



GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs



GARANTIES COMPLEMENTAIRES FFSU DEMANDE D'ADHESION

(l'adhérent est toujours l'assuré)

Date limite de l'adhésion : 75^{ème} anniversaire

Assuré : M. Mme. Mlle.

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

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____ Téléphone : _____

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

Ligue par laquelle le régime de base a été souscrit : _____

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information relative aux **garanties complémentaires** en cas de dommage corporel suite à un accident de sport survenu pendant la pratique des activités sportives **en sus du régime de prévoyance de base** dont je suis déjà bénéficiaire auprès de la Mutuelle des Sportifs (M.D.S.) de par mon affiliation à la FFSU.

J'ai décidé de souscrire aux garanties complémentaires proposées de ne pas y souscrire

Désignation du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré :

Mon conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales mes enfants nés ou à naître, à défaut mon concubin ou au partenaire m'étant lié par un pacte civil de solidarité, à défaut mes héritiers légaux.

Autres dispositions : _____

| GARANTIES COMPLEMENTAIRES | OPTION 1 | OPTION 2 | FRANCHISE |
|--|--|--|-----------|
| DECES (1) | 23 000 € | 30 000 € | Néant |
| INVALIDITE PERMANENTE (2) | 100 000 € | 120 000 € | Néant |
| FRAIS DE SOINS DE SANTE | Frais réels, dans la limite de 2 000 € / accident | Frais réels, dans la limite de 2 000 € / accident | Néant |
| FORFAIT HOSPITALIER | 100 % | 100 % | Néant |
| SOINS DENTAIRES ET PROTHESES | 300 € par dent | 450 € par dent | Néant |
| FORFAIT OPTIQUE | 300 € par accident | 450 € par accident | Néant |
| FRAIS DE REMISE A NIVEAU UNIVERSITAIRE | 80 € par jour (maximum : 365 jours) | 120 € par jour (maximum : 365 jours) | 5 jours |
| INDEMNITES JOURNALIERES | 30 € par jour (maximum : 365 jours) | 50 € par jour (maximum : 365 jours) | 5 jours |

(1) Capital limité à 5.000 € pour les moins de 16 ans. Majoration de 10% par enfant à charge.

(2) Si le déficit fonctionnel permanent est supérieur à 60%, l'indemnité est calculée à partir du capital doublé.

Je certifie sur l'honneur ne pas être atteint(e) d'une infirmité ou d'un handicap. Au cas contraire prendre contact avec la M.D.S.

Je suis informé(e) que la loi du 6 janvier 1978 « Informatique et Liberté » me donne le droit de demander communication et rectification de toutes informations me concernant qui figureraient sur tout fichier de la FFSU ou de la M.D.S. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse de la M.D.S. indiquée ci-dessous.

Fait à _____, le _____

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



CONTRAT COLLECTIF DE PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE AU BÉNÉFICIAIRE DES LICENCIÉS DE LA FEDERATION FRANCAISE DU SPORT UNIVERSITAIRE (FFSU)

NOTICE D'INFORMATION

Vous pouvez bénéficier de garanties **complémentaires** au titre de frais de soins de santé, d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique des activités sportives garanties au contrat n° 2138 souscrit par la FFSU auprès de la Mutuelle des Sportifs (MDS) :

 **UN CAPITAL DECES** : qui sera versé au bénéficiaire désigné

 **UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE** :

Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'invalidité égale à 100%. Ce capital est réduit lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 100% conformément au barème M.D.S. figurant à l'annexe du contrat collectif souscrit par la Ligue de Football. Aucun capital n'est versé pour un taux d'invalidité inférieur ou égal à 5%.

 **UNE COUVERTURE AMELIOREE POUR LE REMBOURSEMENT DES FRAIS MEDICAUX** :

- Frais de soins de santé,
- Soins dentaires et Prothèses,
- Forfait optique.

 **DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE** :

Garantie ne pouvant être souscrite que si vous exercez une activité professionnelle rémunérée régulière.

Les indemnités sont versées dans la limite de la perte de revenus réelle et du montant de garantie souscrit (sous déduction des indemnités versées par le(s) régime(s) de prévoyance et de celles attribuées au titre de la loi sur la mensualisation et de la convention collective applicable), après une période ininterrompue d'arrêt total de travail appelée période de franchise. La période de franchise n'est pas indemnisée. La durée d'indemnisation est de 365 jours, la franchise est de 5 jours.

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

Vous ne pouvez choisir un montant de garantie qui vous ferait bénéficier en arrêt de travail de ressources supérieures à celles dont vous disposez en période d'activité. Un justificatif de revenus est exigé.

 **UNE INTERVENTION POUR LES FRAIS DE REMISE A NIVEAU UNIVERSITAIRE** :

Remboursement sur justificatif des frais de remise à niveau universitaire (notamment les cours à domicile) engagés en raison de l'impossibilité de se rendre à vos cours réguliers.

Exclusions: les périodes de vacances dans le calcul de la franchise.

MODALITES D'ADHESION

Des formules de garanties pré-tarifées vous sont proposées, comme indiqué au recto. Si vous désirez souscrire une garantie optionnelle, vous pouvez remplir la demande d'adhésion et l'adresser à la M.D.S. accompagnée de votre règlement (*).

A réception la M.D.S. vous adressera un certificat d'adhésion accompagné des conditions générales du contrat. Vous disposerez alors d'un délai de 30 jours pendant lequel vous pourrez renoncer à votre adhésion. Passé ce délai votre adhésion deviendra définitive.

(*) Les garanties prennent effet le lendemain de l'envoi à la MDS de la demande d'adhésion accompagnée du règlement de l'option ou des options choisie (s).

