DE RENONCIATION

A adresser en recommandé avec avis de réception dans le délai de 30 jours qui suit la réception du certificat d'adhésion.

Ne pas oublier de préciser vos nom et adresse.

Monsieur le Directeur,

Je vous prie de bien vouloir prendre acte de mon désir de renoncer aux garanties offertes par l'Adhésion au Contrat SPORTMUT FOOT que j'ai signé en date du _____.

Je vous serais obligé de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de mon adhésion dans un délai maximum de 20 jours à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.

Veillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués.

Fait à _____ Le _____

Signature