ASSOCIATION POUR L'ASSURANCE CONFEDERALE - A.P.A.C
21 rue Saint-Fargeau – CS 72021 – 75989 PARIS CEDEX 20
MUTUELLE ACCIDENTS CONFEDERATION GENERALE DES ŒUVRES LAIQUES - M.A.C

NOTICE D'INFORMATION
AU PROFIT DES LICENCIES UFOLEP BENEFICIAIRES DES GARANTIES APAC
VOS GARANTIES D'ASSURANCE ET INDIVIDUELLE ACCIDENT

PREAMBULE : Ces garanties sont accordées aux licenciés UFOLEP sous réserve de l'acceptation par leur association des garanties d'assurance APAC **(à l'exception des activités relevant de la catégorie « Risques Exceptionnels R4 » parachutisme, vol à voile, vol libre, modélisme aérien 25 kg et +, jet-ski, aéroglisseur, hydroglisseur, ULM, pour lesquelles aucune garantie d'assurance n'est proposée avec la licence).**

Par ailleurs, les garanties Individuelle Accident de la MAC sont accordées aux licenciés UFOLEP ayant accepté le bénéfice de ces garanties lors de la prise de leur licence et ce, conformément aux mentions obligatoires figurant sur le bordereau d'adhésion individuel.
CONTACTEZ LA DELEGATION APAC ASSURANCES DE VOTRE DEPARTEMENT POUR VERIFIER QUE VOUS BENEFICIEZ DES GARANTIES DETAILLEES CI-APRES.

CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 – DATE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES

Sous réserve des mentions figurant au préambule, ces garanties sont accordées à compter de l'homologation de la licence UFOLEP par la Délégation départementale APAC jusqu'au **31 octobre.**
En l'absence du renouvellement de la licence UFOLEP au plus tard le 31 octobre, les garanties cessent intégralement à compter du 1er novembre à 0 heure.

ARTICLE 2 – ACTIVITES GARANTIES

Sont garanties les activités physiques et sportives et activités de plein air et d'entretien déclarées lors de l'adhésion. Ces garanties sont accordées pour la pratique desdites activités :
- au sein de l'association UFOLEP de base du licencié,
- à titre personnel, hors de tout groupement organisé (loisirs privés, vacances familiales, etc.),
- lors de stages, regroupements et activités organisés par l'UFOLEP ou par une autre association UFOLEP.

En revanche, **sont exclues les activités (compétitives ou non) pratiquées dans le cadre d'une fédération sportive délégataire (unisport/multisport), affinitaire, ou sous les auspices de celle-ci (ou d'une association relevant de cette fédération).**

CHAPITRE 2 – GARANTIES D'ASSURANCE

SOUS RESERVE DES DISPOSITIONS MENTIONNEES AU PREAMBULE, SONT ACCORDEES LES GARANTIES RESPONSABILITE CIVILE, DEFENSE PENALE ET RECOURS, BIENS DES PERSONNES PHYSIQUES (SAUF EFFETS VESTIMENTAIRES), ASSISTANCE RAPATRIEMENT.

LE CONTENU, LES LIMITES ET LES EXCLUSIONS DE CES GARANTIES SONT SPECIFIQUEMENT DETAILLES DANS LA NOTICE MULTIRISQUE ADHERENTS ASSOCIATION ACTIVITES SPORTIVES ET DE PLEIN AIR DISPONIBLE AU SEIN DE VOTRE ASSOCIATION.

ARTICLE 3 – ACTE D'ENGAGEMENT DES LICENCIES PRATIQUANT UNE ACTIVITE CYCLISTE RISQUE R5

Les activités cyclistes des associations UFOLEP enregistrent une sinistralité très importante qui déséquilibre l'ensemble des résultats techniques. Par conséquent, une prise de conscience généralisée est indispensable quant au respect des consignes et règles de sécurité afin de limiter les risques inhérents à ces activités et réduire les mises en cause de responsabilité civile émanant de participants blessés.

Les licenciés UFOLEP pratiquant ces activités R5 (duathlon, triathlon, bike and run, bicross, cyclosport, cyclotourisme, vélo-trial, bike-trial, dirt, VTT en compétition, VTT randonnées, épreuves combinées et raid multi-activités avec activités cyclistes) **s'engagent formellement à respecter les conditions de sécurité édictées par l'UFOLEP et les Fédérations délégataires, y compris en ce qui concerne le port obligatoire du casque. Le respect de ces engagements conditionne l'octroi des garanties d'assurance APAC détaillées dans la Multirisque Adhérents Association Activités Sportives et de Plein Air. Ils s'engagent également au strict respect du Code de la Route pour les pratiques sur voie publique.**

Les licenciés prennent note que sont exclues des garanties de responsabilité civile toute participation à une épreuve ou compétition cycliste notamment soumise à déclaration administrative préalable (Article R.331-6 à R.333-17-2 du Code du Sport).

MUTUALITÉ FRANÇAISE

ARTICLE 4 – ACTE D'ENGAGEMENT DES LICENCIES PRATIQUANT UNE ACTIVITE MOTORISEE RISQUE R6

Les activités motorisées des associations UFOLEP enregistrent une sinistralité très importante qui déséquilibre l'ensemble des résultats techniques. Par conséquent, une prise de conscience généralisée est indispensable quant au respect des consignes et règles de sécurité afin de limiter les risques inhérents à ces activités et réduire les mises en cause de responsabilité civile émanant de participants blessés.

Les licenciés UFOLEP pratiquant ces activités R6 s'engagent formellement à respecter les conditions de sécurité édictées par l'UFOLEP et les Fédérations délégataires. Le respect de ces engagements conditionne l'octroi des garanties d'assurance APAC détaillées dans la Multirisque Adhérents Association Activités Sportives et de Plein Air.

Les licenciés UFOLEP pratiquant ces activités prennent note que :

- **Les garanties de responsabilité civile sont accordées exclusivement pour la pratique sur circuits clôturés et homologués (ou bénéficiant d'un agrément UFOLEP pour les terrains de TRIAL). Toute pratique sur voie ouverte à la circulation publique est exclue (1) et relève de l'assurance Responsabilité civile obligatoire qui doit être souscrite par tout propriétaire d'engin motorisé (Article L.211-1 du Code des Assurances).**
- **Est exclue des garanties de responsabilité civile toute participation à des épreuves, compétitions ou manifestations (et leurs essais) soumises à déclaration ou autorisation administrative préalable conformément aux articles R.331-18 à R.331-44 du Code du Sport (concentrations ou manifestations organisées sur la voie publique, sur circuits ou terrains ou dans les lieux non ouverts à la circulation publique).**

(1) Les licenciés pratiquant des activités hors terrain ou circuit homologué (exemple : auto trial 4x4, moto trial, moto et quad randonnée loisirs, etc.) bénéficient des seules garanties Défense Pénale et Recours, Biens des personnes physiques, Individuelle Accident et Assistance Rapatriement.

ARTICLE 5 – TERRITORIALITE DES GARANTIES

RESPONSABILITE CIVILE (à l'exclusion de la responsabilité civile liée à l'organisation et à la pratique des activités terrestres motorisées), ASSURANCES DOMMAGES, ASSURANCES DE PERSONNE « ACCIDENT-MALADIE GRAVE » : sans limitation de durée en France métropolitaine, dans les départements d'Outre-mer et les collectivités d'Outre-mer dans lesquels l'assureur pratique des opérations d'assurance (Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin pour sa partie française uniquement), Andorre et Monaco.
Dès lors que la durée totale du voyage ou du séjour n'excède pas un an, dans tous les autres pays du monde ou territoires, notamment dans les pays de l'Union Européenne.
En revanche, ces garanties ne sauraient être accordées dans le département de Mayotte et en Nouvelle Calédonie.

RESPONSABILITE CIVILE ORGANISATION ET PRATIQUE DES ACTIVITES TERRESTRES MOTORISEES : France métropolitaine, départements d'Outre-mer (à savoir Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion) et collectivités d'Outre-mer de Saint-Barthélemy et Saint-Martin (pour sa partie française uniquement), Andorre et Monaco. **En revanche, aucune garantie ne peut être accordée à l'étranger ou dans les autres collectivités que celles visées ci-dessus.**

DEFENSE PENALE ET RECOURS : litiges découlant de faits et événements survenus exclusivement en France Métropolitaine, dans les départements d'Outre-mer et les collectivités d'Outre-mer dans lesquels l'assureur pratique des opérations d'assurance (Guadeloupe, Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin pour sa partie française uniquement), en Andorre et à Monaco.
En revanche, ces garanties ne sauraient être accordées dans le département de Mayotte et en Nouvelle Calédonie.

ARTICLE 6 – ASSUREURS PROCURANT LES GARANTIES

RESPONSABILITE CIVILE (à l'exclusion de la responsabilité civile liée à l'organisation et à la pratique des activités terrestres motorisées), ASSURANCE DE DOMMAGES, DEFENSE PENALE ET RECOURS : Mutuelle Assurance des Instituteurs de France – Société d'assurance mutuelle à cotisations variables – Entreprise régie par le Code des Assurances – CS 90000 – 79038 NIORT CEDEX 9.

RESPONSABILITE CIVILE POUR L'ORGANISATION ET LA PRATIQUE DES ACTIVITES TERRESTRES MOTORISEES : AMS Ré – Tour Franklin Défense 8 – 92042 PARIS LA DEFENSE CEDEX.

ASSISTANCE : garantie octroyée par la MAIF 79038 NIORT CEDEX 9 et mise en œuvre par INTER MUTUELLES ASSISTANCE (IMA) G.I.E – Groupement d'intérêt économique au capital de 3.750.000 € – Siège social : 118 avenue de Paris – 79000 NIORT.

ARTICLE 7 – TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

APAC ASSURANCES met à votre disposition un dispositif de règlement des litiges qui garantit la transparence et le respect des droits des assurés. Dans tous les cas de désaccord sur la mise en œuvre de ces garanties, les collaborateurs de l'APAC ASSURANCES sont à la disposition des assurés pour rechercher une solution.
Si malgré tout, un litige persiste, vous pouvez, à tout moment présenter une réclamation par lettre simple adressée à APAC ASSURANCES - Service Gestion des Réclamations, 21 rue Saint-Fargeau – CS 72021 – 75989 PARIS CEDEX 20 ou par messagerie électronique : apac-reclamations@laligue.org.

Si après examen de la réclamation, le désaccord n'a toujours pas été résolu, l'assuré peut saisir le médiateur de la MAIF, 79016 Niort Cedex 9, qui interviendra selon les modalités et dans les limites prévues par le protocole de la Médiation du Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (Gema). Ce protocole peut être adressé à l'assuré sur simple demande auprès du service Réclamations visé ci-dessus.

L'APAC s'engage à respecter les positions exprimées par le Médiateur, personnalité indépendante de la Société. En revanche, son avis ne lie pas l'assuré qui conserve la possibilité de saisir le médiateur du Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (Gema Médiation, 9 rue de Saint-Pétersbourg 75008 PARIS), qui intervient dans le cadre de ce même protocole, ou le Tribunal compétent.

ARTICLE 8 - TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel pouvant être recueillies par l'APAC font l'objet de traitements ayant pour finalités la réalisation des opérations précontractuelles, la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats.

Ces données à caractère personnel, celles relatives aux opérations de pré-souscription, à la gestion des sinistres et des contrats peuvent faire l'objet de traitements pour le suivi et l'amélioration de la relation commerciale, ainsi que dans le cadre des dispositifs de lutte contre la fraude et en application de la législation dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent, et le financement du terrorisme.

Ces données pourront être utilisées pour la personnalisation des offres et l'envoi d'informations sur les produits et services proposés ou distribués par l'APAC.

Les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression de leurs données à caractère personnel, ainsi que de la possibilité de définir les directives particulières relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ces données après décès. Elles peuvent exercer ces droits à tout moment en adressant leur demande à l'adresse rgpdassu@laligue.org.

Les données sont conservées conformément à la durée nécessaire aux finalités mentionnées et pour les durées de prescriptions éventuellement applicables.

CHAPITRE 3 – ASSURANCE DE PERSONNES « ACCIDENT - MALADIE GRAVE »

Telles que mentionnées au préambule, ces garanties Individuelle Accident de la MAC sont accordées aux licenciés UFOLEP ayant accepté le bénéfice de ces garanties lors de la prise de leur licence et ce, conformément aux mentions figurant sur leur bordereau d'adhésion individuel.

Cette garantie est régie par le Code de la Mutualité, les statuts et le règlement mutualiste de la MAC, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité – immatriculation au registre des Mutuelles – n° 331903757 – 3 rue Récamier 75007 PARIS.

ARTICLE 9 – DELAI DE DECLARATION

Conformément aux dispositions de l'article L.211-11 du Code de la Mutualité, toute déclaration pouvant donner lieu au versement de prestations doit parvenir à la MAC dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Ce délai de déclaration est porté à 10 ans si les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

ARTICLE 10 – CUMUL DE GARANTIES

Si des garanties de même nature ont été contractées auprès de plusieurs organismes, chacune d'elle produit ses effets dans la limite des garanties quelle que soit la date de souscription. Le membre a donc l'obligation de déclarer l'existence de ces garanties.

Dans cette limite et après intervention de la Sécurité Sociale ou de tout autre régime spécifique équivalent, l'adhérent adresse sa demande de remboursement à l'organisme complémentaire de son choix.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée conformément au 2ème alinéa du décret n° 90.769 du 30/08/1990 pris pour l'application de l'article 9 de la loi n° 89.1009 du 31/12/1989.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux prestations forfaitaires « invalidité et décès ».

ARTICLE 11 – DEFINITION DE L'ACCIDENT CORPOREL ET DE LA MALADIE GRAVE

L'« *accident corporel* » est défini comme « toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure » survenu au cours ou à l'occasion des activités garanties et par assimilation, les intoxications alimentaires. Par extension, les décès soudains survenus au cours ou à l'occasion d'une activité sportive sont considérés comme « accident », quelle qu'en soit la cause.

La « *maladie grave* » est définie comme maladie médicalement constatée se déclarant au cours d'un voyage ou séjour, d'une durée égale ou supérieure à 72 heures consécutives, entraînant :

- un arrêt total des activités de plus de 20 jours,

ou

- une hospitalisation médicale ou chirurgicale, soit dans un établissement hospitalier public ou privé supérieure à un jour, soit à domicile.

Ces définitions s'appliquent à l'ensemble des prestations indemnitaires et forfaitaires mentionnées ci-dessous.

ARTICLE 12 – FRAIS DE SOINS (en cas d'accident corporel ou de maladie grave)

Est assurée aux membres participants la prise en charge du remboursement des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, soins dentaires, d'hospitalisation (y compris forfait hospitalier) et de transport du blessé, restés à charge après intervention des organismes sociaux et dans la mesure où ils relèvent d'une prescription médicale.
Les frais d'intervention chirurgicale esthétique pure sont exclus de la garantie.

Conditions d'intervention
Le bénéficiaire des garanties doit régler directement le montant des frais engagés, la Mutuelle ne procédant qu'au remboursement de ceux-ci.
Les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de transport, d'appareillage sont pris en charge par la Mutuelle dans la mesure où ceux-ci relèvent de prestations normalement prévues par le Code de la Sécurité Sociale ou par tout autre régime obligatoire et qu'ils ont été engagés sur prescription médicale.

Si l'adhérent est :

1. **assujetti** à un régime de Sécurité Sociale, le remboursement est égal à la différence entre le montant calculé sur la base du tarif conventionnel et les prestations versées par la Caisse dont dépend l'intéressé.
2. **non assujetti** à un régime de Sécurité Sociale, le remboursement est égal à la différence entre le montant calculé sur la base du tarif conventionnel et les prestations qui auraient été versées par la Caisse d'Assurance Maladie du lieu de domicile de l'adhérent.

Au-delà du tarif plafond conventionnel, les frais de soins, pharmaceutiques, prothétiques et d'hospitalisation garantis peuvent donner lieu à majoration dans la limite de 200% de ce tarif-plafond. Aucun dépassement de tarif justifié par la situation de fortune du bénéficiaire ne peut donner lieu à majoration. Pour les frais médicaux prescrits mais non codifiés (PHN : Prestations Hors Nomenclature) ou sans tarif-plafond conventionnel (NR), la prise en charge sera plafonnée à 600 €.

En tout état de cause, la Mutuelle ne prend pas en charge la contribution forfaitaire instaurée par la loi du 13 août 2004 (1 € au 1er juillet 2005), ni l'augmentation du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires liés au non respect du parcours de soins (et ce, conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale).
La Mutuelle ne prend pas non plus en charge les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter conformément à l'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Durée du service des prestations
1 – En cas d'accident :
Le versement des frais de soins, prestations complémentaires et frais de premier appareillage cesse à la date de guérison ou de consolidation des blessures et en cas d'invalidité, à la date de fixation du degré d'invalidité.
Le service peut être repris si, postérieurement à la date de consolidation ou de fixation du degré d'invalidité, l'état de l'intéressé présente une aggravation mais à condition qu'il soit reconnu, après expertise, que cet état est la conséquence de l'accident ayant ouvert droit aux premières prestations.

2- En cas de maladie :
Les prestations ne peuvent être versées pendant plus de 60 jours à compter du premier acte médical pour la même maladie.

ARTICLE 13 – AUTRES PRESTATIONS INDEMNITAIRES ACCORDEES EN CAS D'ACCIDENT CORPOREL SEULEMENT

13.1 – Frais de premier appareillage
Sont remboursés les frais de premier appareillage prothétique ou orthopédique jusqu'à la date de fixation du degré définitif d'invalidité. Toutefois, pour les mineurs, dans le cas où le médecin commis par la MAC l'estime nécessaire, la Mutuelle, outre les frais de premier appareillage, remboursera ceux de remplacement ou de modification de l'appareil, pour l'adapter à l'évolution des séquelles ou à la croissance de l'enfant, jusqu'à l'âge de 18 ans.
Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux prothèses dentaires, lunettes et lentilles.

13.2 – Frais d'appareillages prothétiques ou orthopédiques existants
Les frais de remplacement ou de réparation d'un appareil existant endommagé lors d'un accident corporel, sont pris en charge dans la limite, par sinistre, du plafond forfaitaire fixé au tableau des garanties, **sauf lunettes, lentilles et prothèses dentaires**.

13.3 – Prestations complémentaires
Prestations destinées à compenser, pièces justificatives à l'appui, soit les pertes de salaires ou de revenus de l'accidenté (ou de ses parents se rendant à son chevet pour les mineurs), soit les frais de garde ou d'assistance ou de rattrapage scolaire de la victime.

13.4 – Frais de prothèse dentaire
En cas d'atteinte définitive d'une dent ou de bris d'une dent prothétique, il est alloué un remboursement pour les prothèses ordonnées médicalement. Ce remboursement sera payé sur justificatifs sans pouvoir excéder le plafond par dent, prévu au tableau des garanties.
Dans le cas où la prothèse ne peut être réalisée dans le délai de deux ans après l'accident et sur justification médicale de ce délai et de la nécessité d'une prothèse, l'adhérent ou son représentant légal pour les mineurs, dispose de la faculté de choix entre les options suivantes :

- versement immédiat et **à titre définitif** de l'indemnité forfaitaire fixée ci-dessus,
- remboursement après réalisation de la restauration prothétique sous réserve que celle-ci soit effectuée avant le vingtième anniversaire de l'adhérent concerné. La limite du remboursement sera alors celle en vigueur au moment de la restauration prothétique effective.

13.5 – Frais de lunettes et lentilles (y compris lunettes ou verres de contact pour amblyope)
Remboursement des frais de remplacement ou de réparation des lunettes, lentilles cornéennes brisées ou perdues à la suite d'un accident corporel garanti, dans la limite, par accident, du forfait fixé au titre du tableau des garanties.

13.6 – Frais de secours ou de recherche
En cas d'accident ou de disparition et sur justification des frais exposés par les professionnels des secours, un remboursement maximum par personne est assuré dans la limite du forfait fixé au tableau des garanties.

13.7 – Frais de transport de l'accompagnateur reconnu médicalement indispensable
Si l'état de la victime transportée nécessite un accompagnement, les frais de transport de l'accompagnateur reconnu médicalement indispensable sont remboursés dans la limite par accident du forfait prévu au tableau des garanties.

ARTICLE 14 – PRESTATION INVALIDITE PERMANENTE « ACCIDENT CORPOREL »

Lors d'un accident garanti, les personnes physiques assurées bénéficient du capital pour lequel elles ont cotisé (cf. tableau des garanties) en cas d'invalidité permanente (déterminée par référence au Barème Indicatif des Déficits Fonctionnels Séquellaires en Droit Commun du Concours Médical - Edition 2003). Si l'invalidité est partielle, le capital est réduit proportionnellement au degré d'I.P.P. fixée par expertise.
Le capital de base ou le capital majoré par adhésion volontaire est triplé pour la seule tranche des invalidités comprises entre 51 et 100% sans toutefois dépasser le plafond maximum de 152.450 €.

A réception du certificat médical faisant état d'une invalidité à déterminer par expertise, la Mutuelle missionne à ses frais un médecin pour examiner la victime. A la réception du rapport de ce médecin, la Mutuelle propose le taux d'invalidité reconnu et le capital correspondant à la victime. Ce dernier établit un rapport par référence au Barème indicatif des Déficits Fonctionnels

Séquellaires en Droit Commun du Concours Médical (Edition 2003), **étant précisé que l'incapacité pour perte de dent ou celle portant sur des séquelles purement « subjectives », de même que les préjudices esthétique, d'agrément, scolaire et le prix de la douleur sont exclus.**

A réception de ce rapport, la Mutuelle propose le taux d'invalidité reconnu et le capital correspondant à la victime, ou pour les mineurs, à ses représentants légaux.

Si le médecin commis par la MAC estime que la consolidation des blessures n'est pas acquise parce qu'une évolution est envisageable, et qu'il détermine un taux minimum prévisible, la Mutuelle versera le capital Invalidité correspondant au taux fixé à titre provisoire. Une nouvelle évaluation du taux interviendra lors de la consolidation définitive. Après fixation par expert de ce taux définitif, la Mutuelle versera le capital en vigueur lors de l'accident, déduction faite de la provision réglée.

En cas de contestation portant sur le taux d'invalidité, celui-ci est apprécié en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par la MAC et le médecin traitant dont les honoraires sont réglés à frais communs. A défaut d'accord, le tiers expert est désigné par le Président du Tribunal d'Instance du domicile de la victime, par voie de référé.

Modalités de paiement du capital :
- victime bénéficiaire majeure ou mineure émancipée : versement de l'indemnité en sa faveur,
- victime mineure sous administration légale pure et simple : indemnité versée aux parents après accomplissement des formalités prévues par l'article 389-5 du Code Civil (information du choix de placement du capital auprès du Juge des Tutelles du Tribunal d'instance du lieu du domicile),
- victime mineure en administration légale sous contrôle judiciaire : indemnité versée à l'administrateur légal selon les dispositions de l'article 389-2 du Code Civil déterminant le mode d'utilisation du capital attribué.

ARTICLE 15 – DECES PAR ACCIDENT

En cas de décès consécutif à un accident corporel d'une personne physique assurée et si ce décès survient dans un délai n'excédant pas un an après la date de l'accident, le capital garanti (capital pour lequel le membre participant a cotisé) est versé aux bénéficiaires désignés ci-dessous.

Après réception du bulletin ou certificat médical de décès et justification de l'identité et de la qualité du ou des bénéficiaires, le capital est versé au profit :
a) des ayants droit légaux de la victime, si celle-ci est mineure,
b) au bénéficiaire désigné lors de l'adhésion, si la victime est majeure, ou à défaut de bénéficiaire désigné au conjoint de la victime (époux, concubin ou pacsé) ou à défaut à ses enfants nés ou à naître.

A défaut de conjoint et d'enfants, le capital est versé au notaire chargé de la succession pour répartition entre les ayants droit.

ARTICLE 16 – SONT EXCLUS

1 – les accidents résultant :
- **du fait intentionnel de l'assuré, sauf s'il est avéré qu'il se trouvait momentanément hors d'état d'apprécier les conséquences de ce geste ;**
- **d'une affection organique dont le processus de développement interne a provoqué le dommage (exemple : ulcère, affection cardio-vasculaire).**

2 – les décès :
- **survenus après expiration d'un délai d'un an à dater de l'accident, même si la relation de cause à effet est établie ;**
- **résultant d'un suicide.**

3 – l'invalidité permanente dont le taux se réfère à un barème étranger au Barème Indicatif des Déficits Fonctionnels Séquellaires en Droit Commun du Concours Médical (édition 2003). Ainsi sont exclus les préjudices de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées, l'incapacité pour perte de dent ou celle portant sur des séquelles purement « subjectives », de même que les préjudices esthétique, d'agrément, scolaire.

4 – les frais de soins engagés après une période de 60 jours à compter du déclenchement de la maladie assurée telle que définie à l'article 11.

5 – les frais engagés en l'absence de prescription médicale pour des raisons de confort ou autres considérations personnelles.

ARTICLE 17 – SUBROGATION

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, ainsi que pour les prestations d'invalidité (article L.224-9 du Code de la Mutualité), la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou des ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à concurrence de la part d'indemnité mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique ou d'agrément.

ARTICLE 18 – PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations régies par le règlement et les statuts de la MAC 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;**
2. **En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.**

Quand l'action du membre participant ou bénéficiaire contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou a été indemnisé par lui.

Dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé, le délai de prescription est porté à 10 ans.

La prescription est interrompue par :
- **la désignation d'experts à la suite de la réalisation du risque,**
- **l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, par le membre participant ou le bénéficiaire à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.**

Frais de prothèses dentaires :
Aucun versement ne pourra intervenir au-delà d'un délai de deux ans après l'accident, que le bénéficiaire soit majeur ou mineur. Cette disposition ne s'applique pas si l'adhérent (ou ses représentants légaux) a opté pour le remboursement après réalisation de la restauration prothétique avant 21 ans.

ARTICLE 19 – TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

La MAC met à disposition de ses adhérents et bénéficiaires un dispositif de règlement des litiges qui garantit la transparence et le respect de leurs droits. Dans tous les cas de désaccord sur la mise en œuvre de ces garanties, les collaborateurs de l'APAC ASSURANCES sont à la disposition des assurés pour rechercher une solution. Si malgré tout, un litige persiste, l'assuré peut à tout moment adresser une réclamation par lettre simple à MAC Service Gestion des Réclamations, 21 rue Saint-Fargeau - CS 72021 - 75989 PARIS CEDEX 20 ou par messagerie électronique : mac-reclamations@laligue.org.

Si après examen de la réclamation, le désaccord n'a toujours pas été résolu, l'assuré peut saisir le médiateur de la consommation de la Mutualité Française, soit par courrier à l'adresse suivante Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française, FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15, soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site du Médiateur : https://www.mediateur-mutualite.fr

Ce médiateur interviendra selon les modalités et dans les limites prévues par le règlement de la Médiation de la Mutualité Française.

ARTICLE 20 – TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel pouvant être recueillies par la MAC font l'objet de traitements ayant pour finalités la réalisation des opérations précontractuelles, la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats, ainsi que l'organisation de la vie institutionnelle relevant des dispositions statutaires de la Mutuelle.

Ces données à caractère personnel, celles relatives aux opérations de pré-souscription, à la gestion des sinistres et des contrats peuvent faire l'objet de traitements pour le suivi et l'amélioration de la relation commerciale, ainsi que dans le cadre des dispositifs de lutte contre la fraude et en application de la législation dans le cadre de la lutte contre le blanchiment d'argent, et le financement du terrorisme.

Les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression de leurs données à caractère personnel, ainsi que de la possibilité de définir les directives particulières relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ces données après décès. Elles peuvent exercer ces droits à tout moment en adressant leur demande à l'adresse rgpdassu@laligue.org.

Les données sont conservées conformément à la durée nécessaire aux finalités mentionnées et pour les durées de prescriptions éventuellement applicables.

TABLEAU DES GARANTIES

NATURE DES PRESTATIONS	MONTANT MAXIMUM DANS LA LIMITE DES FRAIS ENGAGES
Article 12 – Frais de soins **Article 13-1 – Frais de premier appareillage** **Article 13-2 – Frais d'appareillages prothétiques ou orthopédiques existants**	7.623 €
Article 13-3 – Prestations complémentaires - Plafond de base : **- Plafond maximum (moyennant cotisation complémentaire)**	305 € 458 € pour les licenciés UFOLEP 1.525 €
Article 13-4 – Frais de prothèse dentaire : Forfait par dent définitivement atteinte	336 €
Article 13-5 – Frais de lunettes et lentilles	610 €
Article 13-6 – Frais de secours ou de recherche	3.049 €
Article 13-7 – Frais de transport de l'accompagnateur	229 €
Article 14 – Prestations forfaitaires Invalidité Permanente 1 - Plafond de base par accident 2 - Plafonds maxima **(moyennant souscription complémentaire)** *	30.490 € 152.450 € (plafond de base compris)
Article 15 – Décès par accident 1 - Plafonds de base par accident 2 - Plafonds maxima **(moyennant souscription complémentaire)** *	6.098 € 7.623 € pour les licenciés UFOLEP 60.980 € (plafond de base compris)

* Contactez votre Délégation Départementale si vous souhaitez bénéficier de ce plafond maximum.

09/2019
IMP. ÇAVA PRINT - AVRIL 2019 - 215.300 ex.