



MUTUELLE DES SPORTIFS

Accord collectif n° 144 à effet du 1er octobre 2000 Conditions générales valant notice d'information

ARTICLE LIMINAIRE

COUVERTURE DES RISQUES - SOCIETE APERITRICE - DELEGATION

1. La Mutuelle des Sportifs, société de secours mutuels des sportifs régie par le Code de la mutualité, garantit tous les risques définis dans la présente convention de groupe, à l'exception des risques de responsabilité civile et des risques liés à une activité d'assistance et s'engage quant au paiement des indemnités qui y sont prévues.

2. AZUR Assurances IARD, société anonyme d'assurance régie par le code des assurances, garantit tous les risques de la responsabilité civile. et s'engage quant au paiement des indemnités qui y sont prévues

3. Mutuaide Assistance, société anonyme d'assurance régie par le code des assurances, garantit tous les risques liés à une activité d'assistance. et s'engage quant au paiement des indemnités qui y sont prévues

4. Les assureurs ci-dessus désignent la Mutuelle des Sportifs (M.D.S.) comme société apéritrice de la présente convention de groupe. En conséquence, les assureurs délèguent à la M.D.S. tous pouvoirs pour recevoir en leur lieu et place tous avis et communications, pour accepter tous risques, délivrer tous avenants, certificats, polices, percevoir toutes cotisations, en donner quittance, adresser tous avis et mises en demeure, opérer tous règlements, conformément à la présente convention, en un mot, faire le nécessaire pour le bien de la convention.

Toutefois, il est bien précisé que la garantie de la Mutuelle des Sportifs et de chaque société d'assurance est accordée exclusivement, quant au règlement des sommes dues au titre de la présente convention, selon les modalités fixées aux paragraphes 1 à 4 ci-dessus, sans solidarité entre les sociétés mutualiste et d'assurance intervenant en présentation conjointe.

**DISPOSITIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES
PRESENTEES PAR LA M.D.S.
AUX LICENCIES DE LA FEDERATION FRANÇAISE
DES MAITRES NAGEURS SAUVETEURS**

Article I - OBJET :

La présente convention a pour objet de mettre en oeuvre un régime collectif de responsabilité civile et de prévoyance destiné aux licenciés de la FEDERATION FRANÇAISE DES MAITRES NAGEURS SAUVETEURS conformément à la loi n° 84-610 du 16 Juillet 1984 modifiée et au décret n° 93-392 du 18 Mars 1993

Article 2 - ASSURES :

2.1. - Licenciés

Sont assurés :

- Les licenciés de la F.F. des Maîtres Nageurs Sauveteurs pratiquant les activités définies à l'article 3 ci-dessous, résidant en France Métropolitaine, en Corse, dans les DOM-T.O.M ou dans les Principautés d'Andorre ou de Monaco.

- Les pratiquants licenciés de la F.F. des Maîtres Nageurs Sauveteurs résidant hors de France, D.O.M.-T.O.M., Andorre et Monaco ne sont assurés que si les activités visées à l'article 3 ci-dessous sont pratiquées dans les pays visés ci-dessus et/ou sous l'autorité de la Fédération, ses comités, clubs, groupements ou associations affiliés.

2.2. – Invités :

- Peuvent être assurés en individuelle accident et en responsabilité civile dans les conditions prévues aux articles 13.9 et 172 de la présente convention les pratiquants occasionnels non licenciés, invités exceptionnellement par le club affilié (maximum 3 jours par an) dès lors que ce dernier a souscrit la garantie spécifique optionnelle " invités ", garantie qui fera l'objet d'un contrat entre le club souscripteur de la garantie et la Mutuelle des Sportifs

Article 3 - ACTIVITES GARANTIES :

3.1. - Sont garanties :

- les activités sportives des licenciés pratiquant le sauvetage sportif et la natation utilitaire,

- les activités physiques et sportives nécessaires à l'entraînement et à la préparation physique des licenciés,

- les activités des licenciés non pratiquants, notamment des dirigeants, en rapport avec l'objet de la Fédération,

dès lors que ces activités sont organisées par la Fédération ou ses organismes affiliés agissant dans le cadre fédéral et qu'elles se déroulent dans les lieux d'installations sportives

appartenant ou mis à disposition de, ou agréés par la F.F.M.N.S., ses comités, clubs, groupements ou associations affiliés,

- les stages avec ou sans hébergement réservés aux seuls licenciés dès lors qu'ils sont organisés et encadrés par la F.F.M.N.S., ses comités, clubs, groupements ou associations affiliés,

- la participation à des activités inscrites au calendrier de la Fédération (compétitions locales, nationales ou internationales),

- les sorties pour la pratique d'entraînement et d'activités physiques et sportives des licenciés dès lors qu'elles sont organisées et encadrées par la F.F.M.N.S., ses comités, clubs, groupements ou associations affiliés.

3.2. - Sont garanties également les activités extra sportives exercées à titre récréatif sous les réserves et conditions suivantes :

La participation à des manifestations festives à caractère privé telles que fêtes, bals, kermesses, repas, sorties **à l'exclusion cependant des conséquences de l'utilisation de véhicule terrestre à moteur**, et seulement dans le cas où ces activités sont organisées par la Fédération ou ses organismes affiliés et que le nombre total de personnes présentes simultanément n'excède pas 500. **Il n'y a pas d'assurance si cette limite venait à être dépassée.**

Sont exclues :

- **toutes manifestations organisées à des fins commerciales (sont admises toutefois les manifestations payantes organisées de façon ponctuelle et procurant à la Fédération ou ses organismes affiliés, des recettes complémentaires non régulières),**

- **toutes manifestations organisées à des fins commerciales ou au profit d'une autre association ou de toute personne morale ou physique,**

- **les risques découlant de courses landaises et corridas.**

3.3 - Les licenciés pratiquants et non pratiquants sont également couverts au cours des déplacements nécessités par les activités visées ci-dessus.

Article 4- CONDITIONS INDIVIDUELLES D'ADHESION

Conformément aux dispositions des articles 37 et 38 de la loi n° 84-610 de la loi du 16 Juillet 1984 modifiée :

- la garantie Responsabilité civile est automatiquement acquise à chaque licencié, sans possibilité de renonciation individuelle,

- les garanties Individuelle Accident, Assistance et Protection Juridique sont également automatiquement acquises sauf renonciation expresse, étant entendu que dans cette hypothèse le licencié ne peut que renoncer globalement aux trois garanties sus visées.

Par ailleurs, le licencié peut à titre volontaire et individuel demander à bénéficier de garanties complémentaires destinées à améliorer sa couverture en cas de dommages corporels.

Article 5 - ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

La garantie s'exerce pour les dommages survenus en France, y compris les Départements et Territoires d'outre-mer et les Principautés d'Andorre et de Monaco.

Elle s'exerce également dans les autres pays du monde entier au cours d'un déplacement ou d'un séjour temporaire ne dépassant pas 90 jours, dès lors que le déplacement ou le séjour est organisé par la Fédération et dès lors que le pays d'accueil n'est pas en état de guerre ou en état d'instabilité politique notoire.

En ce qui concerne les sinistres survenus aux Etats-Unis d'Amérique ou au Canada, il est convenu que :

SONT EXCLUS DE LA GARANTIE :

- **LES DOMMAGES INTERETS PUNITIFS OU EXEMPLAIRES (PUNITIVE DAMAGES OU EXEMPLARY DAMAGES),**
- **LES DOMMAGES DE POLLUTION.**

Article 6 - PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE A L'EGARD DES LICENCIÉS

La garantie est accordée dès l'obtention de la licence à la F.F.M.N.S. ou son renouvellement. Elle cesse à la date de fin de validité de la licence sous réserve de la non résiliation de la présente convention.

En cas d'accident, la preuve de l'adhésion résultera valablement :

- **soit de la production de la copie de la licence régulièrement délivrée dans les délais et mentionnant la date de fin de validité de celle-ci,**
- **soit de la présence du licencié sur un relevé nominatif transmis à la mutuelle.**

En cas de difficulté particulière d'application, la mutuelle et la Fédération se concerteront par tous moyens en vue d'établir la réalité de l'adhésion.

Article 7- DECLARATION D'ACCIDENT - Obligation 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.

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 préposés.

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 8 - 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 9 - 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 fautive 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 la Société à l'Assuré, en ce qui concerne le paiement de la cotisation,

. par l'Assuré à la Société, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 10 - MEDIATEUR

En cas de difficulté, l'assuré peut d'abord consulter son interlocuteur habituel, en principe, le responsable de club ou de son groupement; si le désaccord persiste, il peut s'adresser à la Fédération et en troisième ressort à la M.D.S.. Au cas où le litige n'a pu être résolu par ces voies, l'assuré peut demander les coordonnées du médiateur compétent, dont les conditions de saisine lui seront communiquées sur simple demande.

Article 11 - INFORMATIQUE ET LIBERTE

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la présente convention

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 nO78-17 du 6 Janvier 1978).

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 12 - DEFINITIONS

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

12.1. - 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.

12.2. - 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 du concours médical qui sera utilisé (cf. article 12.3. 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.).

12.3. - Barème du concours médical

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

12.4. - 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.

12.5. - 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.

12.6. - Enfants à charge

Les enfants de l'assuré ou de son conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs âgés de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études et sont rattachés au foyer fiscal de l'assuré ou, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires d'un titre leur reconnaissant un taux d'invalidité au moins égal à 80 %.

12.7. - Subrogation

La MD.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 13 - GARANTIES

13.1. - Garantie: Frais de soins de santé des blessés

En ce qui concerne le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, la MD.S. intervient en complément du Régime Obligatoire de Sécurité Sociale et de tout régime éventuel de prévoyance complémentaire, à concurrence de 100 % du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale et dans la limite des frais réels exposés. Elle rembourse également le forfait journalier hospitalier. Seuls les prothèses dentaires, le bris de lunettes et les frais de transport font l'objet de remboursements spécifiques décrits aux articles 13.2. , 13.3. et 13.4. ci-dessous.

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.

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

13.2. - Garantie: Frais de prothèses dentaires

Les frais de prothèses dentaires font l'objet d'un remboursement forfaitaire dans la limite des frais réels restant à charge, à concurrence de 182,94 euros par dent, qu'il s'agisse d'une dent fracturée lors de l'accident ou d'une prothèse déjà existante nécessitant une réparation ou un remplacement du seul fait de l'accident.

13.3. - Garantie: Bris de lunettes

Le bris accidentel de lunettes ou de lentilles fait l'objet d'un remboursement forfaitaire limité à **228,67 euros pour les lunettes et 76,22 euros par lentille** dans la limite des frais réels restant à charge et **s'il s'agit d'un accident de sport sur production d'un certificat médical précisant que l'assuré doit nécessairement porter ses lunettes ou ses lentilles pendant les activités sportives.**

13.4. - Garantie: Frais de transport

Lorsque l'accident survient à moins de 50 km du lieu de domicile du blessé, 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 sont remboursés par la M.D.S à concurrence des frais réels restant à charge.

Il en va de même pour le coût des transports pour se rendre aux soins prescrits par certificat médical, sous réserve d'une prise en charge préalable délivrée par la M.D.S.

Pour les accidents survenant à plus de 50 km du lieu de domicile du blessé, il y a lieu de faire appel à M.D.S. ASSISTANCE conformément aux articles 32 à 36 ci-dessous.

13.5. - Garantie: Indemnités complémentaires spécifiques

L'assuré bénéficie, sur justificatifs, d'indemnités complémentaires spécifiques à concurrence d'un montant global maximal de 1 524,49 euros par accident, dans la limite des frais réels restant à charge et dans les limites précisées ci-dessous par type de dépense :

- les dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux, en complément du régime obligatoire de Sécurité Sociale et de tout régime de prévoyance complémentaire, à concurrence de 200 % du tarif conventionnel de la Sécurité Sociale,
- les prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale **sous la réserve expresse qu'elles soient prescrites médicalement et qu'elles aient fait l'objet d'un accord préalable de la M.D.S. dès lors que la dépense dépasse 91,47 euros (cf. article 14.2. ci-dessous),**
- 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, à concurrence de 15,24 euros par jour,
- les pertes de revenus : lorsque le blessé a été en incapacité temporaire totale de travail suite à un accident pendant plus de 30 jours consécutifs, la M.D.S. verse une indemnité à concurrence de 15,24 euros par jour à compter du 31ème jour.

Les 30 premiers jours d'arrêt de travail ne sont pas indemnisés.

Cette garantie est réservée aux assurés pouvant justifier d'une activité rémunératrice régulière.

- la perte de revenus s'apprécie après tout paiement d'indemnités journalières par le régime obligatoire de Sécurité Sociale et/ou par tout régime de prévoyance complémentaire (obligatoire ou facultatif de l'assuré).

- les frais de remise à niveau scolaire pour les enfants accidentés mineurs à concurrence de 15,24 euros par jour et 1524,49 euros maximum.

13.6. - Garantie: Capital Invalidité

En cas d'invalidité permanente, la M.DS garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est fixé à 30 489,40 euros . Ce capital est versé en totalité lorsque le taux d'IPP est égal à 100 %.

Pour les taux d'invalidité inférieurs à 100 %, le capital effectivement dû est celui figurant au barème annexé à la présente convention (Annexe A).

Ce 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.DS. **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.DS. et qu'il fait l'objet d'une majoration de son taux d'IPP 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.

Le taux d'invalidité est fixé, d'après le barème du concours médical, dans les conditions prévues aux articles 12.2. et 12.3 ci-dessus.

13.7. - Garantie: Option Rente d'Invalidité

En cas d'invalidité permanente totale ou partielle, l'adhérent peut demander la transformation de son capital en rente d'invalidité Les conditions de la rente seront celles en vigueur au moment de l'option. La rente sera revalorisable annuellement par incorporation des produits financiers résultant des placements financiers

13.8. - Garantie: Capital Décès

En cas de décès, la M.D.S. garantit le versement d'un capital

Ce capital est de :

- **3 048,98 euros** si l'assuré est un enfant mineur non émancipé,

- **12 195,92 euros** si l'assuré est majeur ou mineur émancipé, ce capital de base étant majoré de 10 % par enfant à charge (article 12.6.).

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, à défaut aux héritiers légaux, à défaut au Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes.

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

13.9. - Extension optionnelle " Invités "

Les invités peuvent bénéficier des garanties individuelle accident **à l'exclusion des garanties visées aux articles 13.4. et 13.5.**

En outre, 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 sont remboursés par la M.D.S. à concurrence des frais réels restant à charge.

Cette garantie optionnelle peut être souscrite sous réserve du paiement d'une cotisation supplémentaire spécifique.

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

14.1 . - Règlement des frais de soins de santé, prothèses dentaires et bris de lunettes

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 affiliés à une caisse chirurgicale ou mutualiste, 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.

En cas d'hospitalisation à l'étranger, une avance de fonds peut être consentie dans les conditions visées à l'article 33.2. ci-dessous.

14.2. - Règlement des indemnités complémentaires spécifiques

- Pour les dépenses hors nomenclature non remboursées par la Sécurité Sociale, l'assuré doit, outre la prescription médicale, adresser un devis à la M.D.S. dès lors que la dépense dépasse 91,47 euros .

Aucune dépense supérieure à 91,47 euros ne sera remboursée sans entente préalable.

- Pour les pertes de revenus, la M.D.S. demandera tout justificatif utile, notamment relevés de la Sécurité Sociale, attestation de l'employeur, documents fiscaux, etc.

- Pour toutes les autres dépenses, la M.D.S. demandera tout justificatif utile.

14.3. - 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.

14.4. - 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,
- une fiche familiale d'état civil de l'assuré,
- un certificat médical indiquant la cause du décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie, le cas échéant,
- la (les) fiche (s) individuelle (s) d'état civil du (ou des) bénéficiaire(s).

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 et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,**
- **les suicides conscients ou inconscients,**
- **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.**

ASSURANCE DE LA RESPONSABILITE CIVILE DES LICENCIÉS DE LA FEDERATION FRANÇAISE DES MAÎTRES NAGEURS SAUVETEURS

AZUR Assurances IARD, dans le respect des dispositions du Code des Assurances, garantit les assurés contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qu'ils peuvent encourir à raison des dommages corporels, matériels et immatériels, tels que définis à l'article 16.1., causés aux tiers et survenus pendant les activités garanties telles que décrites à l'article 3 ci-dessus.

Article 16 - DEFINITIONS

16.1 . – Dommages

16.1 .1 . - Dommages corporels

Les conséquences pécuniaires d'atteintes physiques ou morales à la personne humaine.

16.1.2. - Dommages matériels

Les conséquences pécuniaires de la détérioration, destruction ou perte d'une chose ou d'une substance, ainsi que toute atteinte physique à un animal.

16.1 .3. - Dommages immatériels

Tous dommages autres que corporels ou matériels lorsqu'ils sont la conséquence directe de dommages corporels ou matériels garantis et qui résultent de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par un bien meuble ou immeuble, de la perte d'un bénéfice.

16.2. - Franchise :

Part du dommage indemnisable restant dans tous les cas à la charge de l'assuré et déduite de tout règlement de sinistre.

16.3. - Sinistre :

Le premier des deux événements suivants :

- toute déclaration faite par l'assuré à la société d'un fait ou d'un événement,
- toute réclamation du tiers lésé, amiable ou judiciaire, portée à la connaissance de la société, susceptible d'entraîner l'application de la garantie.

En outre, toutes les déclarations ou réclamations se rattachant à une même cause initiale, constituent un seul et même sinistre dont la date sera celle de la première déclaration ou réclamation

Les conditions et limites des garanties seront celles en vigueur à la date du sinistre.

16.4. - Tiers :

16.4.1. - Toute personne autre que l'assuré responsable du dommage.

16.4.2. - Les différents assurés sont tous tiers entre eux.

Article 17 - EXTENSIONS PARTICULIÈRES DES GARANTIES

17.1. - En sus des assurés visés à l'article 2 ci-dessus, sont également garantis les parents ou

personnes civilement responsables du fait d'assurés mineurs.

Cette extension est accordée sans cotisation spécifique complémentaire.

17.2. - Les invités peuvent bénéficier des garanties responsabilité civile. Cette garantie optionnelle peut être souscrite sous réserve du paiement d'une cotisation supplémentaire spécifique.

Article 18 - EXCLUSIONS

Sont exclues des garanties :

18.1 . - Les dommages causés par une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré.

18.2. - Les dommages causés par la guerre :

18.2.1 : étrangère (déclarée ou non) auquel cas l'assuré doit prouver que le sinistre résulte d'un fait différent de la guerre étrangère,

18.2.2 : ou civile, auquel cas c'est à l'assureur de prouver que le sinistre résulte de cet événement.

18.3. - Les dommages ou l'aggravation des dommages causés par :

18.3.1 : des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome,

18.3.2 : tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou par toute autre source de rayonnements ionisants et qui engagent la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire,

18.3.3 : par toute source de rayonnements ionisants (en particulier tout radio-isotope) utilisée ou destinée à être utilisée hors d'une installation nucléaire et dont l'assuré, ou toute personne dont il répond, a la propriété, la garde ou l'usage, ou dont il peut être tenu pour responsable du fait de sa conception, sa fabrication ou son conditionnement.

18.4. - Les conséquences pécuniaires des dommages résultant d'émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme, sabotage ainsi que des accidents dus à des grèves ou lock out de la personne morale assurée.

18.5. - Les amendes quelle qu'en soit la nature.

18.6. - Les dommages y compris le vol, causés aux biens dont l'assuré responsable du sinistre est propriétaire, locataire, dépositaire ou gardien.

18.7. - Les dommages résultant de la pratique d'activités autres que celles définies aux conditions particulières et en tout état de cause des activités suivantes: sports aériens, sports comportant l'usage de véhicules terrestres à moteur, utilisation d'embarcation d'une longueur supérieure à 5 mètres 50, ou équipée d'un moteur de plus de 10 CV ou pouvant transporter plus de 10 personnes, saut à l'élastique, alpinisme et escalade, canyoning, spéléologie.

18.8. - Les dommages immatériels autres que ceux définis à l'article 16.1.3.

18.9. - Les dommages causés par tous engins ou véhicules ferroviaires, aériens, spatiaux, maritimes, fluviaux.

18.10. - Les dommages causés à l'occasion d'activités ayant fait l'objet de la souscription d'un contrat d'assurance en vertu d'obligation légale, par exemple l'utilisation de véhicules terrestres à moteur et leur remorque, les actes de chasse ou de destruction d'animaux malfaisants ou nuisibles.

18.11 . - Les conséquences pécuniaires des dommages résultant de toutes atteintes à l'environnement, c'est-à-dire :

- l'émission, la dispersion, le rejet ou le dépôt de toute substance solide, liquide ou gazeuse diffusée par l'atmosphère, les eaux ou le sol,

- la production d'odeurs, bruits, vibrations, variations de température, ondes, radiations

ou rayonnements excédant la mesure des obligations ordinaires de voisinage, qui ne résulterait pas d'un événement accidentel imputable directement à l'assuré.

Article 19 - MONTANT DES GARANTIES ET DES FRANCHISES

Les garanties sont accordées dans la limite des sommes stipulées au tableau des limites de garanties et de franchise ci-dessous.

Lorsque la limite est fixée :

- par sinistre, la somme mentionnée constitue l'engagement maximum de la société pour l'ensemble des réclamations se rattachant à une même cause initiale, quel que soit le nombre des victimes et l'échelonnement dans le temps des règlements effectués,
- par année d'assurance, la somme mentionnée constitue l'engagement maximum de la société pour l'ensemble des réclamations se rattachant aux sinistres imputables à une année d'assurance, quel que soit le nombre des victimes et l'échelonnement dans le temps des règlements effectués.

L'ensemble des règlements dus au titre d'un sinistre sera imputé à l'année d'assurance au cours de laquelle la première déclaration ou réclamation a été portée à la connaissance de l'assureur.

Ces montants ainsi fixés se réduisent et s'épuisent par tout paiement amiable ou judiciaire d'indemnité, sans reconstitution de la garantie prévue au titre d'un sinistre ou d'une année d'assurance

Pour les sinistres survenus aux Etats-Unis d'Amérique ou au Canada, les frais de défense de l'assuré tels que les honoraires d'avocat ou d'expert, les frais de témoignage ou d'enquête, les frais judiciaires sont inclus dans les montants de la garantie.

GARANTIE	MONTANT	FRANCHISE
Tous dommages confondus dont:	6 097 961 euros par sinistre	Néant
Dommages matériels et immatériels consécutifs	914 964 euros par sinistre	Néant
Dommages immatériels non consécutifs	152 450 euros par année d'assurance	1 525 euros par sinistre

Article 20 - PERIODE DE VALIDITE DE LA GARANTIE

La garantie s'applique aux réclamations formulées entre la date de prise d'effet de la présente convention et la fin du sixième mois suivant sa date d'expiration dans la mesure où elles se rattachent à des dommages survenus pendant la période d'effet de la garantie ou avant cette prise d'effet sous réserve qu'à cette date l'assuré n'en ait pas eu connaissance.

Article 21 - LIEU DE REGLEMENT

Les indemnités pouvant être à la charge de l'assuré à l'Etranger lui seront uniquement réglées en France, à concurrence de leur contre-valeur officielle en euros équivalents en Francs Français.

Article 22 - SUBROGATION

AZUR est subrogée jusqu'à concurrence des indemnités versées par elle dans les droits et actions de l'assuré contre tout responsable du sinistre (article L 121-12 du Code des Assurances)

Si la subrogation ne peut pas, du fait de l'assuré, s'opérer en faveur d'AZUR, la garantie cesse pour la partie de garantie objet de cette subrogation.

Par ailleurs, l'assuré s'engage à rembourser à AZUR toute somme que celle-ci aura avancée qui lui serait directement réglée par un tiers, y compris les sommes accordées au titre de l'article 700 du nouveau Code de Procédure Civile - ou de ses équivalents devant les autres juridictions - pour frais et honoraires non compris dans les dépens.

GARANTIE « PROTECTION JURIDIQUE DE BASE »

La Mutuelle des Sportifs (M.D.S.), dans le respect des dispositions du Code de la Mutualité, garantit aux personnes désignées ci-après ayant la qualité d'assuré, une protection juridique de base, dans les conditions visées aux articles 23 à 31 ci-dessous.

Article 23 - DEFINITION

- **Tiers** : Toute personne autre que l'assuré, étant précisé que les différents assurés sont tous tiers entre eux.

Article 24 - SINISTRE GARANTI

Le sinistre garanti est le litige ou le différend dont le fait générateur se situe pendant la période où l'assuré a la qualité de licencié de la Fédération et pendant la durée de l'accord collectif liant la Mutuelle des Sportifs à la Fédération Française des Maîtres Nageurs Sauveteurs.

Article 25 - OBJET DE LA GARANTIE

25.1. - Recours de l'assuré non responsable

La M.D.S s'engage à réclamer, soit à l'amiable, soit devant toute juridiction, la réparation pécuniaire du préjudice corporel, matériel et immatériel, subi par l'assuré en France et dans les pays membres de l'Union Européenne.

- à l'occasion des activités définies à l'article 3 de la présente convention,
- lorsque la responsabilité totale d'un tiers est engagée.

Si la responsabilité de l'assuré est engagée, la défense de ses intérêts est prise en charge par AZUR dans le cadre de la garantie "Responsabilité Civile" (article 16 à 22 inclus).

25.2. - Défense pénale

La M.D.S. s'engage, en cas d'accident mettant en jeu la garantie " responsabilité civile" acquise à l'assuré, à assumer sa défense pénale devant les juridictions répressives ou les commissions administratives.

La garantie n'est toutefois pas acquise en cas de dommages intentionnellement causés par l'assuré ou avec sa complicité.

Article 26 - CONTENU DE LA GARANTIE

26.1. - La M.D.S. fournit à l'assuré les avis et services appropriés à la recherche d'une solution amiable.

26.2. - Elle met à sa disposition une personne qualifiée ou un avocat :

- a) s'il fait l'objet de poursuites pénales ;
- b) en cas d'échec de la procédure amiable si son recours nécessite une action en justice.

Article 27 - LIBRE CHOIX DE LA PERSONNE QUALIFIEE ou DE L'AVOCAT

Si une action en justice est nécessaire, l'assuré dispose du libre choix de la personne qualifiée ou de l'avocat chargé de la défense de ses intérêts.

Toutefois, seule la M.D.S. aura la qualité de saisir cette personne qualifiée ou cet avocat.

Article 28 - HONORAIRES ET FRAIS

La M.D.S prend en charge :

- Pour défendre les droits de l'assuré à l'amiable :
 - . les frais relatifs aux avis et services qu'elle fournit elle-même,
- Pour défendre les intérêts de l'assuré en justice :
 - . les frais et honoraires de la personne qualifiée ou de l'avocat chargé de la défense de ses intérêts, **dans la limite des montants et plafonds indiqués au barème annexé à la présente convention** (Annexe B),
 - . les frais de procédure et les sommes mises à la charge de l'assuré au titre des dépens et des frais irrépétibles.

Article 29 - SUBROGATION

Les sommes attribuées à l'assuré au titre des dépens, des articles 700 du Nouveau Code de Procédure civile, 475-1 du Code de Procédure Pénale et L 8-1 du Code des Tribunaux Administratifs et des Cours Administratives d'Appel sont acquises à la M.D.S.

Cependant, elles sont réparties entre la M.D.S. et l'assuré, au prorata de leurs dépenses respectives, lorsque des honoraires ou frais sont restés à la charge de l'assuré.

Article 30 - DESACCORD ENTRE L'ASSURE ET LA M.D.S.

Sur simple demande de l'assuré, tout désaccord survenant entre lui-même et la M.D.S. au sujet des mesures à prendre pour régler un différend, sera soumis à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord ou à défaut par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé.

Les frais exposés sont à la charge de la M.D.S.. Cependant, le Président du Tribunal de Grande Instance peut en décider autrement s'il estime que l'assuré a usé de cette faculté dans des conditions abusives.

Si l'assuré a engagé à ses frais une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par la M.D.S. ou par la tierce personne mentionnée ci-dessus, la M.D.S. l'indemniserà des frais exposés pour l'exercice de cette action dans la limite du montant de la garantie.

Article 31 - SEUIL D'INTERVENTION

La garantie ne peut être mise en jeu que lorsque le préjudice de l'assuré, après d'éventuelles indemnisations déjà obtenues par ailleurs, est supérieur à 255 euros.

GARANTIE ASSISTANCE

Mutuaide Assistance, dans le respect des dispositions du Code des Assurances assure les garanties " M.D.S. 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 3 ci-dessus.

Article 32 - DEFINITIONS

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

32.1 . - 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.

32.2. - 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 33 - GARANTIES

33.1. - 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.

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

Avant son départ, le bénéficiaire doit se munir du formulaire E 111 délivré 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 euros .

Franchise: Franchise relative de 15,24 euros 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.

33.3. - 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.

33.4. - 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.

33.5. - 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 euros 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.

Article 34 - EXCLUSIONS GENERALES

- DANS TOUS LES CAS LES PRESTATIONS OUI N'ONT PAS ETE DEMANDEES ET/OU OUI 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 rassuré.**
- **Les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par rassuré.**

Article 35 - MISE EN CEUVRE 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 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 36 - 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.

ANNEXE A

CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA M.D.S. AU TITRE DE L'ARTICLE 13.6 DE LA PRESENTE CONVENTION

TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX
100%	30 489,80 €	75%	22 867,35 €	50%	7 622,45 €	25%	1 524,49 €
99%	30 184,91 €	74%	22 562,45 €	49%	7 470,00 €	24%	1 463,51 €
98%	29 880,01 €	73%	22 257,56 €	48%	7 317,55 €	23%	1 402,53 €
97%	29 575,11 €	72%	21 952,66 €	47%	7 165,10 €	22%	1 341,55 €
96%	29 270,21 €	71%	21 647,76 €	46%	7 012,65 €	21%	1 280,57 €
95%	28 965,31 €	70%	21 342,86 €	45%	6 860,21 €	20%	1 219,59 €
94%	28 660,42 €	69%	21 037,96 €	44%	6 707,76 €	19%	1 158,61 €
93%	28 355,52 €	68%	20 733,07 €	43%	6 555,31 €	18%	1 097,63 €
92%	28 050,62 €	67%	20 428,17 €	42%	6 402,86 €	17%	1 036,65 €
91%	27 745,72 €	66%	20 123,27 €	41%	6 250,41 €	16%	975,67 €
90%	27 440,82 €	65%	19 818,37 €	40%	6 097,96 €	15%	914,69 €
89%	27 135,93 €	64%	19 513,47 €	39%	5 945,51 €	14%	853,71 €
88%	26 831,03 €	63%	19 208,58 €	38%	5 793,06 €	13%	792,73 €
87%	26 526,13 €	62%	18 903,68 €	37%	5 640,61 €	12%	731,76 €
86%	26 221,23 €	61%	18 598,78 €	36%	5 488,16 €	11%	670,78 €
85%	25 916,33 €	60%	18 293,88 €	35%	5 335,72 €	10%	609,80 €
84%	25 611,43 €	59%	8 994,49 €	34%	5 183,27 €	9%	548,82 €
83%	25 306,54 €	58%	8 842,04 €	33%	2 012,33 €	8%	487,84 €
82%	25 001,64 €	57%	8 689,59 €	32%	1 951,35 €	7%	426,86 €
81%	24 696,74 €	56%	8 537,14 €	31%	1 890,37 €	6%	365,88 €
80%	24 391,84 €	55%	8 384,70 €	30%	1 829,39 €	5%	304,90 €
79%	24 086,94 €	54%	8 232,25 €	29%	1 768,41 €	4%	243,92 €
78%	23 782,05 €	53%	8 079,80 €	28%	1 707,43 €	3%	182,94 €
77%	23 477,15 €	52%	7 927,35 €	27%	1 646,45 €	2%	121,96 €
76%	23 172,25 €	51%	7 774,90 €	26%	1 585,47 €	1%	60,98 €

ANNEXE B

PLAFONDS DE GARANTIE ET BAREME DE REMBOURSEMENT DES HONORAIRES ET FRAIS DE LA PERSONNE QUALIFIEE OU DE L'AVOCAT CHARGE DE LA DEFENSE DE VOS INTERETS

OBJET	LIMITES DE GARANTIE	SEUIL D'INTERVENTION EN RECOURS	FRANCHISE
Frais assurés	15.245 EUR	255 EUR	NEANT

Dont :

Barème de remboursement des honoraires d'avocat incluant les frais de fonctionnement.

OBJET	LIMITES DE GARANTIE TTC
<ul style="list-style-type: none"> - Tribunal de police - Commissions 	240 euros par affaire
<ul style="list-style-type: none"> - Mesures d'instruction, d'information, d'expertise 	280 euros par vacation
<ul style="list-style-type: none"> • Référé, quelque soit la juridiction • Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale 	470 euros par plaidoirie
<ul style="list-style-type: none"> - Juge de l'exécution , quelque soit la Juridiction 	520 euros par affaire
<ul style="list-style-type: none"> - Transaction amiable menée de bout en bout 	560 euros par affaire
<ul style="list-style-type: none"> • Tribunal d'instance • Commission d'indemnisation des Victimes d'infraction • Tribunal de Police : 5ème classe 	580 euros par affaire
<ul style="list-style-type: none"> • Tribunal de Grande Instance: Affaires civiles , pénales • Tribunal Administratif 	650 euros par plaidoirie
<ul style="list-style-type: none"> • Cour d'Appel (affaires civiles, pénales, administratives): <ul style="list-style-type: none"> - affaires déjà plaidées par l'avocat en 1ère instance - Affaires nouvelles pour l'avocat 	730 euros par plaidoirie 820 euros par plaidoirie
<ul style="list-style-type: none"> • Cour d'Assises 	910 euros par journée
<ul style="list-style-type: none"> • Cour de Cassation, Conseil d'Etat, Juridictions Européennes 	1.850 euros par affaire

**M.D.S. – 2/4 RUE LOUIS DAVID– BP 605 – 75782 PARIS CEDEX 16
TEL :01 53 04 86 86 – FAX :01 53 04 86 87**