

**Accord collectif n° 2220 /// FEDERATION FRANCAISE DE PLANEURS ULTRA LEGRS MOTORISES (FFPLUM)**  
**Notice d'information : INDIVIDUELLE ACCIDENT « PRATIQUANT » /// INDIVIDUELLE ACCIDENT « PASSAGER »**

**ASSUREUR : MUTUELLE DES SPORTIFS (2/4 rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Mutuelle immatriculée au répertoire Sirène sous le n° 422 801 910)**

**ASSURE : FEDERATION FRANCAISE DE PLANEURS ULTRA LEGRS MOTORISES - 96bis, rue Marc Sangnier - 94700 Maisons Alfort**

**OPERATION PRESENTEE PAR : AIR ASSURANCES COURTAGE - Hôtel d'entreprises « Pierre Blanche » - 330 Allée des Lilas - 01155 ST VULBAS - S.A.R.L. de courtage d'assurances au Capital de 50 400 € - 422 480 145 RCS Bourg en Bresse - APE 6622 Z - N° TVA Intracommunautaire : FR35422480145 - Inscrit à l'ORIAS n° 07 000 679 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr)**

## ARTICLE LIMINAIRE

Les personnes adhérant dans le cadre du présent accord collectif et bénéficiant des prestations qui y sont définies deviennent membres participants de la Mutuelle des Sportifs. Elles reçoivent gratuitement un exemplaire des statuts de la Mutuelle des Sportifs. Conformément aux dispositions du Code de la Mutualité et en application des articles 10 à 14 des statuts de la Mutuelle des Sportifs, les membres participants au titre du présent accord collectif sont représentés à l'assemblée générale de la Mutuelle des Sportifs par des délégués désignés, chaque année, par la Fédération Française de Planeurs Ultra Légers Motorisés.

## DISPOSITIONS COMMUNES

### Article 1 : OBJET

Le présent Accord collectif a pour objet de mettre en œuvre un régime collectif de prévoyance destiné aux licenciés de la FFPLUM, de ses Associations, Clubs et organismes affiliés, conformément aux dispositions du Code du Sport.

### Article 2 : ASSURES

#### 2.1. – INDIVIDUELLE ACCIDENT « PRATIQUANT » :

##### 2.2.1. – Assuré

Toute personne physique, licenciée à la FFPLUM, quelle que soit sa nationalité ou son pays de résidence, et quel que soit son âge, ayant souscrit la garantie INDIVIDUELLE ACCIDENT PRATIQUANT.

##### 2.2.2. – Objet de la garantie

Il s'agit de garantir tout accident corporel dont serait victime l'assuré au cours des activités garanties.

Les garanties s'exercent tant pour les accidents survenus en vol qu'au sol, que pendant les périodes d'entraînement, d'instruction et compétitions.

Les accidents survenus lors des activités associatives, sportives, récréatives, éducatives sont également garantis.

La garantie s'exerce :

- ▶ pour toutes les activités garanties.
- ▶ quelle que soit la qualité de l'adhérent (pilote, instructeur, élève, passager) au moment de l'accident.

#### 2.2. – INDIVIDUELLE ACCIDENT « PASSAGER »

##### 2.2.1. – Souscripteur

Le pilote titulaire de l'autorisation « emport de passager » licencié auprès de la FFPLUM qui souscrit cette garantie pour le compte de son passager non dénommé en cas d'accident

##### 2.2.2. – Assuré

Le passager non dénommé transporté par le pilote souscripteur de la garantie proposée la FFPLUM, quelle que soit sa nationalité, son pays de résidence ou son âge.

##### 2.2.3. – Objet de la garantie

Il s'agit de garantir tout accident corporel dont serait victime l'occupant non dénommé de la place passager du pilote ayant souscrit la garantie.

La garantie s'exerce :

- ▶ pour toutes les activités garanties
- ▶ lorsque le passager monte à bord, est à bord de l'aéronef (quels que soient sa qualité ou son rôle à bord), et en descend, que l'accident ait lieu lors de la préparation du vol, lors de phases de vol, de décollage ou d'atterrissage.

##### 2.2.4. – Cas particulier des instructeurs

Il est entendu que l'élève en lâcher seul à bord aura la qualité de passager et bénéficiera de l'IA PASSAGER souscrite par son instructeur.

### Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

De manière générale, toutes les activités statutaires et/ou agréées et/ou représentées par la FFPLUM dont notamment (liste non exhaustive) :

- ▶ Toutes les activités requises et/ou pratiquées dans le cadre des activités statutaires, connexes ou annexes de la FFPLUM,
- ▶ Les vols ou activités d'entraînement, de perfectionnement, de promotion,
- ▶ Les vols école : tout type de formation y compris ab initio, vols de prorogation, renouvellement de classe, renouvellement de qualification de type,
- ▶ La pratique de l'instruction en général conformément à la réglementation en vigueur,
- ▶ Les activités autorisées par l'article L212-1 Code du sport,
- ▶ La pratique de loisir et/ou de compétition -autonome ou encadrée, les tentatives de record, l'enseignement ou l'encadrement de ces activités avec la mise en œuvre des moyens nécessaires (dont treuil, simulateur, remorquage...),
- ▶ Les activités annexes ou connexes et notamment récréatives, sportives, éducatives, entraînements, qu'elles s'effectuent au sol ou en vol, ainsi que l'animation, l'encadrement ou l'enseignement de ces activités.

**Par conséquent seront couverts par le présent Accord collectif (liste donnée à titre indicatif et non exhaustif) :**

- ▶ Tous les accidents survenus à l'occasion de la pratique assurée que ce soit au sol ou en évolution, y compris activités associatives, sportives, éducatives et récréatives, mêmes non organisées, dès lors qu'elles se déroulent dans les locaux ou sur tous les lieux de pratique de l'activité ;
- ▶ Tous les accidents dont est victime l'assuré lorsqu'il monte à bord d'un aéronef, est à son bord (quelle que soit sa qualité et son rôle à bord), ou lorsqu'il descend de l'aéronef.
- ▶ Tous les malaises survenant au cours de la pratique assurée ;
- ▶ Tous les accidents survenus à l'occasion de trajets pour le retour entre le lieu d'atterrissage et la base de décollage ;
- ▶ Tous les accidents survenant lors des déplacements collectifs et voyages organisés par la fédération, toute structure affiliée ou agréée ou pour son compte, lorsque ceux-ci s'exercent dans le cadre de la pratique des activités assurées ;
- ▶ Tous les accidents survenant aux membres en mission, dont notamment les médecins en mission ;
- ▶ Tous les accidents survenant au cours des déplacements individuels, quel que soit le mode de déplacement utilisé, vers l'environnement spécifique ou aéronautique de la garantie ;
- ▶ Tous les accidents survenus lors de l'assemblage, du montage, de la manutention et des travaux rendus nécessaires dans le cadre de la construction amateur d'un aéronef
- ▶ Tous les accidents survenus lors de la préparation du vol, la manutention ou le hangarage de l'aéronef ;
- ▶ Tous les accidents survenant lors des activités de maintenance effectuées dans le cadre du suivi d'entretien obligatoire.

- ▶ L'usage des équipements de l'Assuré ainsi que de tous matériels mis en œuvre dans le cadre des Activités assurées.
- ▶ Les vols de démonstrations ou participation à des manifestations aériennes, compétitions (également de type SLALOMANIA), tentatives de record et à leurs essais, y compris lorsque la vitesse est le facteur essentiel de classement des concurrents.
- ▶ La pratique du parapente et du delta à titre privé. On entend par usage privé la pratique récréative pour propre compte avec emport de passager non payant et sans participation à des compétitions, stages de perfectionnement, etc.

#### **Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES**

Les garanties du présent contrat s'exerceront dans le **Monde Entier**.

#### **Article 5 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE**

Quelle que soit la garantie INDIVIDUELLE ACCIDENT concernée (PRATIQUANT ou PASSAGER), celle-ci prend effet de la manière suivante :

- ▶ En cas de souscription en ligne sur le site de la fédération : la garantie est acquise dès réception de l'e-mail de confirmation automatique par l'adhérent. Cet e-mail de retour est adressé automatiquement par le système et confirme la prise de licence et l'effet de la garantie d'assurance.
- ▶ En cas d'envoi par courrier (à la fédération, à une structure affiliée ou au courtier) : la prise de garantie d'assurance ne pourra pas être antérieure à la date du cachet de la poste.

#### **Article 6 : DÉCLARATION D'ACCIDENT - Obligations 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.**

La MDS adressera dans les 10 jours suivant la déclaration de sinistre remise par AIR COURTAGE ASSURANCES, un accusé de réception de cette déclaration comportant le n° de dossier et éventuellement les demandes de renseignements complémentaires ou les coordonnées du ou des experts désignés.

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 7 : 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 8 : 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 l'Assureur à l'Assuré, en ce qui concerne le paiement de la cotisation // par l'Assuré à l'Assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

#### **Article 9: RECLAMATION / MÉDIATION**

En cas de désaccord sur l'application des garanties de la M.D.S., l'assuré peut présenter sa réclamation au Service Réclamations de la M.D.S. :

- ▶ par voie postale à : **MUTUELLE DES SPORTIFS – Service Réclamations – 2/4 rue Louis David – 75782 Paris Cedex 16**
- ▶ par messagerie électronique à : [reclamations@grpmds.com](mailto:reclamations@grpmds.com)
- ▶ par téléphone au : **01.53.04.86.30** (numéro non sur-taxé) ; dans ce dernier cas, une confirmation écrite du réclamant doit être adressée au Service Réclamations.

Le Service Réclamations s'engage à :

- ▶ accuser réception de la réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation écrite, sauf si la réponse est apportée dans ce délai,
- ▶ tenir le réclamant informé du déroulement du traitement de sa réclamation,
- ▶ traiter la réclamation dans le délai maximal de 2 mois à compter de la réception de la réclamation écrite.

Si le désaccord subsiste après examen de la réclamation, l'assuré a la faculté de saisir le Médiateur de la consommation auprès du Groupe MDS en formulant sa demande, par voie postale sous pli confidentiel à l'adresse suivante : Monsieur Philippe BORGAT (PhB expertise et conseil), Médiateur de la consommation auprès du Groupe M.D.S. – 6 rue Bouchardon – 75010 PARIS, ou par voie de dépôt en ligne d'une demande de médiation sur le site du Médiateur : <http://mediation.mutuelle-des-sportifs.com>.

Le Médiateur intervient selon les modalités et dans les limites définies dans la Charte de la Médiation de la consommation auprès du Groupe MDS, charte dont une copie est communiquée à l'assuré sur simple demande de sa part adressée au Service Réclamations.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas à l'assuré qui conserve la faculté de saisir le tribunal compétent afin de le faire statuer sur le litige qui l'oppose à la M.D.S.

#### **Article 10 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉ**

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion du présent Accord collectif.

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 n° 78-17 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 11 : DÉFINITIONS

### 11.1. – Accident :

Seront couverts au titre de l'Individuelle Accident toutes les atteintes corporelles, non intentionnelles subies par l'assuré ou le bénéficiaire dans le cadre de sa pratique des activités assurées, provenant de l'action soudaine d'un événement fortuit.

Par extension, seront garanties les maladies qui seraient la conséquence directe de ce type d'atteintes corporelles.

Cet événement doit intervenir dans le cadre de la pratique d'une activité assurée.

Sont considérées comme constituant une action soudaine d'un événement fortuit l'insolation, la noyade, l'hydrocution, l'asphyxie, l'attentat, l'agression, les actes de terrorisme, les morsures d'animaux, les piqûres d'insectes, les empoisonnements dus à l'absorption de substances toxiques ou corrosives, les accidents de la circulation, les gelures, cécité, ophtalmie des neiges, congestion, mal des montagnes, œdème pulmonaire. De même demeurent couverts les malaises cardiaques ou accidents vasculaires cérébraux survenus au cours de l'activité garantie ou en phase de récupération.

NB : les lésions aux membres ou organes déjà invalides avant l'accident ne seront indemnisés que pour la différence entre l'état antérieur et l'état postérieur à l'accident.

### 11.2. – 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 des Accidents du Travail qui sera utilisé (art. 11.3.).**

**Il ne sera pas tenu compte des préjudices annexes (pretium doloris, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, etc.....).**

### 11.3. - Barème des Accidents du Travail

Il s'agit du barème qui sera utilisé pour apprécier les déficits fonctionnels séquellaires visés à l'Article 11.2.

### 11.4. - 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.

### 11.5. - Subrogation

La M.D.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 12 : GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT / MODALITES

Les montants des garanties sont précisés au « **Tableau des garanties et cotisations** » figurant à l'Article 13.

Pour leur mise en œuvre, il convient de se reporter aux précisions et modalités ci-après exposées.

### 12.1- Capital Invalidité :

En cas d'invalidité permanente immédiate, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est indiqué aux « **Tableaux des garanties et cotisations** » figurant à l'Article 13.

Le montant indiqué audit tableau correspond au capital versé pour une invalidité de 100%. Pour les taux inférieurs, la somme versée correspond au capital maximum multiplié par le taux d'invalidité.

Aucun capital n'est versé pour un taux d'invalidité inférieur à 15%.

Le taux d'invalidité est fixé, d'après le Barème des Accidents du Travail, dans les conditions prévues aux articles 11.2 et 11.3.

Le 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.D.S. **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.D.S. et qu'il fait l'objet d'une majoration de son taux d'invalidité 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.

### 12.2- Capital Décès :

En cas de décès, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant est indiqué aux « **Tableaux des garanties et cotisations** » figurant à l'Article 13.

Toute mort subite intervenant au cours des activités garanties est assimilée à un accident.

En l'absence de stipulation expresse contraire de l'assuré, le capital décès est versé au bénéficiaire expressément désigné par l'assuré lors de la souscription de la licence.

A défaut de désignation écrite, les bénéficiaires en cas de décès seront les ayants droits selon l'ordre de dévolution successorale prévue par le Code Civil.

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

### 12.3- Frais de soins de santé :

Les remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation s'effectuent à concurrence des frais réels exposés et dans la limite précisées aci-après aux paragraphes a) et b), **après intervention de tout régime de prévoyance obligatoire ou complémentaire (Sécurité Sociale, Mutuelles et autres assurances ...) dont l'assuré bénéficie.**

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.

#### a) Frais médicaux, pharmaceutiques et de transport :

Ce poste d'indemnisation comprend notamment les honoraires de consultations médicales, les frais de traitements chirurgicaux, pharmaceutiques, d'ambulance ou autres véhicules d'urgence d'hôpital ou de clinique mis à sa charge ou exposés sur prescription médicale à la suite d'un accident, sans franchise.

Seront également compris les frais de laboratoire, de rééducation fonctionnelle ou professionnelle, frais de premier appareillage, frais dentaires y compris prothèse dentaire, frais d'optique, y compris le remplacement des lunettes à verres correcteurs.

**Le plafond d'indemnisation est fixé à 1.000 €.**

#### b) Frais de thérapie sportive :

Ce poste d'indemnisation comprend notamment les frais de rééducation de l'assuré dans un centre spécialisé dans la traumatologie du Sport.

**Le plafond d'indemnisation est fixé à 4.500 €.**

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

## ARTICLE 13 : TABLEAUX DES GARANTIES ET COTISATIONS »

(les montants des capitaux indiqués représentent le capital TOTAL en Invalidité et Décès)

INDIVIDUELLE ACCIDENT « PRATIQUANT »							
CAPITAUX	10.000 €	30.000 €	50.000 €	75.000 €	100.000 €	150.000 €	200.000 €
Cotisation TTC	29 €	64 €	89 €	173 €	353 €	461 €	615 €

INDIVIDUELLE ACCIDENT « PASSAGER »		
CAPITAUX	10.000 €	30.000 €
Cotisation TTC	29 €	64 €

**14.1. - Règlement des frais de soins de santé**

Il appartient à l'assuré d'adresser à la M.D.S. ses bordereaux de remboursement du régime obligatoire et le cas échéant de tout régime complémentaire.

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.

**14.2. - Formalités en cas d'invalidité**

Dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans un délai de 90 jours, un certificat médical doit être transmis directement au médecin-conseil de la M.D.S. et doit préciser :

- ▶ 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 MDS 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.

**14.3 - Formalités en cas de décès de l'assuré**

Les pièces suivantes doivent être adressées à la M.D.S. :

- un acte de décès de l'assuré,
- un certificat médical indiquant la cause du décès,
- une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance,
- une attestation de dévolution successorale établie par le notaire chargé de la succession,
- copie d'une pièce d'identité en cours de validité du ou des héritiers.

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

**Article 15: EXCLUSIONS**

- ▶ accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès,
- ▶ suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide,
- ▶ accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active,
- ▶ accidents résultant de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense,
- ▶ suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré,
- ▶ accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré,
- ▶ 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.

**MUTUELLE DES SPORTIFS**  
 « Protection des données à caractère personnel »

**ARTICLE 16.** Le terme «**Donnée personnelle**», désigne toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable (ci-après dénommée «**personne concernée**»); est réputée être une « personne physique identifiable » une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

L'assuré reconnaît être informé que l'Assureur traite ses données à caractère personnel et de son côté, en tant que responsable de traitement, l'Assureur s'engage à collecter et à traiter toute Donnée personnelle en conformité avec la réglementation applicable en matière de Données personnelles et en particulier le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des Données personnelles et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ainsi que la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

**16.1 – Obligations de l'Assureur**

Dans le cadre du Contrat, l'Assureur est amené à traiter des Données personnelles de santé protégées par le secret professionnel tel que défini à l'article L.226-13 du Code pénal. A ce titre, l'Assureur garantit à la personne concernée le strict respect du secret médical entourant ses Données personnelles et s'engage à prendre les mesures nécessaires.

L'Assureur s'engage à ne pas transférer les Données personnelles hors de l'Union européenne. Dans le cas où, l'Assureur effectue un tel transfert, il s'engage à mettre en place des garanties appropriées, conformément à la réglementation applicable en matière de protection des Données personnelles et en particulier à mettre en place des clauses contractuelles types adoptées par la Commission européenne, ou des règles d'entreprises contraignantes ou *Binding Corporate Rules (BCR)*.

En tout état de cause, l'Assureur s'oblige à héberger les Données personnelles de santé dans un *Data Center* en France.

**16.2 – Sécurité des Données personnelles**

L'Assureur s'engage à assurer la sécurité de l'ensemble des Données personnelles traitées dans le cadre de la réalisation du présent Contrat notamment contre toute destruction accidentelle et/ou illicite, contre toute altération, perte, diffusion ou accès non autorisé et plus généralement, contre toute autre forme de traitement illicite et/ou non autorisé.

A cet effet, l'Assureur prend toutes les mesures de sécurité requises pour assurer un niveau de sécurité conforme à la réglementation applicable en matière de Données personnelles.

L'Assureur respecte la confidentialité des Données personnelles et fait respecter la confidentialité des Données personnelles par les membres de son personnel. Elle habilite les membres de son personnel susceptibles d'accéder aux Données personnelles et gère ces habilitations.

L'Assureur s'engage et se porte fort, pour les membres de son personnel, permanent ou non permanent, ainsi que pour ses éventuels sous-traitants, à prendre toute disposition nécessaire pour faire respecter les présentes obligations.

**16.3 – Destinataire des données personnelles**

Les destinataires des données personnelles sont, dans la limite de leurs attributions, les Services de l'Assureur en charge de la passation, gestion et exécution du Contrat d'assurance et des garanties, ses délégataires, mandataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Les données personnelles peuvent être transmises s'il y a lieu, aux organismes professionnels mais aussi à toute personne intervenant au contrat. Elles peuvent être transmises au souscripteur, et à toute personne habilitée au titre de Tiers Autorisés

**16.4 – Durée de conservation**

Les données personnelles collectées et traitées par l'Assureur sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution du contrat au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou de l'obligation légale. Ces données sont ensuite archivées conformément aux dispositions relatives à la prescription.

**16.5 – Responsabilité**

L'Assureur est responsable du traitement dont il assure la mise en œuvre. Il garantit le souscripteur contre toute réclamation d'une personne concernée résultant d'un manquement à la réglementation applicable en matière de Données personnelles qui lui causerait un préjudice.

**16.6 – Gestion des incidents et violation de Données personnelles**

L'Assureur s'engage à mettre en œuvre un processus de gestion des incidents de sécurité conformément à la réglementation applicable en matière de Données personnelles.

**16.7 – Droit des personnes concernées**

L'Assureur satisfait aux demandes d'exercice des droits des Personnes concernées dans un délai d'un mois conformément à la réglementation applicable en matière de Données personnelles. Il documente l'ensemble des demandes reçues et les réponses qui y ont été apportées.

L'assuré dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition des données traitées. Il peut également demander la limitation de l'utilisation de ses données personnelles quand elles ne sont plus nécessaires ou bien, de récupérer dans un format structuré les données qu'il a fournies lorsque ces dernières étaient nécessaires au contrat ou quand il a consenti à l'utilisation de ses données.

L'assuré détient la possibilité de définir des directives relatives au sort de ses données personnelles après sa mort, en ce qui concerne leurs conservations, effacements et communications.

Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de la Mutuelle Des Sportifs :

Par courriel : [rgpd@mutuelle-des-sportifs.com](mailto:rgpd@mutuelle-des-sportifs.com)

Par courrier : 2/4 rue Louis David, 75782 Paris Cedex 16

L'assuré qui n'obtiendrait pas satisfaction auprès du Délégué Représentant à la Protection des Données de l'Assureur, peut saisir la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).