



GROUPE MDS
Mutuelle des Sportifs

SPORTMUT

Contrat collectif complémentaire de prévoyance
au bénéfice des licenciés de la Fédération Française de Football Américain

DEMANDE D'ADHESION

(l'adhérent est toujours l'assuré)

Assuré : M. ☐ Mme ☐ Mlle ☐
Nom : _____ Nom de Jeune Fille : _____
Prénoms : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
Date de naissance : _____
Profession (nature exacte) : _____ Téléphone : _____
Association sportive par laquelle ou au titre de laquelle le régime de base a été souscrit : _____

Je soussigné(e) déclare avoir reçu et pris connaissance de la notice d'information du contrat "SPORTMUT" ayant pour objet de proposer des garanties complémentaires en cas de dommage corporel suite à un accident de sport survenu pendant la pratique du football américain en sus du régime de prévoyance de base dont je suis déjà bénéficiaire auprès de la M.D.S.

J'ai décidé ☐ d'adhérer à SPORTMUT
☐ de ne pas y adhérer

Date limite de l'adhésion : 65^{ème} anniversaire

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 notoire, à défaut mes héritiers légaux, à défaut le Fonds National de solidarité et d'Actions Mutualistes.
- ☐ Autres dispositions : _____

FORMULE DE GARANTIES CHOISIE					COTISATION ANNUELLE € TTC
Formule A :	A 1 ☐	A 2 ☐	A 3 ☐	A 4 ☐	(correspondant au choix retenu)
Formule B :	B 1 ☐	B 2 ☐	B 3 ☐	B 4 ☐	
Formule C :	C 1 ☐	C 2 ☐	C 3 ☐	C 4 ☐	
Formule D :	D 1 ☐	D 2 ☐	D 3 ☐	D 4 ☐	
Formule E :	E 1 ☐	E 2 ☐	E 3 ☐	E 4 ☐	
☐ Autres choix : _____					_____ €
					Sera déterminée après consultation de la M.D.S.

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 Fédération 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*

* faire précéder la signature de la mention "lu et approuvé"

Cachet de la Fédération ou de l'Association Sportive



Mutuelle des Sportifs

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 numéro n° 422 801 910

2-4, rue Louis David - 75782 Paris cedex 16 - Tél. : 01 53 04 86 86 - FAX : 01 53 04 86 87

SPORTMUT

Contrat collectif complémentaire de prévoyance
au bénéfice des licenciés de la Fédération Française de Football Américain

NOTICE D'INFORMATION

En adhérant à SPORTMUT vous pouvez bénéficier de garanties complémentaires en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès résultant d'un accident survenu pendant la pratique du ou des sports déclarés sur la demande d'adhésion :

UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE :

Le capital que vous choisissez est le capital maximal versé en cas d'IPP égale à 100%. Ce capital est réduit lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 100%. **Aucun capital n'est versé pour un taux d'IPP inférieur ou égal à 5%.**

DES INDEMNITES JOURNALIERES EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE :

Elles vous sont versées mensuellement à terme échu, 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 ou de 1095 jours selon votre choix.

Quelle que soit la durée d'indemnisation choisie, 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.

UN CAPITAL DECES : qui sera versé au bénéficiaire désigné.

FORMULES ENFANT :

Seules les formules marquées d'un astérisque (*) dans le tableau figurant ci-dessous peuvent être souscrites pour les mineurs de moins de 12 ans.

Pour les mineurs âgés de 12 à 18 ans, le bulletin devra être revêtu de la signature de ceux-ci, et de celle des parents ou des représentants légaux.

FORMULE + 65 ANS :

Seule la formule marquée de deux astérisques (**) dans le tableau figurant ci-dessous peut être souscrite par les personnes âgées de plus de 65 ans.

MODALITES D'ADHESION

Des formules de garanties pré-tarifées vous sont proposées ci-dessous.

Si l'une de ces formules vous convient, 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 SPORTMUT. Vous disposerez alors d'un délai de 40 jours pendant lequel vous pourrez renoncer à votre adhésion. Passé ce délai votre adhésion deviendra définitive.

Si ces formules ne sont pas adaptées à vos souhaits, vous pouvez en choisir d'autres : il vous suffit de contacter la M.D.S.

		Capital Décès	Capital Invalidité (100 % IPP)	Indemnités Journalières	Cotisation Globale (TTC)	Dans toutes ces formules, les indemnités journalières sont versées à compter du 31 ^{ème} jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4 ^{ème} jour en cas d'hospitalisation et ce, jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours.
FORMULES	A 1*		30 489,80 €		5,00 €	
	A 2**	15 244,90 €	30 489,80 €		6,30 €	
	A 3	15 244,90 €		7,62 €/Jour	21,70 €	
	A 4	15 244,90 €	30 489,80 €	7,62 €/Jour	26,60 €	
	B 1*		60 979,61 €		9,90 €	
	B 2	30 489,80 €	60 979,61 €		12,60 €	
	B 3	30 489,80 €		15,24 €/Jour	43,30 €	
	B 4	30 489,80 €	60 979,61 €	15,24 €/Jour	53,10 €	
	C 1*		91 469,41 €		14,80 €	
	C 2	45 734,71 €	91 469,41 €		18,90 €	
	C 3	45 734,71 €		22,87 €/Jour	64,90 €	
	C 4	45 734,71 €	91 469,41 €	22,87 €/Jour	79,70 €	
	D 1*		121 959,21 €		19,70 €	
	D 2	60 979,61 €	121 959,21 €		25,20 €	
	D 3	60 979,61 €		30,49 €/Jour	86,50 €	
	D 4	60 979,61 €	121 959,21 €	30,49 €/Jour	106,10 €	
	E 1*		152 449,02 €		24,60 €	
	E 2	76 224,51 €	152 449,02 €		31,50 €	
	E 3	76 224,51 €		38,11 €/Jour	108,10 €	
	E 4	76 224,51 €	152 449,02 €	38,11 €/Jour	132,70 €	

Ces cotisations tiennent compte des taxes en vigueur.

(*) Options réservées aux mineurs âgés de moins de 12 ans.

(**) Seule formule pouvant être souscrite par les personnes âgées de plus de 65 ans.

Les cotisations sont annuelles. Le non renouvellement de la cotisation par l'assuré met fin de plein droit à l'adhésion 40 jours après le terme principal de la dernière échéance.

Ce contrat est régi par le Code de la Mutualité.