

FEDERATION FRANCAISE DE FORCE

Accord collectif n° 2200A0001 souscrit auprès de la MUTUELLE DES SPORTIFS Notice d'information Individuelle Accident / Saison 2020 - 2021

Les licenciés de la Fédération Française de Force bénéficiant du présent Accord collectif deviennent membres participants de la M.D.S.

Conformément aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et des articles 10 à 14 des statuts de la M.D.S., leur représentation à l'assemblée générale de la M.D.S. est organisée comme suit : la Fédération souscriptrice constitue une section de vote qui doit élire ou désigner des délégués titulaires et leurs suppléants.

DISPOSITIONS COMMUNES

Article 1 : OBJET

Le présent Accord collectif a pour objet de mettre en œuvre un régime collectif de prévoyance destiné aux licenciés de la Fédération souscriptrice, conformément aux dispositions du Code du Sport.

Article 2 : ASSURES

2.1 : Sont assurés :

- Les adhérents du groupement souscripteur du présent Accord collectif pratiquant les activités définies à l'article 3 ci-dessous, résidant en France Métropolitaine, en Corse, dans les départements d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer (Guadeloupe Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Nouvelle Calédonie, Guyane, Polynésie Française), en Andorre et à Monaco.
- Les adhérents du groupement souscripteur du présent Accord collectif résidant hors de France, départements d'outre-mer, collectivités d'outre-mer (Guadeloupe Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Nouvelle Calédonie, Guyane, Polynésie Française), Andorre et à Monaco, ne sont assurés que si les activités visées à l'article 3 ci-dessous sont pratiquées dans les pays visés ci-dessus et/ou sous l'autorité de leur association.
- Les bénévoles prêtant occasionnellement leur concours à l'organisation des activités garanties.

2.2 : Invités :

Peuvent bénéficier des garanties individuelle accident (à l'exception de celles définies à l'article 12.5), les pratiquants occasionnels non adhérents, et dont le but est de découvrir l'activité pratiquée à l'exclusion de toute compétition officielle, dans la limite de 3 jours par an.

Cette garantie peut être souscrite par le groupement sportif pour les activités qu'il organise, ainsi que par ses organismes déconcentrés et/ou affiliés pour leurs propres activités, auquel cas il sera établi un contrat entre ledit organisme et la MDS.

Article 3 : ACTIVITES GARANTIES

Sont garanties les activités ci-après :

- Les activités sportives et/ou culturelles et/ou de loisirs de la fédération ou du groupement sportif telles que précisées dans ses statuts, organisées et/ou encadrées par la fédération ou le groupement sportif, ou par ses organismes déconcentrés et/ou affiliés.
- La participation à des activités extra sportives exercées à titre récréatif sous les réserves et conditions suivantes :
 - Participation à des manifestations festives à caractère privé telles que fêtes, bals, kermesses, repas, sorties, et seulement dans le cas où ces activités sont organisées par le groupement sportif,
 - **Sont exclues :**
 - toutes manifestations organisées à des fins commerciales (sont admises toutefois les manifestations payantes organisées de façon ponctuelle et procurant au groupement sportif des recettes complémentaires non régulières),
 - toutes manifestations organisées au profit d'une autre association ou de toute personne morale ou physique, SAUF dans le cadre du TELETHON ou autres actions humanitaires,

dès lors que ces activités sont organisées par le groupement ou ses organismes déconcentrés et/ou affiliés et qu'elles se déroulent dans les lieux d'installations appartenant ou mis à disposition de, ou agréés par le groupement ou ses organismes déconcentrés et/ou affiliés.

- Les déplacements nécessités par les activités visées ci-dessus.

Article 4 : ETENDUE GEOGRAPHIQUE DES GARANTIES

Les garanties sont acquises :

- Sans limitation de durée, en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer (Guadeloupe Martinique, Réunion, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Nouvelle Calédonie, Guyane, Polynésie Française), en Andorre et à 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.

Article 5 : PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE

La garantie est accordée dès l'obtention de la licence ou de la carte de membre ou son renouvellement. Elle cesse à la date de fin de validité de la licence ou de la carte de membre sous réserve de la non-résiliation du présent contrat.

Les sportifs renouvelant leur licence ou leur carte bénéficient automatiquement de la garantie sous réserve que ce renouvellement intervienne au plus tard dans le premier trimestre de la nouvelle saison.

En cas d'accident, la preuve de l'adhésion résultera valablement :

- soit de la production de la copie de la licence ou de la carte de membre,
- soit de la présence de l'adhérent sur un relevé nominatif transmis à la mutuelle.

En cas de difficulté particulière d'application, la MDS et le groupement sportif se concerteront par tous moyens en vue d'établir la réalité de l'adhésion.

Article 6 - DÉCLARATION D'ACCIDENT - Obligation de l'assuré

Sauf cas de force majeure, tout accident doit être déclaré dans les 5 jours à l'aide d'un formulaire adressé à la M.D.S.

Pour faciliter et accélérer la connaissance des déclarations d'accident, la Mutuelle met à la disposition de ses adhérents un **NUMERO VERT (0.800.857.857)** utilisable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Ce service ne peut se substituer en matière de preuve à l'envoi d'une déclaration écrite de sinistre (selon les procédures normalement applicables), cette dernière restant en toute hypothèse obligatoire.

La non déclaration ou la déclaration passés les délais ci-dessus entraîne la déchéance de garantie dans la mesure où le retard, non imputable à un cas fortuit ou de force majeure, aura causé un préjudice aux assureurs.

L'assuré doit en outre :

- indiquer dans les plus brefs délais la date, la nature et les circonstances du sinistre, ses causes et ses conséquences, connues ou présumées, le montant approximatif des dommages,
- prendre immédiatement toutes les mesures nécessaires pour limiter l'importance du sinistre et sauvegarder les biens assurés. Lorsque les pertes ou dommages sont imputables à autrui, il doit également prendre toutes mesures nécessaires pour conserver à l'assureur le recours, et prêter son concours pour engager les poursuites nécessaires,
- en ce qui concerne les sinistres susceptibles d'engager une Responsabilité, indiquer les nom et adresse des responsables, personnes lésées et des témoins, transmettre dans le plus bref délai tous avis, lettres, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédure qui seraient adressés, remis ou signifiés, à lui-même ou à ses préposés.

Faute par l'assuré de remplir tout ou partie des obligations prévues ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, les assureurs peuvent réclamer une indemnité proportionnée au dommage qui leur aura été causé; soit manquement à ces obligations, soit par l'obstacle fait par lui à leur action.

S'il fait sciemment de fausses déclarations sur la nature et les causes, circonstances ou conséquences d'un sinistre, il est déchu de tout droit à la garantie pour ce sinistre.

Article 7 : ASSURANCES CUMULATIVES

Si l'assuré souscrit auprès de plusieurs assureurs des contrats pour un même intérêt contre un même risque, il doit donner immédiatement à chaque assureur connaissance des autres assurances. **Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.** Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 8 : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de la présente convention sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1°/ en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2°/ en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans pour les garanties relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

La prescription peut être interrompue par :

- une des causes ordinaires d'interruption ([Article 2244 du Code Civil] commandement ou saisie significatifs à celui que l'on veut empêcher de prescrire, citation en justice, même en référé, etc...)
- ainsi que dans les cas ci-après :
 - désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
 - envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception,
 - . par la Société à l'Assuré, en ce qui concerne le paiement de la cotisation,
 - . par l'Assuré à la Société, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 9: RECLAMATION / MÉDIATION

En cas de désaccord sur l'application des garanties de la M.D.S., l'assuré peut présenter sa réclamation au Service Réclamations de la M.D.S. :

- ▶ par voie postale à : **MUTUELLE DES SPORTIFS – Service Réclamations – 2/4 rue Louis David – 75782 Paris Cedex 16**
- ▶ par messagerie électronique à : reclamations@grpmds.com
- ▶ par télécopie au : **01.53.04.86.10**
- ▶ par téléphone au : **01.53.04.86.30** (numéro non sur-taxé) ; dans ce dernier cas, une confirmation écrite du réclamant doit être adressée au Service Réclamations.

Le Service Réclamations s'engage à :

- ▶ accuser réception de la réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation écrite, sauf si la réponse est apportée dans ce délai,
- ▶ tenir le réclamant informé du déroulement du traitement de sa réclamation,
- ▶ traiter la réclamation dans le délai maximal de 2 mois à compter de la réception de la réclamation écrite.

Si le désaccord subsiste après examen de la réclamation, l'assuré a la faculté de saisir le Médiateur de la consommation auprès du Groupe MDS en formulant sa demande, par voie postale sous pli confidentiel à l'adresse suivante : Monsieur Philippe BORGAT (PhB expertise et conseil), Médiateur de la consommation auprès du Groupe M.D.S. – 6 rue Bouchardon – 75010 PARIS, ou par voie de dépôt en ligne d'une demande de médiation sur le site du Médiateur : <http://mediation.mutuelle-des-sportifs.com>.

Le Médiateur intervient selon les modalités et dans les limites définies dans la Charte de la Médiation de la consommation auprès du Groupe MDS, charte dont une copie est communiquée à l'assuré sur simple demande de sa part adressée au Service Réclamations.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas à l'assuré qui conserve la faculté de saisir le tribunal compétent afin de le faire statuer sur le litige qui l'oppose à la M.D.S..

Article 10 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉ

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la présente convention. L'assuré peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de l'assureur, de ses mandataires et réassureurs ou de la Fédération. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la M.D.S., à l'adresse de son siège social (loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004).

GARANTIES « INDIVIDUELLE ACCIDENT »

La Mutuelle des Sportifs, dans le respect des dispositions du Code de la Mutualité, garantit le règlement de prestations en cas de blessures, d'invalidité permanente totale ou partielle ou de décès du fait d'un accident survenu pendant l'exercice des activités garanties telles que décrites à l'article 3 ci-dessus.

Article 11 : DÉFINITIONS

11.1. – Accident

Par accident corporel, il faut comprendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

11.2. - Invalidité Permanente Totale ou Partielle

L'assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle s'il est privé définitivement de tout ou partie de ses capacités physiques ou intellectuelles.

Pour l'appréciation de cette invalidité, c'est le barème du concours médical qui sera utilisé (cf. article 11.3. ci-dessous) et il ne sera tenu compte que de l'invalidité fonctionnelle et en aucun cas de l'invalidité professionnelle.

Il ne sera pas tenu compte non plus des préjudices annexes (pretium doloris, préjudice d'agrément, préjudice esthétique, etc.....).

11.3. - Barème du concours médical

Il s'agit du barème indicatif pour apprécier les déficits fonctionnels séquellaires utilisé en droit commun.

11.4. – Droit de contrôle et expertise

La M.D.S. se réserve le droit de contester les conclusions des certificats médicaux fournis par l'assuré.

Pour ce faire, les médecins délégués de la M.D.S. ont libre accès auprès de l'assuré pour procéder à tout contrôle ou toute expertise ; de son côté, l'assuré a la faculté de se faire assister, à ses frais, par un médecin.

Si l'assuré s'y refusait, il perdrait tout droit aux prestations pour l'accident en cause. En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de la M.D.S., il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné d'un commun accord par les parties.

A défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal compétent de Paris.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son arbitre ; ceux du tiers arbitre, le cas échéant, seront supportés pour moitié par les deux parties.

11.5. - Incapacité Temporaire Totale de Travail

L'assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail s'il se trouve dans l'impossibilité complète et temporaire d'exercer sa profession ou toute profession en rapport avec ses aptitudes professionnelles et rémunérations antérieures.

11.6. - Principe indemnitaire

Il est rappelé que conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 Décembre 1989, les remboursements ou les indemnités des frais de soins de santé occasionnés par un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements ou les indemnités des frais de soins de santé occasionnés par un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

11.7. - Enfants à charge

Les enfants de l'assuré ou de son conjoint lorsqu'ils sont mineurs ou majeurs de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études et sont rattachés au foyer fiscal de l'assuré ou, quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires d'un titre leur reconnaissant un taux d'invalidité au moins égal à 80 %.

11.8. - Subrogation

La M.D.S. est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident (ou à ses ayants droit) dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées par elle.

Article 12 : GARANTIES

12.1. Frais de soins de santé

La Mutuelle des Sportifs rembourse les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, à concurrence de **100 % du tarif conventionnel de la Sécurité Sociale** et dans la limite des frais réels exposés, déduction faite des prestations versées par le Régime Obligatoire de Sécurité Sociale et tout régime éventuel de prévoyance complémentaire.

Elle rembourse également le forfait journalier hospitalier.

Seuls les prothèses dentaires, le bris de lunettes et les frais de transport font l'objet de remboursements spécifiques décrits aux articles 12.2 à 12.4 ci-dessous.

Les assurés ne bénéficiant pas d'un régime de Sécurité Sociale verront leurs remboursements limités au montant du ticket modérateur et/ou au montant du forfait journalier.

La M.D.S. arrête ses remboursements à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré.

12.2. Frais de prothèses dentaires

Les frais de prothèses dentaires font l'objet d'un remboursement forfaitaire dans la limite des frais réels restant à charge, à concurrence de **183 € par dent**, qu'il s'agisse d'une dent fracturée lors de l'accident ou d'une prothèse déjà existante nécessitant une réparation ou un remplacement du seul fait de l'accident.

12.3. Bris de lunettes

Le bris accidentel de lunettes ou de lentilles fait l'objet d'un remboursement forfaitaire limité à **230 € pour les lunettes et 80 € par lentille** dans la limite des frais réels restant à charge et **s'il s'agit d'un accident de sport sur production d'un certificat médical précisant que l'assuré doit nécessairement porter ses lunettes ou ses lentilles pendant les activités sportives.**

12.4. Frais de transport

Les frais de premier transport du lieu de l'accident à celui de l'établissement hospitalier le plus proche susceptible de donner les premiers soins sont remboursés par la M.D.S. à concurrence des frais réels restant à charge.

Il en va de même pour le coût des transports pour se rendre aux soins prescrits par certificat médical, sous réserve d'une prise en charge préalable délivrée par la M.D.S.

12.5. Bonus Santé

L'assuré bénéficie, sur justificatifs, d'un « Bonus Santé » à concurrence d'un montant global maximal de 1.525 € par accident, dans la limite des frais réels restant à charge et dans les limites précisées ci-dessous par type de dépense :

- les dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux, en complément du régime obligatoire de Sécurité Sociale et de tout régime de prévoyance complémentaire, à concurrence de 200 % du tarif conventionnel de la Sécurité Sociale.

- les prestations hors nomenclature ou non remboursables par la Sécurité Sociale.

- en cas d'hospitalisation, la majoration pour chambre particulière (les suppléments divers de confort personnel : téléphone, télévision, etc. ne sont pas pris en compte) et / ou le coût d'un parent accompagnant si le blessé a moins de 12 ans, à concurrence de 16 € par jour.

- les pertes de revenus : lorsque le blessé a été en incapacité temporaire totale de travail suite à un accident pendant plus de 30 jours consécutifs, la M.D.S. verse une indemnité à concurrence de 16 € par jour à compter du 31ème jour, **Les 30 premiers jours d'arrêt de travail ne sont pas indemnisés.** Cette garantie est réservée aux assurés pouvant justifier d'une activité rémunératrice régulière.
La perte de revenus s'apprécie après tout paiement d'indemnités journalières par le régime obligatoire de Sécurité Sociale et/ou par tout régime de prévoyance complémentaire (obligatoire ou facultatif de l'assuré).
- les frais de remise à niveau scolaire pour les enfants accidentés mineurs à concurrence de 16 € par jour et 763 € maximum.
- et d'une façon générale tous frais de santé prescrits par un médecin praticien.

12.6. Capital Invalidité

En cas d'invalidité permanente, la M.D.S. garantit le versement d'un capital dont le montant maximal est fixé à **61 000 €**.

Pour les taux d'invalidité inférieurs à 100 %, le capital effectivement dû est celui figurant au barème annexé au présent contrat (cf. Annexe ci-après).

Ce barème sera appliqué en faisant abstraction du taux d'invalidité éventuellement préexistant dès lors que cette invalidité préexistante n'est pas la conséquence d'un accident pris en charge par la M.D.S. **Seule la majoration du taux d'invalidité imputable à l'accident garanti sera prise en compte. Pour l'application de cette disposition cette majoration de taux est substituée au taux dans le barème susvisé.**

En revanche, dès lors qu'un assuré a déjà été indemnisé par la M.D.S. et qu'il fait l'objet d'une majoration de son taux d'invalidité déjà attribué, soit en cas d'accidents successifs, soit en cas d'aggravation de son état, le capital dû par la M.D.S. est égal à la différence entre le capital dû au titre du taux d'invalidité majoré et le capital déjà versé au titre du taux d'invalidité préexistant.

Le taux d'invalidité est fixé, d'après le barème du concours médical, dans les conditions prévues aux articles 11.2. et 11.3.

12.7. Capital Décès

En cas de décès, la M.D.S. garantit le versement d'un capital. Ce capital est de :

- **3.100 €** si l'assuré est un enfant mineur non émancipé,
- **25.000 €** si l'assuré est majeur ou mineur émancipé, ce capital de base étant majoré de 10 % par enfant à charge (article 11.6.)

En l'absence de stipulation expresse contraire de l'assuré, le capital décès est versé au conjoint non divorcé, non séparé de corps par jugement, à défaut par parts égales aux enfants nés ou à naître, à défaut au concubin notoire, à défaut aux héritiers légaux, à défaut au Fonds National de Solidarité et d'Actions Mutualistes.

Le paiement du capital décès met fin à l'adhésion.

Article 13 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS : FORMALITÉS A REMPLIR EN CAS D'ACCIDENT

13.1. - Règlement des frais de soins divers

Il appartient à l'assuré d'adresser à la MDS ses bordereaux de remboursement du régime obligatoire et le cas échéant de tout régime complémentaire.

Les assurés de la M.D.S. non couverts par un régime de prévoyance peuvent éviter, lorsqu'ils sont hospitalisés sur le territoire français, de faire l'avance du ticket modérateur et/ou du forfait journalier en lui faisant adresser par l'établissement hospitalier une demande de prise en charge rappelant les références du dossier concerné.

13.2. - Règlement au titre du « Bonus Santé »

Pour les pertes de revenus, la M.D.S. demandera tout justificatif utile, notamment relevés de la Sécurité Sociale, attestation de l'employeur, documents fiscaux, etc....

Pour toutes les autres dépenses, la M.D.S. demandera tout justificatif utile.

13.3. - Formalités en cas d'invalidité

Dans les jours qui suivent la survenance de l'invalidité et au plus tard dans un délai de 90 jours, un certificat médical doit être transmis directement au médecin-conseil de la MDS et doit préciser :

- le taux d'invalidité probable et la date de consolidation. Si l'assuré est affilié au régime général de la Sécurité Sociale (ou à un régime équivalent) classant son invalidité en 2ème ou 3ème catégorie au sens du Code de la Sécurité Sociale ;
- la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'adhérent,
- la date de première constatation de l'affection.

La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire et de faire expertiser l'assuré par un médecin expert de son choix.

13.4 - Formalités en cas de décès de l'assuré

Les pièces suivantes doivent être adressées à la MDS :

- un acte de décès de l'assuré,
- un certificat médical indiquant la cause du décès,
- une copie du rapport de police ou de gendarmerie, le cas échéant,
- une copie du livret de famille ou un extrait d'acte de naissance.

La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire.

Article 14 : EXCLUSIONS

- les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire en cas de décès,
- les suicides volontaires et conscients ou tentatives de suicide,
- les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active,
- les accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à des rixes, sauf en cas de légitime défense,
- les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré,
- les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré,
- les accidents résultant des effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité.

ANNEXE : CAPITAL INVALIDITE

TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX	TAUX	CAPITAUX
100 %	61 000 €	75 %	45 750 €	50 %	15 250 €	25 %	3 050 €
99 %	60 390 €	74 %	45 140 €	49 %	14 945 €	24 %	2 928 €
98 %	59 780 €	73 %	44 530 €	48 %	14 640 €	23 %	2 806 €
97 %	59 170 €	72 %	43 920 €	47 %	14 335 €	22 %	2 684 €
96 %	58 560 €	71 %	43 310 €	46 %	14 030 €	21 %	2 562 €
95 %	57 950 €	70 %	42 700 €	45 %	13 725 €	20 %	2 440 €
94 %	57 340 €	69 %	42 090 €	44 %	13 420 €	19 %	2 318 €
93 %	56 730 €	68 %	41 480 €	43 %	13 115 €	18 %	2 196 €
92 %	56 120 €	67 %	40 870 €	42 %	12 810 €	17 %	2 074 €
91 %	55 510 €	66 %	40 260 €	41 %	12 505 €	16 %	1 952 €
90 %	54 900 €	65 %	39 650 €	40 %	12 200 €	15 %	1 830 €
89 %	54 290 €	64 %	39 040 €	39 %	11 895 €	14 %	1 708 €
88 %	53 680 €	63 %	38 430 €	38 %	11 590 €	13 %	1 586 €
87 %	53 070 €	62 %	37 820 €	37 %	11 285 €	12 %	1 464 €
86 %	52 460 €	61 %	37 210 €	36 %	10 980 €	11 %	1 342 €
85 %	51 850 €	60 %	36 600 €	35 %	10 675 €	10 %	1 220 €
84 %	51 240 €	59 %	17 995 €	34 %	10 370 €	9 %	1 098 €
83 %	50 630 €	58 %	17 690 €	33 %	4 026 €	8 %	976 €
82 %	50 020 €	57 %	17 385 €	32 %	3 904 €	7 %	854 €
81 %	49 410 €	56 %	17 080 €	31 %	3 782 €	6 %	732 €
80 %	48 800 €	55 %	16 775 €	30 %	3 660 €	5 %	0 €
79 %	48 190 €	54 %	16 470 €	29 %	3 538 €	4 %	0 €
78 %	47 580 €	53 %	16 165 €	28 %	3 416 €	3 %	0 €
77 %	46 970 €	52 %	15 860 €	27 %	3 294 €	2 %	0 €
76 %	46 360 €	51 %	15 555 €	26 %	3 172 €	1 %	0 €