

## ARTICLE 5 – TERRITORIALITE DES GARANTIES

**RESPONSABILITE 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 (Guadeloupe, Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin pour sa partie française uniquement), Andorre et Monaco.

Dès lors que la durée totale du voyage ou du séjour n'excède pas un an, dans tous les autres pays du monde ou territoires, notamment dans les pays de l'Union Européenne.

**RESPONSABILITE CIVILE ORGANISATION ET PRATIQUE DES ACTIVITES TERRESTRES MOTORISEES** : 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 PENALE 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 (Guadeloupe, Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin pour sa partie française uniquement) dans lesquels l'assureur pratique des opérations d'assurance, en Andorre et à Monaco.

## ARTICLE 6 – ASSUREURS PROCURANT LES GARANTIES

**RESPONSABILITE CIVILE** (à l'exclusion de la responsabilité civile liée à l'organisation et à la pratique des activités terrestres motorisées), **ASSURANCE DE DOMMAGES, DEFENSE PENALE 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.

**RESPONSABILITE CIVILE POUR L'ORGANISATION ET LA PRATIQUE DES ACTIVITES TERRESTRES MOTORISEES** : 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

Conformément aux dispositions de l'article L.211-11 du Code de la Mutualité, toute déclaration pouvant donner lieu au versement de prestations doit parvenir à la MAC dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Ce délai de déclaration est porté à 10 ans si les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

## 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<sup>ème</sup> 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. **assujetti** 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 assujetti** 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.