



**GROUPE MDS**  
Mutuelle des Sportifs

## SPORTMUT

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



### DEMANDE D'ADHESION

(l'adhérent est toujours l'assuré)

Assuré : M.  Mme  Melle   
 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 de la boxe en sus du régime de prévoyance de base dont je suis déjà bénéficiaire auprès de la Mutuelle des Sportifs (M.D.S.).

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

Date limite de l'adhésion : 65<sup>ème</sup> 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 <input type="checkbox"/>	A 2 <input type="checkbox"/>	A 3 <input type="checkbox"/>	A 4 <input type="checkbox"/>	(correspondant au choix retenu)
Formule B :	B 1 <input type="checkbox"/>	B 2 <input type="checkbox"/>	B 3 <input type="checkbox"/>	B 4 <input type="checkbox"/>	
Formule C :	C 1 <input type="checkbox"/>	C 2 <input type="checkbox"/>	C 3 <input type="checkbox"/>	C 4 <input type="checkbox"/>	
Formule D :	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>	
Formule E :	E 1 <input type="checkbox"/>	E 2 <input type="checkbox"/>	E 3 <input type="checkbox"/>	E 4 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 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\*

Cachet de la Fédération ou de l'Association Sportive

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



**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 Registre National des Mutuelles sous le 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 Boxe

## 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'invalidité 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 :

**Garantie ne pouvant être souscrite que si vous exercez une activité professionnelle rémunérée régulière.**

Les indemnités vous sont versées mensuellement à terme échu, dans la limite de la perte de revenus réelle et du montant de garantie souscrit (sous déduction des indemnités versées par le(s) régime(s) de prévoyance et de celles attribuées au titre de la loi sur la mensualisation et de la convention collective applicable), 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.

(\*) Les garanties prennent effet le lendemain de l'envoi à la M.D.S. de la demande d'adhésion accompagnée du règlement de l'option choisie.

	Capital Décès	Capital Invalidité (100 % IPP)	Indemnités Journalières	Cotisation Globale Boxeurs non Professionnels	Cotisation Globale Boxeurs Professionnels		
FORMULES	A 1*		30 489,80 €		2,71 €	Dans toutes ces formules, les indemnités journalières sont versées à compter du 31 <sup>ème</sup> jour d'incapacité temporaire totale de travail ou à partir du 4 <sup>ème</sup> jour en cas d'hospitalisation et ce, jusqu'à la consolidation et au plus pendant 1095 jours.	
	A 2**	30 489,80 €	60 979,61 €		7,96 €		50,00 €
	A 3	30 489,80 €		15,24 €/Jour	26,77 €		123,58 €
	A 4	30 489,80 €	60 979,61 €	15,24 €/Jour	32,20 €		163,58 €
	B 1*		60 979,61 €		5,43 €		
	B 2	60 979,61 €	121 959,21 €		15,92 €		100,01 €
	B 3	60 979,61 €		30,49 €/Jour	53,54 €		247,15 €
	B 4	60 979,61 €	121 959,21 €	30,49 €/Jour	64,39 €		327,16 €
	C 1*		91 469,41 €		8,14 €		
	C 2	91 469,41 €	182 938,82 €		23,87 €		150,01 €
	C 3	91 469,41 €		45,73 €/Jour	80,31 €		370,73 €
	C 4	91 469,41 €	182 938,82 €	45,73 €/Jour	96,59 €		490,73 €
	D 1*		121 959,21 €		10,85 €		
	D 2	121 959,21 €	243 918,43 €		31,83 €		200,01 €
	D 3	121 959,21 €		60,98 €/Jour	107,08 €		494,30 €
	D 4	121 959,21 €	243 918,43 €	60,98 €/Jour	128,79 €		654,31 €
E 1*		152 449,02 €		13,57 €			
E 2	152 449,02 €	304 898,03 €		39,79 €	250,02 €		
E 3	152 449,02 €		76,22 €/Jour	133,85 €	617,88 €		
E 4	152 449,02 €	304 898,03 €	76,22 €/Jour	160,99 €	817,89 €		

(\*) 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.