



GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

ACCORD COLLECTIF N° 2098

**FEDERATION FRANCAISE DES JEUX DE ROLES
GRANDEUR NATURE (FédéGN)**
(2ter boulevard de la Perruque - 34000 Montpellier)



GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT



2/4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - Tél. : 01 53 04 86 86 - Fax : 01 53 04 86 87
Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Mutuelle immatriculée au Répertoire Sirène sous le n° 422 801 910

SOMMAIRE GENERAL

ARTICLE LIMINAIRE

Représentation des adhérents à l'assemblée générale de la MDS P. 3

TITRE I - DISPOSITIONS COMMUNES P. 4

- 1) Objet P. 5
- 2) Assurés P. 5
- 3) Activités garanties P. 5
- 4) Etendue géographique des garanties P. 6
- 5) Prise d'effet de la garantie P. 6
- 6) Déclaration d'accident – Obligation de l'assuré P. 6
- 7) Assurances cumulatives P. 7
- 8) Prescription P. 7
- 9) Réclamations / Médiateur P. 7
- 10) Informatique et Liberté P. 7

TITRE II - GARANTIES INDIVIDUELLE ACCIDENT P. 8

- 11) Définitions P. 9
- 12) Garanties P. 10
 - Modalités P. 10
 - Montants des garanties P. 11
- 13) Règlements des prestations – Formalités à remplir en cas d'accident P. 12
- 14) Exclusions P. 12

TITRE IV - CONDITIONS GENERALES D'APPLICATION P. 14

- 17) Prise d'effet, durée et renouvellement P. 15
- 18) Cotisations unitaires annuelles P. 15
- 19) Mandat d'encaissement des cotisations P. 15
- 20) Information des adhérents, devoir de conseil P. 16

ARTICLE LIMINAIRE

REPRESENTATION DES ADHERENTS A L'ASSEMBLEE GENERALE DE LA MDS

Les adhérents de la FédéGN bénéficiant du présent Accord collectif deviennent membres participants de la M.D.S.

Ils reçoivent gratuitement un exemplaire des statuts de la M.D.S., du règlement général et des annexes.

Conformément aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et des articles 10 et 12 des statuts susvisés, leur représentation à l'assemblée générale de la M.D.S. est organisée comme suit :

- la Fédération constitue une section de vote qui doit élire un délégué et un délégué suppléant à l'assemblée générale de la M.D.S.,
- la M.D.S. prend acte du processus démocratique et réglementé des élections organisées au sein de la Fédération et reconnaît comme légitime l'élection des délégués par les membres du comité directeur.

TITRE I

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1 : OBJET

Le présent Accord collectif a pour objet de mettre en œuvre un régime collectif de prévoyance destiné aux adhérents de la FédéGN.

Article 2 : ASSURES :

2.1. – Adhérents :

- Les joueurs titulaires :
 - o D'une Carte GN,
 - o D'une Carte GN+ (ouvrant droit aux garanties du présent Accord collectif quel que soit l'organisateur des activités),
 - o Ou d'un Pass 1GN (limité à la durée d'un jeu).
- Les dirigeants de la FédéGN ou de ses associations membres conventionnées.

2.2. – Bénévoles / Praticants occasionnels :

- Les personnes prêtant bénévolement leur concours à l'organisation des activités garanties.
- Les personnes non titulaires d'une Carte GN, d'une Carte GN+ ou d'un Pass 1GN et participant à des séances d'essai ou des journées portes ouvertes ou des manifestations promotionnelles des activités garanties.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES :

3.1. – Activités sportives :

- La pratique ou la préparation de jeux de rôles grandeur nature et notamment, sans que cette liste soit exhaustive : Murder Party, soirée enquête, paint-ball (*), airsoft (*), huis clos, rallye d'aventure, jeu de piste scénarisé, et de façon générale toute activité ludique se déroulant en partie au moins en « grandeur nature » où les participants incarnent des personnages, avec ou sans accessoire.

(*) Ces activités sont couvertes sous réserve du strict respect des règles de sécurité édictées notamment par la FédéGN : port d'un masque de protection homologué, de lunettes adaptées, de protections faciales, ...

- La pratique du jeu de rôles sur table.
- La pratique des activités assimilées au jeu de rôles grandeur nature et notamment, sans que cette liste soit exhaustive : trollball, quidditch, archery tag, escrime de GN, et de façon générale toute activité ludique pouvant se dérouler au sein d'un jeu de rôles grandeur nature.
- Les stages et séjours à vocation de loisirs en rapport avec le jeu de rôles grandeur nature.
- Les déplacements nécessités par un jeu, une manifestation, une réunion.
- La participation à des congrès, salons, conférences, réunions, séminaires, formations.
- Les activités annexes telles que fêtes, repas, sorties, manifestations diverses, organisés par la FédéGN et/ou ses associations membres conventionnées.
- La participation à des manifestations ou salons organisés par un tiers.
- Les actions de promotion, notamment démonstrations, exhibitions, défilés, soirées de gala, journées portes ouvertes organisées par la FédéGN et/ou ses associations membres conventionnées.

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

La garantie s'exerce dans les PAYS DU MONDE ENTIER.

Hors de France, des DOM-TOM ou des Principautés d'Andorre ou de Monaco, lors d'un déplacement ou d'un séjour temporaire ne dépassant pas 90 jours.

Le pays d'accueil ne doit pas être en état de guerre ou en état d'instabilité politique notoire.

Article 5 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La garantie est accordée dès le jour de dépôt auprès de la FédéGN ou d'une de ses associations, d'une demande de carte GN.

Elle cesse à la date de fin de validité de la carte.

Pour les personnes prêtant bénévolement leur concours à l'encadrement ou à l'organisation des activités, la garantie prend effet uniquement durant leur bénévolat.

Article 6 - 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 FédéGN, laquelle la transmettra à son tour à la MDS.

Pour faciliter et accélérer la connaissance des déclarations d'accident, la MDS 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 du présent contrat 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 9 : RECLAMATIONS / MEDiateUR

En cas de difficultés ou de réclamations relatives aux garanties prévues au présent Accord collectif, l'assuré peut écrire directement à :

MUTUELLE DES SPORTIFS – Service Réclamations – 2/4 rue Louis David – 75782 Paris Cedex 16 – Tel. 01.53.04.86.30 - Fax 01.53.04.86.10 - reclamations@grpmds.com

La Mutuelle des Sportifs s'engage à :

- accuser réception du courrier de réclamation de l'assuré dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables,
- le tenir informé du traitement de la réclamation par le service compétent,
- lui indiquer lorsque les délais sur lesquels il s'est engagé (1 mois maximum) ne peuvent être respectés.

Si le désaccord persiste, l'assuré peut saisir le Médiateur (personnalité indépendante), dont les coordonnées sont les suivantes :

Mutuelle des Sportifs – Le Médiateur – 2/4 rue Louis David – 75782 Paris cedex 16

Article 10 : INFORMATIQUE ET LIBERTE

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion du présent contrat. 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).

TITRE II

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'incapacité temporaire totale de travail, 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 : DEFINITIONS

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

11.1. – Accident :

Par accident corporel, il faut comprendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

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 du concours médical qui sera utilisé (cf. article 11.3. 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.....).

11.3. - Barème du concours médical

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

11.4. – Droit de contrôle et expertise

La M.D.S. se réserve le droit de contester les conclusions des certificats médicaux fournis par l'assuré.

Pour ce faire, les médecins délégués de la M.D.S. ont libre accès auprès de l'assuré pour procéder à tout contrôle ou toute expertise ; de son côté, l'assuré a la faculté de se faire assister, à ses frais, par un médecin.

Si l'assuré s'y refusait, il perdrait tout droit aux prestations pour l'accident en cause. En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de la M.D.S., il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné d'un commun accord par les parties.

A défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal compétent de Paris.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son arbitre ; ceux du tiers arbitre, le cas échéant, seront supportés pour moitié par les deux parties.

11.5. - 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 indemnités 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.

11.6. - Enfants à charge

Les enfants de l'assuré ou de son conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs 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 %.

11.7. - 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

12.1. MODALITES :

Les montants des garanties sont précisés au tableau ci-dessous (Article 12.2).

Pour la mise en œuvre de certaines d'entre elles, il convient de se reporter aux précisions et modalités ci-après exposées.

12.1.1. - Capital Décès :

En cas de décès, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant est indiqué au tableau ci-dessous (Article 12.2).

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 ou au partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut aux héritiers légaux.

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

12.1.2. - Capital Invalidité :

En cas d'invalidité permanente, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est indiqué aux tableaux ci-dessous (Article 12.2 et annexes pages 16,17 et 18).

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.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.

Le taux d'invalidité est fixé, d'après le barème du concours médical, dans les conditions prévues aux articles 11.2 et 11.3.

12.1.3. - 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 précisée au tableau ci-dessous (article 12.2), **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 (à l'exclusion du Capital Santé défini à l'article 12.2).

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

12.1.4. - Frais de transport :

Il s'agit des frais de transport :

- Du lieu de l'accident à l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins
- Pour se rendre aux soins prescrits par certificat médical, sous réserve d'une prise en charge préalable délivrée par la M.D.S

12.2. MONTANTS DES GARANTIES :

GARANTIES	MONTANTS
DECES	
- Majeur ou mineur émancipé	20 000 € Majoration de 10% par enfant à charge
- Mineur non émancipé	6 100 €
INVALIDITE PERMANENTE (cf. tableau ci-après)	100 000 € (versé en totalité si IPP ≥ 66%)
FRAIS DE TRANSPORT	100% des frais réels
FRAIS DE SOINS DE SANTE	
- Frais médicaux, pharmaceutiques et chirurgicaux	100% base Sécurité Sociale (non assurés sociaux : 100% base SS)
- Forfait journalier hospitalier	100% (Frais réels)
- Soins dentaires	350 € / dent
- Soins optiques	650 € / accident
- Autres prothèses	650 € / accident
<u>CAPITAL SANTE</u> (voir ci-dessous)	
<p>Au-delà des prestations définies ci-dessus, l'assuré bénéficie d'un « CAPITAL SANTE » à concurrence d'un montant global maximal par accident de 1 525 €.</p> <p>Ce capital santé est disponible en totalité à chaque accident.</p> <p>S'il a été entamé ou épuisé à l'occasion d'un premier accident, il se reconstitue en cas d'accident ultérieur.</p> <p>L'assuré pourra disposer de ce capital pour le remboursement, après intervention de ses régimes de prévoyance obligatoire et complémentaire, et sur justificatifs, de toutes les dépenses suivantes sous réserve qu'elles soient prescrites médicalement et directement liées à l'accident pris en charge :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux, ➤ prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale, ➤ bris de lunettes et perte de lentilles durant les activités sportives, ➤ frais de prothèse dentaire, ➤ en cas d'hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> - la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) - si le blessé est mineur : le coût d'hébergement d'un parent accompagnant facturé par l'hôpital à concurrence de 16 € par jour, ➤ frais de transport des accidentés pour se rendre de leur domicile au lieu de leurs activités scolaires, universitaires, professionnelles, ➤ frais de remise à niveau scolaire pour les enfants accidentés mineurs, ➤ frais d'ostéopathie (ils devront être prescrits et pratiqués par un médecin praticien) ➤ et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien. 	

Article 13 : REGLEMENT DES PRESTATIONS : FORMALITES A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

13.1. - Règlement des frais de soins divers

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

Les assurés de la M.D.S. non couverts par un régime de prévoyance 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.

13.2. - 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 MDS 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.

13.3 - Formalités en cas de décès de l'assuré

Les pièces suivantes doivent être adressées à la MDS :

- un acte de décès de l'assuré,
- un certificat médical indiquant la cause du décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie, le cas échéant,
- une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance.

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

Article 14 : EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties :

- les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès,
- les suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide,
- 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.

ANNEXE / CAPITAL INVALIDITE DU PAR LA M.D.S.

TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX
100%	100 000 €	50%	25 000 €
99%	100 000 €	49%	24 500 €
98%	100 000 €	48%	24 000 €
97%	100 000 €	47%	23 500 €
96%	100 000 €	46%	23 000 €
95%	100 000 €	45%	22 500 €
94%	100 000 €	44%	22 000 €
93%	100 000 €	43%	21 500 €
92%	100 000 €	42%	21 000 €
91%	100 000 €	41%	20 500 €
90%	100 000 €	40%	20 000 €
89%	100 000 €	39%	19 500 €
88%	100 000 €	38%	19 000 €
87%	100 000 €	37%	18 500 €
86%	100 000 €	36%	18 000 €
85%	100 000 €	35%	17 500 €
84%	100 000 €	34%	17 000 €
83%	100 000 €	33%	6 600 €
82%	100 000 €	32%	6 400 €
81%	100 000 €	31%	6 200 €
80%	100 000 €	30%	6 000 €
79%	100 000 €	29%	5 800 €
78%	100 000 €	28%	5 600 €
77%	100 000 €	27%	5 400 €
76%	100 000 €	26%	5 200 €
75%	100 000 €	25%	5 000 €
74%	100 000 €	24%	4 800 €
73%	100 000 €	23%	4 600 €
72%	100 000 €	22%	4 400 €
71%	100 000 €	21%	4 200 €
70%	100 000 €	20%	4 000 €
69%	100 000 €	19%	3 800 €
68%	100 000 €	18%	3 600 €
67%	100 000 €	17%	3 400 €
66%	100 000 €	16%	3 200 €
65%	65 000 €	15%	3 000 €
64%	64 000 €	14%	2 800 €
63%	63 000 €	13%	2 600 €
62%	62 000 €	12%	2 400 €
61%	61 000 €	11%	2 200 €
60%	60 000 €	10%	2 000 €
59%	59 000 €	9%	1 800 €
58%	58 000 €	8%	1 600 €
57%	57 000 €	7%	1 400 €
56%	56 000 €	6%	1 200 €
55%	55 000 €	5%	1 000 €
54%	54 000 €	4%	800 €
53%	53 000 €	3%	600 €
52%	52 000 €	2%	400 €
51%	51 000 €	1%	200 €

TITRE III

CONDITIONS GENERALES D'APPLICATION DU PRESENT ACCORD COLLECTIF

Article 20 - PRISE D'EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT

Le présent Accord collectif prend effet le **1^{er} janvier 2015**. Il est conclu pour une durée de quatre ans, avec tacite reconduction pour une nouvelle durée de quatre ans, sauf dénonciation par l'une des deux parties par lettre recommandée avec Accusé de Réception trois mois au moins avant l'échéance quadriennale.

Toutefois, chacune des parties conserve la faculté de dénoncer globalement la présente convention par anticipation, chaque année à la date d'échéance principale avec un préavis de trois mois, par lettre recommandée par accusé de réception adressée à l'autre partie.

Article 21 – COTISATIONS UNITAIRES ANNUELLES

La cotisation unitaire, tenant compte du coût des garanties Individuelle Accident et des taxes en vigueur, est fixée comme suit :

- Titulaire d'une Carte GN ou GN+ : ----- € TTC
- Titulaire d'un Pass 1 GN : ----- € TTC

En cas de non-paiement d'une cotisation, d'un complément ou fraction de cotisation, dans les DIX JOURS de son échéance, la M.D.S. adresse à la Fédération une lettre recommandée de mise en demeure. Le contrat peut être alors suspendu pendant TRENTE JOURS puis résilié DIX JOURS après l'expiration de ce délai de trente jours.

Article 22 : MANDAT D'ENCAISSEMENT DES COTISATIONS

La Fédération percevra, selon les procédures internes qu'elle jugera sous sa responsabilité les mieux appropriées, les cotisations unitaires dues par chaque adhérent à la M.D.S.

Conformément à la législation applicable en milieu sportif, chaque adhérent doit avoir connaissance du coût exact de ses garanties, lequel doit être strictement identique aux montants précisés à l'article 21 ci-dessus.

La Fédération s'engage à adresser à la M.D.S. :

- le 1^{er} avril, le versement d'un premier acompte de 25% sur la base de l'effectif de la saison précédente,
- le 1^{er} juillet, le versement d'un deuxième acompte de 25%,
- le 1^{er} octobre, le versement d'un troisième acompte de 25%,
- le 1^{er} décembre au plus tard, un état total des adhérents de la saison, ainsi que le solde des cotisations dues.

En cas de divergence avec les chiffres communiqués à d'autres organismes, tels que par exemple Ministère des Sports, la Fédération s'engage à communiquer à la M.D.S., sur simple demande de cette dernière, toute information susceptible de déterminer exactement le nombre des adhérents cotisants, et notamment la liste nominative de ses affiliés, l'exactitude de cette liste présentant un caractère déterminant pour la régularité de l'organisation des Assemblées Générales de la Mutuelle.

Article 23 : INFORMATION DES ADHERENTS, DEVOIR DE CONSEIL

La Fédération remet à chacun de ses adhérents, à l'occasion de la prise ou du renouvellement de leur adhésion, les conditions générales du contrat valant notice d'information.

La Fédération présente également à ses adhérents les garanties complémentaires facultatives en Individuelle Accident et leur rappelle, conformément à la loi, leur intérêt à y souscrire.

Tous les documents d'information, édités par la Fédération, ayant trait à l'assurance des adhérents, doivent avoir reçu l'accord préalable de la M.D.S.

Paris, le 3 décembre 2014
Fait en deux exemplaires originaux

LE PRESIDENT
De la FéDéGN
Stéphane GESQUIERE

LE DIRECTEUR GENERAL
DE LA M.D.S.
Isabelle SPITZBARTH