

## Conditions générales valant notice d'information

### Article 1 : Objet du contrat

Soli'Sports Premium garantit le règlement de prestations complémentaires lors de la survenance d'accidents résultant de la pratique d'activités sportives, culturelles, touristiques, amicales ou de loisirs. Il est réservé à toute personne âgée de moins de 70 ans au moment de l'adhésion, et affiliée à un régime général obligatoire.

### Article 2 : Définitions

#### 2.1 : Activités garanties

Ce sont toutes les activités sportives, culturelles, touristiques, amicales et de loisirs, à l'exclusion des activités purement domestiques et de toute activité ou pratique professionnelle.

L'activité garantie peut être pratiquée 7 jours/7, 24 h/24 et dans le monde entier, sous réserve que les séjours à l'étranger n'excèdent pas 90 jours.

#### 2.2 : Accidents garantis

Ce sont les accidents survenus pendant les activités garanties.

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Par extension, l'accident médical survenant à l'occasion de soins consécutifs à un accident garanti peut ouvrir droit également aux prestations du présent contrat.

Il y a accident médical lorsqu'un acte ou un ensemble d'actes de soins, de prévention ou d'exploration pratiqués par des médecins ou auxiliaires médicaux visés au livre 4 du Code de la santé publique ou, s'agissant d'un acte accompli hors de France, par des praticiens autorisés à exercer par la réglementation du pays où l'acte a été effectué, a eu sur la santé de l'assuré des conséquences dommageables anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de l'état de santé antérieur.

Par extension également, les attentats, infractions ou catastrophes naturelles dont peut être victime l'assuré sont assimilés à des accidents.

#### 2.3 : Invalidité permanente totale ou partielle et préjudices annexes

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.

**Seule sera prise en compte l'invalidité fonctionnelle. En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.**

Pour l'appréciation de cette invalidité, c'est le barème du concours médical qui sera utilisé (Cf. article 2.4 ci-dessous). Il sera tenu compte des préjudices annexes. Ces préjudices annexes seront évalués sur une échelle de 1 à 7 en usage dans le contexte du droit commun. Ils ne peuvent conduire à majorer de plus de 10% le taux de l'invalidité permanente lorsqu'ils sont inférieurs ou égaux à 4,5 et à plus de 20% lorsqu'ils sont supérieurs à 4,5. **L'ensemble de l'indemnisation ne peut en aucun cas excéder le capital souscrit pour 100% d'invalidité.**

#### 2.4 : Barème du concours médical

Il s'agit du barème indicatif des déficits fonctionnels séquellaires en droit commun édité par " LE CONCOURS MEDICAL".

### Article 3 : Garantie hospitalisation assurée par la Solidarité Mutualiste :

Cette garantie prévoit en cas d'accident survenu en cours d'assurance et pendant les activités garanties :

La prise en charge, à chaque accident, des frais d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale en complément du régime obligatoire (sécurité sociale par exemple) et du régime complémentaire de l'adhérent jusqu'à hauteur des prestations définies au tableau des garanties ci-après et au total dans la limite des frais réels engagés.

Dans le cas où l'adhérent ne possède pas de régime complémentaire auprès d'un organisme complémentaire d'assurance maladie agréé, la Solidarité Mutualiste prend le complément des frais entièrement à sa charge selon les mêmes modalités et limites ci-après définies.

Garantie hospitalière	RO (SS)	Soli	Toutes garanties
Ambulance	65% du BR*	35% du BR*	100% du BR*
Honoraire du chirurgien, et Actes de spécialités	80% du BR*	70% du BR*	150% du BR*
Radiologie liée à l'intervention	80% du BR*	70% du BR*	150% du BR*
Frais de séjour médical ou Chirurgical	80% du BR*	20% du BR*	100% du BR*
Hospitalisation soins de suite	80% du BR*	20% du BR*	100% du BR*
Forfait Journalier Hospitalier		13/J limité à 90 J/an	13/J limité à 90 J/an
Chambre particulière		31/J limité à 20 J/an	31/J limité à 20 J/an
Accompagnement d'un enfant de - de 12 ans		23/J limité à 20 J/an	23/J limité à 20 J/an

\* Base de remboursement de la Sécurité Sociale

### Article 4 : Garanties souscrites par la Solidarité Mutualiste au profit de tous ses adhérents auprès de la Mutuelle des Sportifs (article L. 221-3 du Code de la Mutualité)

#### 4.1 : Garantie frais de soins de santé

Cette garantie est accordée viagèrement.

Cette garantie prévoit, en cas d'accident survenu en cours d'assurance et pendant les activités garanties, la mise à disposition d'un capital santé d'un montant maximal de 800 €.

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 peut, sur justificatifs, et dans la limite des frais réels restant à charge, après remboursement par le régime de sécurité sociale, de la mutuelle La Solidarité Mutualiste et de tout régime de prévoyance complémentaire, disposer de ce capital pour toutes les dépenses suivantes sous la réserve expresse qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :

- Les frais pharmaceutiques, médicaux ou chirurgicaux,
- les prestations hors nomenclature ou non remboursables par la

Sécurité Sociale,

- les lunettes et les lentilles dans la limite d'un forfait de 91,47 € par accident,
- les dents fracturées,
- les prothèses déjà existantes nécessitant une réparation ou un remplacement,
- les frais de premier transport du lieu de l'accident à celui de l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins,
- les frais de transport des accidentés de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles ou au lieu des soins prescrits médicalement et ce, dans la limite de 0,23 € par km,
- 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,
- les frais d'ostéopathie, sous réserve que les soins soient pratiqués par un médecin praticien.

La Mutuelle des Sportifs arrête ses remboursements à la date de consolidation de l'assuré.

## 4.2 : Garantie capital invalidité permanente totale ou partielle

Cette garantie est accordée viagèrement.

Cette garantie prévoit, en cas d'invalidité permanente résultant d'un accident survenu en cours d'assurance, le versement d'un capital dont le montant maximal est de 15 000 €.

Ce capital est versé en totalité lorsque le taux d'I.P.P. 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-après.

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

Le taux est fixé d'après le barème du concours médical et dans les conditions prévues aux articles 2.3 et 2.4.

En cas d'invalidité préexistante qui ne serait pas la conséquence d'un accident pris en charge précédemment dans le cadre du présent contrat, 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 au titre du présent contrat et qu'il fait l'objet d'une majoration de son taux d'I.P.P. déjà attribué, soit en cas d'accidents successifs, soit en cas d'aggravation documentée de l'état séquentaire, imputable de façon certaine et directe à l'accident ; le capital dû 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.

Bien que les garanties soient assurées dans le monde entier, l'état d'invalidité permanente totale ou partielle doit être constaté médicalement en France métropolitaine ou dans les principautés d'Andorre et de Monaco.

### **Article 5 : Prise d'effet de l'adhésion**

L'adhésion prend effet le 1er jour du mois civil qui précède la date de réception du bulletin d'adhésion lorsque celle-ci a lieu dans la première quinzaine du mois.

Dans le cas contraire, elle prend effet au plus tôt le premier jour du mois qui suit la date de réception de la demande d'adhésion. L'adhésion n'est recevable que sous réserve d'être accompagnée du règlement des premières cotisations pour la totalité de l'exercice en cours. L'adhésion d'un mineur de moins de 16 ans n'est admissible que si l'un de ses représentants légaux souscrit également au contrat.

### **Article 6 : Cotisation**

La cotisation annuelle forfaitaire est fonction du nombre de personnes garanties. Elle est due pour l'année civile et payable d'avance. Le paiement des cotisations de la première année est payable par chèque à l'adhésion.

Le paiement des cotisations des exercices suivants s'effectue soit par chèque, soit par prélèvement automatique le 10 décembre de chaque année pour l'année suivante.

### **Article 7 : Défaut de paiement**

A défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie peut être suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration de ce délai de trente jours.

Le membre participant, mis en demeure de payer, est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

### **Article 8 : Démission et fin de droits**

La démission est donnée par lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance prévue au 31 décembre de chaque exercice.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

### **Article 9 : Exclusions**

Sont exclus des garanties :

- les activités purement domestiques,
- les accidents du travail,
- les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,
- 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 10 : Obligations de l'Assuré**

### 10.1 – Déclaration d'accident

Sauf cas de force majeure tout accident résultant de la pratique d'une des activités garanties doit être déclaré dans les 5 jours à l'aide d'un formulaire type adressé sous pli cacheté au médecin conseil de la mutuelle la Solidarité Mutualiste et de la Mutuelle des Sportifs.

La non déclaration ou la déclaration passée 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 Mutuelle des Sportifs et à la Solidarité Mutualiste.

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

### 10.2 – Pièces à fournir pour avoir droit au capital Santé

Pour bénéficier de prestations au titre du capital Santé, l'assuré doit outre les obligations mentionnées au § 10.1 ci-dessus fournir les pièces ci-dessous :

- bordereaux originaux de la mutuelle La Solidarité Mutualiste et/ou de tout organisme de prévoyance complémentaire, copie des bordereaux de la Sécurité Sociale et/ou du régime de prévoyance obligatoire,
- les copies des prescriptions médicales,
- les factures éventuelles.

En cas de nécessité, la M.D.S. demandera tout justificatif utile.

### 10.3 – Pièces à fournir en cas d'invalidité permanente totale ou partielle

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) la notification classant son invalidité en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> 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.

## **Article 11 : Droit de contrôle et expertise**

La Solidarité Mutualiste et la Mutuelle des Sportifs se réservent le droit de contester les conclusions des certificats médicaux et des notifications 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 des Mutuelles, 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 médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par les deux parties.

## **Article 12 : Informatique et Liberté**

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 mutuelle La Solidarité Mutualiste, de la Mutuelle des Sportifs ou de leurs réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification auprès de la mutuelle La Solidarité Mutualiste et de la M.D.S. à l'adresse de leurs sièges sociaux (loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978).

**Article 13 : Médiateur**

En cas de difficulté, les assurés peuvent d'abord consulter leur interlocuteur habituel, en principe, la mutuelle La Solidarité Mutualiste ; si le désaccord persiste, ils peuvent s'adresser à la M.D.S. Au cas où le litige n'a pu être résolu par ces voies, ils peuvent demander les coordonnées du médiateur compétent, dont les conditions de saisine lui seront communiquées sur simple demande.

**Article 14 : Garantie Assistance rapatriement**

Ces garanties sont assurées par Mutuaide Assistance.

Les garanties " Assistance Rapatriement " figurent à l'annexe B ci-après.

**ANNEXE A  
CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA MUTUELLE DES SPORTIFS  
POUR UN CAPITAL MAXIMAL SOUSCRIT DE 15 000 €**

Taux	€	Taux	€
100%	15 000,00	50%	3 750,00
99%	14 850,00	49%	3 675,00
98%	14 700,00	48%	3 600,00
97%	14 550,00	47%	3 525,00
96%	14 400,00	46%	3 450,00
95%	14 250,00	45%	3 375,00
94%	14 100,00	44%	3 300,00
93%	13 950,00	43%	3 225,00
92%	13 800,00	42%	3 150,00
91%	13 650,00	41%	3 075,00
90%	13 500,00	40%	3 000,00
89%	13 350,00	39%	2 925,00
88%	13 200,00	38%	2 850,00
87%	13 050,00	37%	2 775,00
86%	12 900,00	36%	2 700,00
85%	12 750,00	35%	2 625,00
84%	12 600,00	34%	2 550,00
83%	12 450,00	33%	990
82%	12 300,00	32%	960
81%	12 150,00	31%	930
80%	12 000,00	30%	900
79%	11 850,00	29%	870
78%	11 700,00	28%	840
77%	11 550,00	27%	810
76%	11 400,00	26%	780
75%	11 250,00	25%	750
74%	11 100,00	24%	720
73%	10 950,00	23%	690
72%	10 800,00	22%	660
71%	10 650,00	21%	630
70%	10 500,00	20%	600
69%	10 350,00	19%	570
68%	10 200,00	18%	540
67%	10 050,00	17%	510
66%	9 900,00	16%	480
65%	9 750,00	15%	450
64%	9 600,00	14%	420
63%	9 450,00	13%	390
62%	9 300,00	12%	360
61%	9 150,00	11%	330
60%	9 000,00	10%	300
59%	4 425,00	9%	270
58%	4 350,00	8%	240
57%	4 275,00	7%	210
56%	4 200,00	6%	180
55%	4 125,00	5%	0
54%	4 050,00	4%	0
53%	3 975,00	3%	0
52%	3 900,00	2%	0
51%	3 825,00	1%	0

## ANNEXE B / ASSISTANCE

**Garanties souscrites par la MDS à titre obligatoire pour l'ensemble de ses adhérents auprès de Mutuaide Assistance, Entreprise régie par le Code des Assurances, S.A. à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 4.590.000 €, 8-14 avenue des Frères Lumière, 94366 Bry-sur-Marne cedex,**

Mutuaide Assistance, dans le respect des dispositions du Code des Assurances assure les garanties " MDS Assistance " proposées aux assurés victimes d'accident ou de maladie grave survenu à plus de 50 Km de leur domicile, dans le cadre des activités garanties telles que décrites à l'article 2.1 ci-dessus.

### Article 1 : DEFINITIONS

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

#### 1.1 - 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.

#### 1.2. - 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 2 : GARANTIES

#### 2.1. - Rapatriement médical

En cas d'accident ou maladie grave d'un assuré survenu à plus de 50 km de son domicile, 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.

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

Avant son départ, le bénéficiaire doit se munir de la carte délivrée 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 5 335,72 €.

**Franchise : Franchise relative de 15,24 € 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.

#### 2.3. - 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.

#### 2.4. - 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.

#### 2.5. - 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 457,35 € 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.

#### 2.6. - 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.

#### 2.6.1 - Modalités d'application et procédure de déclaration :

Les assurés, ou toute personne agissant en leurs noms, doivent 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, les assurés, ou leurs ayants droit, doivent 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.

#### 2.6.2 - Remboursement :

Le remboursement des frais se fait exclusivement aux assurés ou à leurs ayants droit, à l'exclusion de toute autre personne physique ou morale.

Toute intervention et demande de remboursement non conforme à ces dispositions entraîne la déchéance de tout droit à remboursement.

### Article 3 : EXCLUSIONS GENERALES

- La pratique professionnelle de toutes activités sportives.
- **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.
- Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas de poursuivre son voyage.
- Les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance.
- Les faits provoqués intentionnellement par le bénéficiaire ou résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide.
- Une infirmité préexistante.
- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement.
- Les états de grossesse de plus de 6 mois (date présumée de conception) à moins d'une complication imprévisible.
- Les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées.
- Le suicide ou la tentative de suicide, une mutilation volontaire du bénéficiaire.
- Les 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 4 : MISE EN OEUVRE DES GARANTIES

Mutuaide Assistance assure l'organisation des prestations et la couverture des garanties décrites ci-dessus 24 h sur 24 et 7 jours sur 7.

Ce service " MDS Assistance " 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 télex	261 531

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 5 : 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.

**MUTUELLE DES SPORTIFS (M.D.S.)** – 2/4 rue Louis David – 75782 PARIS CEDEX 16 – Tél. 01 53 04 86 86 – Fax 01 53 04 86 87

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

Mutuelle immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le N° 422 801 910

#### MUTUAIDE ASSISTANCE

8-14, avenue des Frères Lumière - 94366 BRY-SUR-MARNE CEDEX  
Tél. 01 45 16 65 70 - Fax 01 45 16 63 92