



**GARANTIE PERTE DE SALAIRE OU DE REVENU**

**CONTRAT 980A03 SOUSCRIT PAR LA LIGUE DU CENTRE DE FOOTBALL**

*Si vous avez subi une perte de salaire justifiant le versement de l'indemnité journalière prévue au contrat qui a été souscrit (sous réserve de la vérification de la validité de cette garantie), vous devrez obligatoirement nous transmettre :*

- un certificat de perte de salaire établi par votre employeur sur papier à entête et conforme au modèle que vous trouverez au verso.
- les décomptes originaux de règlement des indemnités journalières de votre régime de prévoyance obligatoire (sécurité Sociale ou organisme similaire),
- les décomptes originaux de paiement de tout organisme complémentaire, à défaut il conviendra de joindre une attestation de non-participation,
- copies des avis d'arrêt de travail et des éventuelles prolongations,
- les copies des bulletins de salaire des 2 mois précédents votre accident et de ceux pendant votre arrêt,
- copie du bulletin de situation précisant les dates d'entrée et de sortie, si vous avez été hospitalisé.

*Nous vous rappelons que la garantie de perte de salaire ou de revenu réelle nette n'est payable qu'à compter du 22<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail (ou du 4<sup>ème</sup> jour en cas d'hospitalisation), pour une durée limitée à 365 jours et dans la limite de 25 € par jour. Elle ne se substitue en aucun cas aux obligations des employeurs ou autres organismes de prévoyance et n'intervient qu'en complément de ceux-ci en application de la Loi sur la mensualisation. Elle est cumulable avec les prestations de la sécurité sociale (ou autre organisme) sans pouvoir être supérieure à la perte nette de salaire réellement subie, si tel était le cas, la M.D.S ne versera que la différence des sommes réellement perdues.*

**LOI SUR LA MENSUALISATION**

*Les articles L 1225-1 et D 1226-1 à 8 du nouveau code du travail entré en vigueur le 1er mai 2008 introduit dans le statut minimum des salariés une garantie de ressources, qui s'applique en l'absence de dispositions conventionnelles plus favorables.*

*Bénéficient de cette garantie les salariés du secteur industriel et commercial. La garantie de ressource s'applique ainsi :*

**Ancienneté préalable dans l'entreprise : 1 an**

**Durée de l'indemnisation :**

- 30 jours à 90% + 10 jours par tranche de 5 ans d'ancienneté au-delà de l'année préalable.
- 30 jours à 66% + 10 jours par tranche de 5 ans d'ancienneté au-delà de l'année préalable.

**Délai de carence :** 7 jours (sauf pour les accidents du travail).

**Indemnisation maximum :** 90 jours pour chacune des périodes à 90% et 66%.

**Arrêts successifs :** indemnisation limitée au cours de 12 mois consécutifs au temps d'indemnisation acquis en raison de l'ancienneté.

**L'ancienneté** s'apprécie au premier jour de l'absence.

*Pour l'application de cette loi, les conditions suivantes doivent être réunies :*

- Justification dans les 48 heures de l'incapacité par la production d'un certificat médical.*
- Prise en charge par la sécurité sociale.*
- Soins reçus en France ou dans un pays de l'U.E.*

*Voir au verso*

**Département Développement**  
Souscription et gestion des contrats

Mutuelle des Sportifs  
2/4, rue Louis David  
75782 Paris Cedex 16  
☎ 01 53 04 86 86 ☎ 01 53 04 86 87  
Contact@grpmds.com

**Département Prestations**  
Déclaration et gestion des sinistres

Mutuelle des Sportifs  
2/4, rue Louis David  
75782 Paris Cedex 16  
☎ 01 53 04 86 20 ☎ 01 53 04 86 87  
Prestations@grpmds.com

**Service Réclamations**  
Réception et gestion des réclamations

Groupe MDS - Service Réclamations  
2/4, rue Louis David  
75782 Paris Cedex 16  
☎ 01 53 04 86 30 ☎ 01 53 04 86 10  
Reclamations@grpmds.com

**Pour en savoir plus**  
[www.mutuelle-des-sportifs.com](http://www.mutuelle-des-sportifs.com)

*Par ailleurs, l'accident de la vie privée, sportif y compris, ouvre droit aux prestations de l'assurance maladie dans tous les régimes de prévoyance obligatoire, la législation française considérant ce dernier au même titre que la maladie.*

**MODELE DU CERTIFICAT DE PERTE DE SALAIRE – SALARIES-  
A faire établir sur papier commercial. Ne pas utiliser le présent document.**

Je soussigné(e) (NOM et PROFESSION)....., certifie que M. (Mme) (NOM et PRENOM)....., employé (e) depuis le ....., en qualité de .....,

n'a pas travaillé du .....au .....inclus:

Bénéficiaire d'une garantie en application (1) d'un accord d'entreprise ou d'une convention collective ou des articles L 1225-1 et D 1226-1 à 8 du nouveau code du travail entré en vigueur le 1er mai 2008 (1) rayer la mention inutile.

Non bénéficiaire (dans ce cas préciser le motif).....

Cet arrêt a entraîné une perte nette de salaire suivant la ventilation ci-dessous :

SALAIRE NET A PAYER QUI AURAIT DU ETRE PERCU PENDANT CET ARRET DE TRAVAIL :

SALAIRE NET VERSE PAR L'EMPLOYEUR PENDANT LA PERIODE D'ARRET :

INDEMNITES SECURITE SOCIALE PERCUES PAR LE BLESSE (du .....au....) :

INDEMNITES VERSEES PAR UN ORGANISME COMPLEMENTAIRE (du ...au ...) :

PERTES DIVERSES (uniquement les primes soumises à cotisations sociales) :

PERTE NETTE SUBIE :

FAIT A.....LE.....

SIGNATURE ET CACHET COMMERCIAL

---

**DEMANDEURS D'EMPLOI** - nous adresser :

- Les décomptes originaux de règlement de la sécurité sociale pendant la période d'arrêt prescrit,
- Les décomptes originaux de paiement de tout organisme complémentaire, à défaut il conviendra de joindre une attestation de non-participation,
- Une photocopie de la notification de vos droits, établie par Pôle Emploi

**AUTRES SITUATIONS :**

Prendre contact avec la Mutuelle des Sportifs au :  
Tél : 01.53.04.86.20  
prestations@grpmds.com