

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 et jusqu'au 31 août avec post-garantie jusqu'au 31 octobre **sous réserve** que l'affiliation de votre association ET votre licence soient renouvelées avant cette date.

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 sinistrité 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, cyclocross, cycloport, cyclotourisme, vélo-trial, bike-trial, dirt, vélo couché, VTT, 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'assurances APAC détaillées dans la Multirisque Adhérents Association Activités Sportive 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 soumise à autorisation ou déclaration administrative préalable.

ARTICLE 4 – ACTE D'ENGAGEMENT DES LICENCIÉS PRATIQUANT UNE ACTIVITÉ MOTORISÉE 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'assurances APAC détaillées dans la Multirisque Adhérents Association Activités Sportive 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 ou terrains privés (non ouverts à la circulation publique), clôturés et homologués. 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).
- Seules sont garanties les pratiques enregistrées au préalable sur le site spécifiquement dédié à cette déclaration (www.roulerenufolep.org).
- Est exclue des garanties de responsabilité civile toute participation à des épreuves, compétitions ou manifestations (et leurs essais) soumises à l'autorisation des pouvoirs publics conformément aux articles R.331-6 à R.331-17 du Code du Sport (épreuves sur la voie publique) et R.331-18 à R.331-34 du Code du Sport (concentrations ou manifestations organisées sur la voie publique ou dans les lieux non ouverts à la circulation publique).
- Les garanties de Responsabilité civile sont réservées à la pratique en France et départements d'Outre-mer (cf. article 5).

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

ARTICLE 5 – TERRITORIALITÉ DES GARANTIES

RESPONSABILITÉ 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 de Saint Barthélemy et Saint Martin (pour sa partie française uniquement) dans lesquels l'assureur dispose d'un agrément pour réaliser des opérations d'assurance, en Andorre et à Monaco.

RESPONSABILITÉ CIVILE ORGANISATION ET PRATIQUE DES ACTIVITÉS TERRESTRES MOTORISÉES : France métropolitaine, départements d'Outre-mer et collectivités d'Outre-mer de Saint-Barthélemy et Saint-Martin (pour sa partie française uniquement), Andorre et Monaco,

DEFENSE PÉNALE 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 de Saint Barthelemy et Saint Martin (pour sa partie française uniquement).

ARTICLE 6 – ASSUREURS PROCURANT LES GARANTIES

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

RESPONSABILITÉ CIVILE POUR L'ORGANISATION ET LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS TERRESTRES MOTORISÉES : 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.

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 8 – DELAI DE DECLARATION

Toute déclaration pouvant donner lieu au versement de prestations, doit parvenir à la Mutuelle dans un délai de 5 jours ouvrés.

Ce délai, en cas d'accident, est porté à trois mois à compter :

- de la consolidation des blessures révélant une invalidité totale ou partielle attestée médicalement,
- de la date du décès, étant rappelé que le capital forfaitaire n'est pas acquis si le décès survient après l'expiration du délai d'un an après la date de l'accident.

En cas de non respect des délais ci-dessus, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer au défaillant une indemnité proportionnée au préjudice qu'elle a subi du fait de ce retard, la preuve du préjudice étant à sa charge.

ARTICLE 9 – 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 2^{ème} 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 10 – 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 11 – 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. **assujéti** 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 assujéti** 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 1^{er} 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.