Mutuelle Prévifrance

RÈGLEMENT MUTUALISTE
GARANTIE PROTECTION ACCIDENT ACTIFS

TC-PRF001

Article 1 : Définitions

- **MEMBRE PARTICIPANT / ADHERENT** : la personne physique ayant demandé à adhérer à une garantie
- **ASSURÉ** :
  - Dans le cadre de l'option individuelle : le membre participant âgé de plus de 18 ans et de moins de 60 ans à la date de l'adhésion
  - Dans le cadre de l'option couple : le membre participant ainsi que son conjoint âgé de plus de 18 ans et de moins 60 ans à la date de l'adhésion
- **BÉNÉFICIAIRE** : la personne physique percevant une prestation allouée en cas de réalisation des risques garantis au contrat.
- **ACCIDENT** : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, dont il est victime pendant la période de garantie, et provenant directement d'une cause soudaine et imprévisible, à l'exclusion de toute cause inhérente à son état de santé, que la pathologie à laquelle est imputable le sinistre fût connue ou inconnue du membre participant.
  Il est notamment précisé que ne sont pas considérés comme des accidents :
  - les accidents vasculaires cérébraux, les ruptures d'anévrisme, les crises cardiaques, et leurs conséquences ;
  - Les crises d'épilepsie, de delirium tremens, et leurs conséquences ;
  - les lumbagos, sciatiques, hernies ;
  - les suites d'une intervention chirurgicale ;
  - le suicide ou la tentative de suicide.
- **ACCIDENT DE LA CIRCULATION** : Est réputé «accident de la circulation», l'accident :
  - provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton, lorsque le membre participant circule à pied sur une voie publique ou privée;
  - survenu à l'occasion d'un parcours effectué par le membre participant, en tant que passager d'une ligne régulière de transport par voie de fer, d'air ou d'eau, en tant que passager ou conducteur d'un véhicule sur voie de terre.

Il est précisé que les accidents survenant lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur ne sont pas considérés comme des accidents de la circulation.

- **HOSPITALISATION** : séjour d'une nuit au minimum, dans un établissement hospitalier public ou privé, agréé et conventionné ou non par le régime d'assurance maladie obligatoire français au moment du séjour.
- **SOINS INTENSIFS** : hospitalisation dans un service spécifique où sont assurés des soins permanents (24 heures sur 24) relevant d'un personnel soignant spécialisé utilisant des techniques de réanimation.

Article 2 : Informations générales sur la Mutuelle

La Mutuelle Prévifrance (ci-après dénommée « La Mutuelle ») est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. Elle dispose des agréments dans les branches suivantes du Code de la Mutualité : branche 1 Accident, branche 2 Maladie, branche 20 Vie-Décès. Elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro SIREN 776950669.

Son siège social est situé au 15 quai du Docteur Calabet, 47910 AGEN Cedex 9 et son siège administratif au 80 rue Matabiau, BP 71269, 31012 TOULOUSE Cedex 6.

La Mutuelle est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège social est situé 61, rue Taitbout – 75 436 Paris cedex 09.

Article 3 : Objet du règlement

- Les droits et obligations de la Mutuelle et des membres participants résultent de l'application cumulative :
  - des dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,
  - des statuts de la Mutuelle,
  - du présent règlement,
  - des tableaux de garanties, annexés au présent règlement, dont ils font partie intégrante,
  - du certificat d'adhésion formalisant les particularités prévues dans le bulletin d'adhésion et dans ses éventuels avenants.
- Le présent règlement a pour objet de garantir le versement d'une prestation en cas d'hospitalisation, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou de décès de l'assuré à la suite d'un accident ; son montant est indiqué sur le certificat d'adhésion

En cas de décès suite à un accident de la circulation, le montant du capital sera doublé. L'accident peut survenir dans le monde entier. Le capital versé est exonéré de droits de succession dans les conditions de la législation en vigueur à la date du versement.

Si l'accident survient à compter de l'année qui suit celle où l'assuré atteint 70 ans (soixante-dix ans), les prestations prévues seront réduites de moitié.

En tout état de cause les garanties cessent, au plus tard, au jour du 80ème anniversaire de l'assuré.

- Il n'est admis qu'une seule garantie par personne.

Article 4 : Modification des règlements, des cotisations et des prestations

La modification des règlements est décidée par l'Assemblée Générale et est portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires de la Mutuelle. La modification des cotisations et prestations est décidée par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration sur délégation de l'Assemblée Générale et est applicable dès qu'elle a été notifiée aux membres participants.

Ces informations pourront être effectuées par une insertion dans les lettres d'information adressées aux membres participant par courrier simple ou courrier électronique, ou par tout autre moyen de communication.

Article 5 : Adhésion

L'Adhésion au présent règlement mutualiste peut s'effectuer selon les modalités mises à disposition par la Mutuelle parmi lesquelles : adhésion par écrit sur support papier, téléphone avec enregistrement ou souscription sur internet.

Article 5.1 : Adhésion par écrit

La personne physique désireuse d'adhérer à la Mutuelle doit compléter, dater et signer un bulletin d'adhésion indiquant le niveau de garantie choisi ainsi que, lorsque cela est demandé, des documents complémentaires et/ou un acompte de cotisations.

Dans le cas où un dossier d'adhésion reste incomplet, il est renvoyé au signataire et l'adhésion ne prend pas effet.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement.

Article 5.2 : Adhésion à distance

a. Définition

Le contrat est commercialisé à distance lorsqu'il est conclu sans qu'il y ait la présence physique et simultanée des parties.

b. Éléments communiqués à l'adhérent conformément à l'article L. 221-18 du code de la Mutualité

En temps utile avant l'adhésion à distance à un règlement, le futur membre participant reçoit les informations suivantes :

- la dénomination de la Mutuelle, l'adresse de son siège social, son numéro d'immatriculation au répertoire SIREN, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la section mutualiste qui propose la couverture ;
- le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation permettant à l'adhérent de vérifier celle-ci ;
- la durée minimale du bulletin d'adhésion au règlement ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;
- la durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de l'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance ;
- l'existence ou l'absence d'un droit de renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de renonciation doit être envoyée. L'adhérent doit également être informé du montant de cotisation que la Mutuelle peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;
- la loi sur laquelle la Mutuelle se fonde pour établir les relations précontractuelles avec l'adhérent ainsi que la loi applicable au bulletin d'adhésion au règlement et la langue que la Mutuelle s'engage à utiliser, avec l'accord de l'adhérent, pendant la durée du bulletin d'adhésion au règlement ;
- les modalités d'examen des réclamations que l'adhérent peut formuler au sujet du bulletin d'adhésion au règlement y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

Les informations sur les conditions d'adhésion communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au bulletin d'adhésion au règlement.

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

Pour l'application de l'article L. 221-18, la mutuelle ou l'union communique au membre participant les informations suivantes :

1° Les modalités d'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation.

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

2° En cas de communication par téléphonie vocale, le nom de la mutuelle ou de l'union ainsi que le carac-tère commercial de l'appel sont indiqués sans équivoque au début de toute conversation avec le membre participant. La personne en contact avec le membre participant doit en outre préciser son identité et son lien avec la mutuelle ou l'union.

Sous réserve de l'accord formel du membre participant, seules les informations visées aux 2°, 3° et 5° du III de l'article L. 221-18 peuvent lui être communiquées. Le membre participant est toutefois informé que les informations visées aux 1°, 4°,

6° et 7° peuvent lui être fournies sur demande.

En outre, la mutuelle ou l'union est tenue de fournir l'ensemble des informations mentionnées au III de l'ar-ticle L. 221-18 lorsqu'elle remplit ses obligations en vertu de l'article L. 121-20-11 du code de la consommation.

En cas d'adhésion par téléphone, l'enregistrement vocal de l'accord verbal donné par l'adhérent à l'adhésion le jour de l'entretien téléphonique et enregistré avec son consentement formalise l'adhésion.

En cas d'adhésion sur support digital, l'enregistrement informatique formalise l'adhésion.

FACULTE DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE

Si l'adhésion a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance en application de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. Ce délai est porté à 30 jours calendaires révolus en ce qui concerne les adhésions aux garanties Décès.

Ce délai commence à courir soit à compter de la date d'effet mentionnée sur son certificat d'adhésion, soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle Prévifrance par lettre recommandée avec accusé de réception

Le membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'adhésion et la renonciation.

Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation, la Mutuelle Prévifrance rembourse au membre participant les cotisations payées. Un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après :

«Je, soussigné(e)…… domicilié(e)…… déclare renoncer à mon adhésion du …/…/… au règlement mutualiste …… et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance.» Fait à …, le …, (signature). A adresser à : Mutuelle Prévifrance - Santé Gestion des contrats - 80, rue Matabiau - BP 71269 31012 TOULOUSE cedex 06.

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues

Article 6 : Conditions d'adhésion – entrée en vigueur des garanties

Peuvent adhérer aux garanties les personnes physiques âgées de plus de dix-huit ans et de moins de soixante ans à la date de l'adhésion, soit dans le cadre d'une option individuelle (adhérent seul), soit dans le cadre de l'option couple (adhérent ainsi que son conjoint).

Les garanties prennent effet à la date d'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

Article 7 : Contenu des garanties consécutives à un accident

Article 7.1 : Garantie en cas décès

Le décès doit survenir uniquement et directement à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, dans les 365 jours consécutifs à celle-ci.

Le capital décès :

En cas de décès accidentel de l'Assuré avant la fin de l'année au cours de laquelle il atteint l'âge de 70 ans, la mutuelle garantit le versement du Capital Décès Accidentel souscrit figurant sur le certificat d'adhésion aux bénéficiaire(s) désigné(s).

En cas de décès accidentel de l'Assuré entre l'année qui suit celle où il a atteint 70 ans et le jour de son 80ème anniversaire, le montant du capital souscrit figurant sur le certificat d'adhésion versé aux bénéficiaire(s) désigné(s) est réduit de moitié.

En tout état de cause, le capital sera doublé en cas de décès consécutif à un accident de la circulation.

Les bénéficiaires en cas de décès :

Le(s) bénéficiaires(s) du capital garanti est (sont) : le conjoint survivant, non séparé de corps judiciairement à la date du décès, à défaut le partenaire lié par un Pacs ayant cette qualité au moment du décès, à défaut les enfants du membre participant, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'assuré.

La faculté est toutefois laissée à l'assuré de fixer librement, par écrit daté et signé, l'attribution bénéficiaire en définissant avec précision la (ou les) personne(s) à qui doit être versé le Capital garanti et en précisant en cas de pluralité de bénéficiaires la répartition en pourcentage du capital entre eux.

La clause bénéficiaire peut également faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique, l'assuré devant alors indiquer l'étude notariale auprès de laquelle l'acte est déposé.

En cas de décès du bénéficiaire et si aucune nouvelle attribution à un bénéficiaire déterminé n'a été notifiée régulièrement avant que les sommes dues deviennent exigibles, ces sommes sont versées conformément aux dispositions du premier paragraphe du présent article.

L'assuré peut modifier librement la désignation bénéficiaire, par un écrit daté et signé, tant qu'il n'y a pas d'acceptation bénéficiaire. L'acception du bénéfice ne pouvant être faite que par avenant signé, par l'assuré, le bénéficiaire et la Mutuelle ou par acte authentique ou sous seing privé entre l'assuré et le bénéficiaire avec notification par écrit à la Mutuelle.

Article 7.2 : La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

La garantie a pour objet le versement anticipé du capital décès en cas d'accident décrit à l'article 7.1, au profit de l'assuré, si l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré est reconnu, avant son soixante-cinquième anniversaire.

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est l'invalidité présumée définitive qui place l'assuré dans l'impossibilité d'exercer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit et l'oblige, en outre, à recou-rir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Plus précisément, l'assuré doit être classé en invalidité définitive par son régime d'assurance maladie obligatoire avec attribu-tion de la tierce personne.

Le versement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à la garantie Décès.

Article 7.3 : Garantie en cas d'hospitalisation

La garantie a pour objet le versement d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation consécutive à un accident.

La première hospitalisation doit intervenir dans les 10 jours consécutifs à l'accident.

L'hospitalisation doit comporter une nuit au minimum.

Cette indemnité est versée dans la limite de 180 jours à compter de la 1ère admission pour un même accident. En cas de nouvelle hospitalisation due aux suites ou conséquences du même accident et nécessitant au moins une nuit d'hospitalisation, le versement des indemnités pourra reprendre, dans la limite des 180 jours prévue ci-dessus sous condition que l'hospitalisation intervienne moins de 6 mois après le dernier jour d'hospitalisation indemnisé.

En cas d'hospitalisation de l'Assuré consécutive à un accident entre l'année qui suit celle où il a atteint 70 ans et le jour de son 80ème anniversaire, le montant de l'indemnité journalière souscrite figurant sur le certificat d'adhésion est réduit de moitié.

Article 7.4 : Hospitalisation en soins intensifs

En cas de séjour en service de soins intensifs, les indemnités décrites à l'article 7.3 seront augmentées de 50 % et ce dans la limite de 30 jours par accident.

La réduction de l'indemnité journalière en cas d'hospitalisation en soins intensifs s'applique dans les mêmes conditions que celle versée en cas d'hospitalisation.

Article 8 : Paiement des prestations

Seuls les sinistres, générés par un risque non exclu, survenus pendant la période de validité de l'adhésion de l'assuré (c'est-à-dire entre la date d'effet et la date de radiation quelle qu'en soit la cause) sont pris en charge par la Mutuelle.

Lors de la survenance du sinistre, la prestation garantie est déterminée sur la base des informations conte-nues dans le bulletin d'adhésion ou le certificat d'adhésion. Les modalités de calcul de la prestation garantie sont détaillées dans les tableaux de garanties.

Décès Accidentel

Le décès doit survenir uniquement et directement à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, dans les 365 jours consécutifs à celle-ci. La Mutuelle verse le capital garanti aux bénéficiaires dans les 30 jours à compter de la réception de toutes les pièces justificatives par la Mutuelle.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

La Mutuelle versera à l'assuré le capital dans les 30 jours à compter de la réception de toutes les pièces justificatives. La Mutuelle se réserve le droit de vérifier par le biais de son médecin conseil la nature et le niveau d'invalidité.

Hospitalisation

La première hospitalisation doit intervenir dans les 10 jours consécutifs à l'accident. Le règlement des indemnités interviendra dans les 15 jours après réception de toutes les pièces justificatives par la Mutuelle.

Article 9 : Modalités de règlement et pièces justificatives

Pour prétendre à la prestation, l'accident doit être expressément déclaré, par l'Assuré ou toute autre personne agissant en son nom, à la Mutuelle dans un délai de 1 mois suivant sa survenance, sauf en cas de force majeure, à l'adresse suivante : Mutuelle Prévifrance, Service Prévoyance,80, rue Matabiau - BP 71269, 31012 Toulouse Cedex 6. Passé ce délai, la prise en charge ne pourra avoir lieu.

Aucun document réalisé en langue autre que le français ne sera accepté comme valant déclaration.

Doivent être adressées à la Mutuelle, les pièces justificatives nécessaires au traitement du dossier, et notamment, sans exhaustivité :

Dans tous les cas

- une déclaration d'accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident ;
- Une copie du rapport de police ou de gendarmerie précisant les circonstances de l'accident ;
- Certificat médical précisant la cause accidentelle et la nature du décès sous pli fermé à l'attention du Médecin Conseil ;

En cas d'hospitalisation

- Un certificat d'hospitalisation délivré par l'établissement hospitalier indiquant les dates d'entrée et de sortie de l'assuré et précisant les services dans lesquels l'assuré a séjourné ;
- En cas d'hospitalisation en soins intensifs, une attestation de l'établissement hospitalier précisant la discipline médico tarifaire (DMT) ainsi que les dates d'entrée et sortie du service ;

En cas de décès accidentel

- Extrait d'acte de décès ;
- l'acte de notoriété si le ou les bénéficiaires ne sont pas désignés nominativement ou dans d'autres cas particuliers ;
- Un acte du Juge des Tutelles en cas de bénéficiaire mineur ou de majeur sous tutelle ;
- Copie recto verso de la carte d'identité en cours de validité du ou des bénéficiaires ;
- Relevé d'identité bancaire du ou des bénéficiaires ;

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- La déclaration du membre participant de son invalidité ;
- La notification d'attribution de la pension d'invalidité définitive du régime d'assurance maladie obliga-toire avec attribution de la tierce personne.

Et dans tous les cas, toutes pièces nécessaires nécessaires à l'instruction du dossier.

Article 10 : Contrôle médical – Contre-expertise – Arbitrage

Pour ne pas perdre droit à la mise en jeu de la garantie, l'Assuré doit se prêter à toute expertise ou à tout examen que la Mutuelle estime nécessaire et fournir à la Mutuelle toutes les pièces médicales justificatives qui lui sont réclamées. Les frais engagés par l'expertise médicale sont à la charge de la Mutuelle.

En cas de désaccord de l'Assuré avec les conclusions de l'expertise médicale initiale, le recours à une contre-expertise peut être sollicité. Les frais occasionnés par cette contre-expertise sont à la charge de l'Assuré. S'il y a lieu, le désaccord entre les deux parties sera soumis à l'avis d'un tiers expert nommé d'un commun accord par les parties ou à défaut d'entente, par ordonnance du président du tribunal de grande instance du domicile de l'Assuré. Les frais sont supportés par moitié par les parties.

Article 11 : Cotisations

Article 11.1 : Détermination des cotisations

Le montant annuel des cotisations est fixé par le Conseil d'Administration sur délégation de l'Assemblée Générale ou par l'Assemblée Générale.

Les révisions de cotisations n'engendrent pas de modification du bulletin d'adhésion. Conformément à l'article L. 114-7 du Code de la Mutualité, la modification des montants de cotisations est applicable dès qu'elle a été notifiée aux membres participants.

Le montant des cotisations est fonction des garanties choisies.

Article 11.2 : Révision des cotisations

Chaque année, les cotisations ou garanties sont analysées et éventuellement ajustées en raison notamment des résultats techniques du contrat, du renforcement des exigences prudentielles demandées aux organismes assureurs, de l'application de nouvelles taxes et de toute évolution législative ou réglementaire impactant le contrat.

La Mutuelle informe le Souscripteur qui a la charge de tout mettre en œuvre pour rendre ces modifications opposables aux membres concernés.

En cas de désaccord, le Souscripteur a un mois suivant la notification de cette modification pour demander la résiliation du contrat, par lettre recommandée à la Mutuelle, sinon les cotisations seront appelées sur ces nouvelles bases.

Article 11.3 : Paiement des cotisations

Le membre participant est seul responsable du paiement de la cotisation.

Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. Leur paiement peut être fractionné selon la périodicité choisie par le membre participant sur le bulletin d'adhésion.

Le membre participant s'engage à régler les cotisations au plus tard dans les dix jours suivant leur échéance périodique.

En cas d'adhésion en cours d'année civile, la cotisation du membre participant est calculée au prorata de la cotisation annuelle en vigueur.

Aucun paiement en espèce ne sera accepté

Article 11.4 : Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L 221-7 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

En cas d'incident de paiement (rejet d'un prélèvement automatique ou chèque sans provision) la Mutuelle se réserve le droit d'exiger des frais financiers et de gestion liés à ce rejet.

Article 12 : Réticence ou fausse déclaration

- Conformément à l'article L 221-14 du Code de la Mutualité et indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénatu-ré par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.
- Conformément à l'article L. 221-15 du Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle peut maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue alors au membre participant la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en propor-tion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui au-raient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 13 : EXCLUSIONS

Les garanties s'exercent dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause, à l'exclusion des conséquences de :

- **un suicide ou de tout fait intentionnel de la part du membre participant au cours de la 1ère (première) année suivant l'entrée en vigueur des garanties ;**
- **faits intentionnellement causés ou provoqués par un bénéficiaire ;**
- **usage abusif de produits pharmaceutiques (absence ou non-respect de prescriptions médicales),**
- **faits de guerre civile ou étrangère, émeutes, mouvements populaires, dans le lieu où se déroulent ces faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que le bénéficiaire y prend part ;**
- **rixe dans laquelle le membre participant est impliqué, sauf cas de légitime défense constatée par une décision de justice ;**
- **tous risques nucléaires par explosion, radiation ou dégagement de chaleur.**
- **une utilisation en tant que pilote ou passager d'appareils aériens d'une capacité inférieure à 30 places.**

Exclusions supplémentaires spécifiques au doublement du capital :

- **actes de sabotage ou de piraterie,**
- **de tout événement survenu alors que le membre participant a un taux d'alcoolémie supérieur à la li-mite fixée par le code de la route français ou est sous l'emprise de stupéfiants ou produits toxiques non prescrits pour raisons médicales ;**
- **de participation à des manifestations, tentatives de record, de raids, rallyes, essais, paris de toute nature, compétitions et à leur entraînement,**

Exclusions supplémentaires spécifiques aux garanties Hospitalisation et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie:

- **d'une tentative de suicide**
- **blessure ou lésion provenant partiellement ou totalement d'un état pathologique préexistant ou d'une opération chirurgicale non consécutive à un accident,**
- **pratique de sports (entraînements et épreuves) à titre professionnel ou à titre d'amateur rémunéré,**
- **pratique des activités suivantes : alpinisme, navigation maritime de plaisance au-delà de 20 miles nautiques d'un abri côtier, plongée au-delà de 20 mètres de profondeur, spéléologie, sports de combat, sports de neige hors-piste, hippisme en compétition, saut à l'élastique, rafting, tout sport nécessitant un appareil à moteur,**
- **utilisation en tant que pilote ou passager de moto de 125 cm^3 et plus (pour la Perte Totale et Irréver-sible d'Autonomie) ou pilote ou passager de moto de plus de 400 cm^3 (pour les indemnités journalières en cas d'hospitalisation).**

L'hospitalisation dans les établissements suivants n'est pas couverte :

- **sanatorium, préventorium, aérium et tout établissement ou service similaire,**
- **centre de réadaptation ou de rééducation, maison de repos ou de convalescence,**
- **établissement thermal, hôtel de cure, établissement de postcure,**
- **toute hospitalisation en service psychiatrique en établissements privés ou publics.**

Article 14 : Prestations

Les **prestations, leur base de calcul, limitations et exclusions de garanties** sont décrites dans les tableaux annexés au présent règlement. Le choix de la formule de garanties est mentionné sur le bulletin d'adhésion et/ou sur le certificat d'adhésion.

Le membre participant peut demander une modification de ses garanties en cours d'adhésion.

La modification de garanties prend effet après émission d'un nouveau certificat d'adhésion et au plus tôt lors de la prochaine échéance périodique de cotisation, si la demande de modification et tous les éléments d'information nécessaires à son traitement ont été reçus par la Mutuelle au moins vingt jours avant cette échéance. A défaut, la modification de garantie prend effet à l'échéance périodique suivante.

Article 15 : Cessation des garanties

Les garanties cessent pour chaque assuré :

- en cas de résiliation de l'adhésion par le membre participant;
- en cas de non-paiement des cotisations par le membre participant
- au jour de son quatre-vingtième anniversaire
- à son soixante-cinquième anniversaire pour la garantie en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Le versement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à la garantie Décès consécutive à un accident.

Le capital décès dû au titre d'un décès survenu antérieurement à la date de résiliation, sera payé dans les conditions prévues au contrat.

Article 16 : Informations complémentaires

Article 16.1 : Territorialité

Les garanties sont acquises à condition que l'assuré soit domicilié en France métropolitaine à la date de l'accident.

Les garanties sont couvertes dans le monde entier, hors exclusions à l'article 13.

Pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survenue lors d'un déplacement à l'étranger, c'est la constatation de l'état médical par un médecin exerçant en France métropolitaine lors du retour du membre participant qui permet l'étude du dossier pour versement de la prestation. L'assuré doit être disponible sur le territoire métropolitain pour tout éventuel contrôle permettant à la Mutuelle de valider son dossier de paiement de prestations.

Les prestations sont payables exclusivement sur le territoire français dans la monnaie légale de l'Etat français.

Article 16.2 : Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit, jusqu'à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

A cet effet, le membre participant ou les bénéficiaires des prestations devront informer la Mutuelle de toute demande de remboursement faisant suite à un accident mettant en cause un tiers afin de lui permettre d'exercer son recours contre le tiers responsable ou son assureur.

Article 16.3 : Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion à la Mutuelle est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la Mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- 2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations liées à la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les demandes de remboursement notamment doivent être présentées dans les plus brefs délais à la Mutuelle ; elles ne seront plus prises en compte passé ce délai de prescription.

Article 16.4 : Réclamation

Toute réclamation est à adresser à Mutuelle Prévifrance « Réclamation Santé Adhérents » 80 rue Matabiau BP 71269 - 31012 TOULOUSE CEDEX 6.

Si le différend persiste, le membre participant ou ses ayants droit pourront, en dernier recours, saisir gratuitement le Médiateur de la Mutuelle, après épuisement de toutes les procédures internes de traitement des réclamations mises en place par la Mutuelle et si aucune action contentieuse n'a déjà été engagée pour le même litige.

Le Médiateur est saisi par courrier avec accusé de réception envoyé à : Mutuelle Prévifrance « Médiation » 80 rue Matabiau BP 71269 - 31012 TOULOUSE CEDEX 6.

Article 16.5 : Autorité de contrôle

L'instance de contrôle des Mutuelles est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au :

61, rue Taitbout – 75436 PARIS cedex 09.

Article 16.6 : Action sociale

L'adhésion au contrat ouvre accès pour le membre participant à l'Action sociale de la Mutuelle.

Article 16.7 : Informatique et libertés

Traitement des informations

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004, les membres participants et leurs ayants droit disposent d'un droit d'accès et de rectification des données nominatives qui les concernent, figurant sur tout fichier informatique utilisé pour le traitement de leur dossier par la Mutuelle, ses mandataires, réassureurs ou tiers liés à l'activité de la Mutuelle.

Ce droit d'accès peut être exercé par demande écrite au Siège administratif de la Mutuelle, situé au

80 rue Matabiau – BP 71269 - 31012 TOULOUSE cedex 06.

Cas spécifique de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et la pré-vention contre la déshérence des contrats

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel sont nécessaires à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées au contrat du Souscripteur sont transmis par l'Assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) pour alimenter le fichier des contrats d'assurance vie (FICOVIE).

Mutuelle Prévifrance

RÈGLEMENT MUTUALISTE
GARANTIE PROTECTION ACCIDENT SENIORS

TC-PRF002

Article 1 : Définitions

- **MEMBRE PARTICIPANT / ADHERENT** : la personne physique ayant demandé à adhérer à une garantie
- **ASSURÉ** :
  - Dans le cadre de l'option individuelle : le membre participant âgé de plus de 60 ans et de moins de 75 ans à la date de l'adhésion
  - Dans le cadre de l'option couple : le membre participant ainsi que son conjoint, âgé de plus de 18 ans et moins de 75 ans à la date de l'adhésion
- **BÉNÉFICIAIRE** : la personne physique percevant une prestation allouée en cas de réalisation des risques garantis au contrat.
- **ACCIDENT** : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, dont il est victime pendant la période de garantie, et provenant directement d'une cause soudaine et imprévisible, à l'exclusion de toute cause inhérente à son état de santé, que la pathologie à laquelle est imputable le sinistre fût connue ou inconnue du membre participant.

Il est notamment précisé que ne sont pas considérés comme des accidents :

- les accidents vasculaires cérébraux, les ruptures d'anévrisme, les crises cardiaques, et leurs conséquences ;
- les crises d'épilepsie, de delirium tremens, et leurs conséquences ;
- les lumbagos, sciatiques, hernies ;
- les suites d'une intervention chirurgicale ;
- le suicide ou la tentative de suicide.

- **DOMICILE** : lieu de résidence principale ou secondaire à usage domestique et privé de l'assuré, à caractère inamovible ou raccordé en permanence aux services collectifs, situé sur le territoire français, y compris garages, dépendances, serres, jardins et piscines.
- **HOSPITALISATION** : séjour d'une nuit au minimum, dans un établissement hospitalier public ou privé, agréé et conventionné ou non par le régime d'assurance maladie obligatoire français au moment du séjour.
- **SOINS INTENSIFS** : hospitalisation dans un service spécifique où sont assurés des soins permanents (24 heures sur 24) relevant d'un personnel soignant spécialisé utilisant des techniques de réanimation.

Article 2 : Informations générales sur la Mutuelle

La Mutuelle Prévifrance (ci-après dénommée « La Mutuelle ») est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. Elle dispose des agréments dans les branches suivantes du Code de la Mutualité : branche 1 Accident, branche 2 Maladie, branche 20 Vie-Décès. Elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro SIREN 776950669.

Son siège social est situé au 15 quai du Docteur Calabet, 47910 AGEN Cedex 9 et son siège administratif au 80 rue Matabiau, BP 71269, 31012 TOULOUSE Cedex 6.

La Mutuelle est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège social est situé 61, rue Taitbout – 75 436 Paris cedex 09.

Article 3 : Objet du règlement

- Les droits et obligations de la Mutuelle et des membres participants résultent de l'application cumulative :
  - des dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,
  - des statuts de la Mutuelle,
  - du présent règlement,
  - des tableaux de garanties, annexés au présent règlement, dont ils font partie intégrante,
  - du certificat d'adhésion formalisant les particularités prévues dans le bulletin d'adhésion et dans ses éventuels avenants.
- Le présent règlement a pour objet de garantir le versement d'une prestation en cas d'hospitalisation, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou de décès de l'assuré à la suite d'un accident ; son montant est indiqué sur le certificat d'adhésion

En cas de décès suite à un accident à domicile, le montant du capital sera doublé. L'accident peut survenir dans le monde entier. Le capital versé est exonéré de droits de succession dans les conditions de la législation en vigueur à la date du versement.

En tout état de cause les garanties cessent, au plus tard, au jour du 85ème anniversaire de l'assuré.

- Il n'est admis qu'une seule garantie par personne.

Article 4 : Modification des règlements, des cotisations et des prestations

La modification des règlements est décidée par l'Assemblée Générale et est portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires de la Mutuelle. La modification des cotisations et prestations est décidée par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration sur délégation de l'Assemblée Générale et est applicable dès qu'elle a été notifiée aux membres participants.

Ces informations pourront être effectuées par une insertion dans les lettres d'information adressées aux membres participant par courrier simple ou courrier électronique, ou par tout autre moyen de communication.

Article 5 : Adhésion

L'Adhésion au présent règlement mutualiste peut s'effectuer selon les modalités mises à disposition par la Mutuelle parmi lesquelles : adhésion par écrit sur support papier, téléphone avec enregistrement ou souscription sur internet.

Article 5.1 : Adhésion par écrit

La personne physique désireuse d'adhérer à la Mutuelle doit compléter, dater et signer un bulletin d'adhésion indiquant le niveau de garantie choisi ainsi que, lorsque cela est demandé, des documents complémentaires et/ou un acompte de cotisations.

Dans le cas où un dossier d'adhésion reste incomplet, il est renvoyé au signataire et l'adhésion ne prend pas effet.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement.

Article 5.2 : Adhésion à distance

a. Définition

Le contrat est commercialisé à distance lorsqu'il est conclu sans qu'il y ait la présence physique et simultanée des parties.

b. Éléments communiqués à l'adhérent conformément à l'article L. 221-18 du code de la Mutualité

En temps utile avant l'adhésion à distance à un règlement, le futur membre participant reçoit les informations suivantes :

- la dénomination de la Mutuelle, l'adresse de son siège social, son numéro d'immatriculation au répertoire SIREN, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la section mutualiste qui propose la couverture ;
- le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation permettant à l'adhérent de vérifier celle-ci ;
- la durée minimale du bulletin d'adhésion au règlement ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;
- la durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de l'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance ;
- l'existence ou l'absence d'un droit de renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de renonciation doit être envoyée. L'adhérent doit également être informé du montant de cotisation que la Mutuelle peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;
- la loi sur laquelle la Mutuelle se fonde pour établir les relations précontractuelles avec l'adhérent ainsi que la loi applicable au bulletin d'adhésion au règlement et la langue que la Mutuelle s'engage à utiliser, avec l'accord de l'adhérent, pendant la durée du bulletin d'adhésion au règlement ;
- les modalités d'examen des réclamations que l'adhérent peut formuler au sujet du bulletin d'adhésion au règlement y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

Les informations sur les conditions d'adhésion communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au bulletin d'adhésion au règlement.

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

Pour l'application de l'article L. 221-18, la mutuelle ou l'union communique au membre participant les informations suivantes :

1° Les modalités d'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation.
Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

2° En cas de communication par téléphonie vocale, le nom de la mutuelle ou de l'union ainsi que le caractère commercial de l'appel sont indiqués sans équivoque au début de toute conversation avec le membre participant. La personne en contact avec le membre participant doit en outre préciser son identité et son lien avec la mutuelle ou l'union.

Sous réserve de l'accord formel du membre participant, seules les informations visées aux 2°, 3° et 5° du III de l'article L. 221-18 peuvent lui être communiquées. Le membre participant est toutefois informé que les informations visées aux 1°, 4°, 6° et 7° peuvent lui être fournies sur demande.

En outre, la mutuelle ou l'union est tenue de fournir l'ensemble des informations mentionnées au III de l'ar-ticle L. 221-18 lorsqu'elle remplit ses obligations en vertu de l'article L. 121-20-11 du code de la consommation.

En cas d'adhésion par téléphone, l'enregistrement vocal de l'accord verbal donné par l'adhérent à l'adhésion le jour de l'entretien téléphonique et enregistré avec son consentement formalise l'adhésion.

En cas d'adhésion sur support digital, l'enregistrement informatique formalise l'adhésion.

FACULTE DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE

Si l'adhésion a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance en application de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. Ce délai est porté à 30 jours calendaires révolus en ce qui concerne les adhésions aux garanties Décès.

Ce délai commence à courir soit à compter de la date d'effet mentionnée sur son certificat d'adhésion, soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle Prévifrance par lettre recommandée avec accusé de réception

Le membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'adhésion et la renonciation.

Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation, la Mutuelle Prévifrance rembourse au membre participant les cotisations payées. Un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après :

«Je, soussigné(e)…… domicilié(e)…… déclare renoncer à mon adhésion du …/…/… au règlement mutualiste …… et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance.» Fait à …, le …, (signature). A adresser à : Mutuelle Prévifrance - Santé Gestion des contrats - 80, rue Matabiau - BP 71269 31012 TOULOUSE cedex 06.

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues

Article 6 : Conditions d'adhésion – entrée en vigueur des garanties

Peuvent adhérer aux garanties les personnes physiques âgées de plus de soixante ans et de moins de soixante-quinze ans à la date de l'adhésion, soit dans le cadre d'une option individuelle (adhérent seul), soit dans le cadre de l'option couple (adhérent ainsi que son conjoint,)

Les garanties prennent effet à la date d'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

Article 7 : Contenu des garanties consécutives à un accident

Article 7.1 : Garantie en cas décès

Le capital décès :

En cas de décès accidentel de l'Assuré avant son quatre-vingt cinquième anniversaire, la mutuelle garantit le versement du Capital Décès Accidentel souscrit figurant sur le certificat d'adhésion aux bénéficiaire(s) désigné(s).

En tout état de cause, le capital sera doublé en cas de décès consécutif à un accident à domicile.

Les bénéficiaires en cas de décès :

Le(s) bénéficiaires(s) du capital garanti est (sont) : le conjoint survivant, non séparé de corps judiciairement à la date du décès, à défaut le partenaire lié par un Pacs ayant cette qualité au moment du décès, à défaut les enfants du membre participant, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'assuré.

La faculté est toutefois laissée à l'assuré de fixer librement, par écrit daté et signé, l'attribution bénéficiaire en définissant avec précision la (ou les) personne(s) à qui doit être versé le Capital garanti et en précisant en cas de pluralité de bénéficiaires la répartition en pourcentage du capital entre eux.

La clause bénéficiaire peut également faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique, l'assuré devant alors indiquer l'étude notariale auprès de laquelle l'acte est déposé.

En cas de décès du bénéficiaire et si aucune nouvelle attribution à un bénéficiaire déterminé n'a été notifiée régulièrement avant que les sommes dues deviennent exigibles, ces sommes sont versées conformément aux dispositions du premier paragraphe du présent article.

L'assuré peut modifier librement la désignation bénéficiaire, par un écrit daté et signé, tant qu'il n'y a pas d'acceptation bénéficiaire. L'acception du bénéfice ne pouvant être faite que par avenant signé, par l'assuré, le bénéficiaire et la Mutuelle ou par acte authentique ou sous seing privé entre l'assuré et le bénéficiaire avec notification par écrit à la Mutuelle.

Article 7.2 : Garantie en cas d'hospitalisation

La garantie a pour objet le versement d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation consécutive à un accident. L'hospitalisation doit comporter une nuit au minimum. Cette indemnité est versée dans la limite de 180 jours à compter de la 1ère admission pour un même accident. En cas de nouvelle hospitalisation due aux suites ou conséquences du même accident et nécessitant au moins une nuit d'hospitalisation, le versement des indemnités pourra reprendre, dans la limite des 180 jours prévue ci-dessus sous condition que l'hospitalisation intervienne moins de 6 mois après le dernier jour d'hospitalisation indemnisé.

Article 7.3 : Hospitalisation en soins intensifs

En cas de séjour en service de soins intensifs, les indemnités décrites à l'article 7.2 seront augmentées de 50 % et ce dans la limite de 30 jours par accident.

Article 8 : Paiement des prestations

Seuls les sinistres, générés par un risque non exclu, survenus pendant la période de validité de l'adhésion de l'assuré (c'est-à-dire entre la date d'effet et la date de radiation quelle qu'en soit la cause) sont pris en charge par la Mutuelle.

Lors de la survenance du sinistre, la prestation garantie est déterminée sur la base des informations conte-nues dans le bulletin d'adhésion ou le certificat d'adhésion. Les modalités de calcul de la prestation garantie sont détaillées dans les tableaux de garanties.

Décès Accidentel

Le décès doit survenir uniquement et directement à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, dans les 365 jours consécutifs à celle-ci. La Mutuelle verse le capital garanti aux bénéficiaires dans les 30 jours à compter de la réception de toutes les pièces justificatives par la Mutuelle.

Hospitalisation

La première hospitalisation doit intervenir dans les 10 jours consécutifs à l'accident. Le règlement des indemnités interviendra dans les 15 jours après réception de toutes les pièces justificatives par la Mutuelle.

Article 9 : Modalités de règlement et pièces justificatives

Pour prétendre à la prestation, l'accident doit être expressément déclaré, par l'Assuré ou toute autre personne agissant en son nom, à la Mutuelle dans un délai de 1 mois suivant sa survenance, sauf en cas de force majeure, à l'adresse suivante : Mutuelle Prévifrance, Service Prévoyance,80, rue Matabiau - BP 71269, 31012 Toulouse Cedex 6. Passé ce délai, la prise en charge ne pourra avoir lieu.

Aucun document réalisé en langue autre que le français ne sera accepté comme valant déclaration.

Doivent être adressées à la Mutuelle, les pièces justificatives nécessaires au traitement du dossier, et notamment, sans exhaustivité :

Dans tous les cas

- une déclaration d'accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident ;
- Une copie du rapport de police ou de gendarmerie précisant les circonstances de l'accident ;
- Certificat médical précisant le lieu de l'accident, la cause accidentelle et la nature du décès sous pli fermé à l'attention du Médecin Conseil ;

En cas d'hospitalisation

- Un certificat d'hospitalisation délivré par l'établissement hospitalier indiquant les dates d'entrée et de sortie de l'assuré et précisant les services dans lesquels l'assuré a séjourné ;
- En cas d'hospitalisation en soins intensifs, une attestation de l'établissement hospitalier précisant la discipline médico tarifaire (DMT) ainsi que les dates d'entrée et sortie du service ;

En cas de décès accidentel

- Extrait d'acte de décès ;
- l'acte de notoriété si le ou les bénéficiaires ne sont pas désignés nominativement ou dans d'autres cas particuliers ;
- Un acte du Juge des Tutelles en cas de bénéficiaire mineur ou de majeur sous tutelle ;
- Copie recto verso de la carte d'identité en cours de validité du ou des bénéficiaires ;
- Relevé d'identité bancaire du ou des bénéficiaires ;

En cas d'accident à domicile

- Un justificatif de domicile au nom de l'assuré ou de son conjoint datant de moins de 3 mois.
- Pour la résidence principale : dernier avis d'imposition à fournir en plus.
- Pour la résidence secondaire : dernier avis de la taxe d'habitation

Et dans tous les cas, toutes pièces nécessaires à l'instruction du dossier.

Article 10 : Contrôle médical – Contre-expertise – Arbitrage

Pour ne pas perdre droit à la mise en jeu de la garantie, l'Assuré doit se prêter à toute expertise ou à tout examen que la Mutuelle estime nécessaire et fournir à la Mutuelle toutes les pièces médicales justificatives qui lui sont réclamées. Les frais engagés par l'expertise médicale sont à la charge de la Mutuelle.

En cas de désaccord de l'Assuré avec les conclusions de l'expertise médicale initiale, le recours à une contre-expertise peut être sollicité. Les frais occasionnés par cette contre-expertise sont à la charge de l'Assuré. S'il y a lieu, le désaccord entre les deux parties sera soumis à l'avis d'un tiers expert nommé d'un commun accord par les parties ou à défaut d'entente, par ordonnance du président du tribunal de grande instance du domicile de l'Assuré. Les frais sont supportés par moitié par les parties.

Article 11 : Cotisations

Article 11.1 : Détermination des cotisations

Le montant annuel des cotisations est fixé par le Conseil d'Administration sur délégation de l'Assemblée Générale ou par l'Assemblée Générale.

Les révisions de cotisations n'engendrent pas de modification du bulletin d'adhésion. Conformément à l'article L. 114-7 du Code de la Mutualité, la modification des montants de cotisations est applicable dès qu'elle a été notifiée aux membres participants. Le montant des cotisations est fonction des garanties choisies.

Article 11.2 : Révision des cotisations

Chaque année, les cotisations ou garanties sont analysées et éventuellement ajustées en raison notamment des résultats techniques du contrat, du renforcement des exigences prudentielles demandées aux organismes assureurs, de l'application de nouvelles taxes et de toute évolution législative ou réglementaire impactant le contrat.

La Mutuelle informe le Souscripteur qui a la charge de tout mettre en œuvre pour rendre ces modifications opposables aux membres concernés.

En cas de désaccord, le Souscripteur a un mois suivant la notification de cette modification pour demander la résiliation du contrat, par lettre recommandée à la Mutuelle, sinon les cotisations seront appelées sur ces nouvelles bases.

Article 11.3 : Paiement des cotisations

Le membre participant est seul responsable du paiement de la cotisation.

Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. Leur paiement peut être fractionné selon la périodicité choisie par le membre participant sur le bulletin d'adhésion.

Le membre participant s'engage à régler les cotisations au plus tard dans les dix jours suivant leur échéance périodique.

En cas d'adhésion en cours d'année civile, la cotisation du membre participant est calculée au prorata de la cotisation annuelle en vigueur.

Aucun paiement en espèce ne sera accepté

Article 11.4 : Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L 221-7 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

En cas d'incident de paiement (rejet d'un prélèvement automatique ou chèque sans provision) la Mutuelle se réserve le droit d'exiger des frais financiers et de gestion liés à ce rejet.

Article 12 : Réticence ou fausse déclaration

- Conformément à l'article L 221-14 du Code de la Mutualité et indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénatu-ré par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.
- Conformément à l'article L. 221-15 du Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle peut maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue alors au membre participant la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en propor-tion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui au-raient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 13 : EXCLUSIONS

Les garanties s'exercent dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause, à l'exclusion des conséquences de :

- **un suicide ou de tout fait intentionnel de la part du membre participant au cours de la 1ère (première) année suivant l'entrée en vigueur des garanties ;**
- **faits intentionnellement causés ou provoqués par un bénéficiaire ;**
- **usage abusif de produits pharmaceutiques (absence ou non-respect de prescriptions médicales),**
- **faits de guerre civile ou étrangère, émeutes, mouvements populaires, dans le lieu où se déroulent ces faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que le bénéficiaire y prend part ;**
- **rixe dans laquelle le membre participant est impliqué, sauf cas de légitime défense constatée par une décision de justice ;**
- **tous risques nucléaires par explosion, radiation ou dégagement de chaleur.**
- **une utilisation en tant que pilote ou passager d'appareils aériens d'une capacité inférieure à 30 places.**

Exclusions supplémentaires spécifiques aux garanties Hospitalisation:

- **d'une tentative de suicide**
- **blessure ou lésion provenant partiellement ou totalement d'un état pathologique préexistant ou d'une opération chirurgicale non consécutive à un accident,**
- **pratique de sports (entraînements et épreuves) à titre professionnel ou à titre d'amateur rémunéré,**
- **pratique des activités suivantes : alpinisme, navigation maritime de plaisance au-delà de 20 miles nautiques d'un abri côtier, plongée au-delà de 20 mètres de profondeur, spéléologie, sports de combat, sports de neige hors-piste, hippisme en compétition, saut à l'élastique, rafting, tout sport nécessitant un appareil à moteur,**
- **utilisation en tant que pilote ou passager de moto de plus de 400 cm^3.**

L'hospitalisation dans les établissements suivants n'est pas couverte :

- **sanatorium, préventorium, aérium et tout établissement ou service similaire,**
- **centre de réadaptation ou de rééducation, maison de repos ou de convalescence,**
- **établissement thermal, hôtel de cure, établissement de postcure,**
- **toute hospitalisation en service psychiatrique en établissements privés ou publics.**

Article 14 : Prestations

Les **prestations, leur base de calcul, limitations et exclusions de garanties** sont décrites dans les tableaux annexés au présent règlement. Le choix de la formule de garanties est mentionné sur le bulletin d'adhésion et/ou sur le certificat d'adhésion.

Le membre participant peut demander une modification de ses garanties en cours d'adhésion.

La modification de garanties prend effet après émission d'un nouveau certificat d'adhésion et au plus tôt lors de la prochaine échéance périodique de cotisation, si la demande de modification et tous les éléments d'information nécessaires à son traitement ont été reçus par la Mutuelle au moins vingt jours avant cette échéance. A défaut, la modification de garantie prend effet à l'échéance périodique suivante.

Article 15 : Cessation des garanties

Les garanties cessent pour chaque assuré :

- en cas de résiliation de l'adhésion par le membre participant;
- en cas de non-paiement des cotisations par le membre participant
- au jour de son quatre-vingt cinquième anniversaire

Le capital décès dû au titre d'un décès survenu antérieurement à la date de résiliation, sera payé dans les conditions prévues au contrat.

Article 16 : Informations complémentaires

Article 16.1 : Territorialité

Les garanties sont acquises à condition que l'assuré soit domicilié en France métropolitaine à la date de l'accident.

Les garanties sont couvertes dans le monde entier, hors exclusions à l'article 13.

Pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survenue lors d'un déplacement à l'étranger, c'est la constatation de l'état médical par un médecin exerçant en France métropolitaine lors du retour du membre participant qui permet l'étude du dossier pour versement de la prestation. L'assuré doit être disponible sur le territoire métropolitain pour tout éventuel contrôle permettant à la Mutuelle de valider son dossier de paiement de prestations.

Les prestations sont payables exclusivement sur le territoire français dans la monnaie légale de l'Etat français.

Article 16.2 : Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit, jusqu'à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

A cet effet, le membre participant ou les bénéficiaires des prestations devront informer la Mutuelle de toute demande de remboursement faisant suite à un accident mettant en cause un tiers afin de lui permettre d'exercer son recours contre le tiers responsable ou son assureur.

Article 16.3 : Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion à la Mutuelle est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la Mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- 2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations liées à la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les demandes de remboursement notamment doivent être présentées dans les plus brefs délais à la Mutuelle ; elles ne seront plus prises en compte passé ce délai de prescription.

Article 16.4 : Réclamation

Toute réclamation est à adresser à Mutuelle Prévifrance « Réclamation Santé Adhérents » 80 rue Matabiau BP 71269 - 31012 TOULOUSE CEDEX 6.

Si le différend persiste, le membre participant ou ses ayants droit pourront, en dernier recours, saisir gratuitement le Médiateur de la Mutuelle, après épuisement de toutes les procédures internes de traitement des réclamations mises en place par la Mutuelle et si aucune action contentieuse n'a déjà été engagée pour le même litige.

Le Médiateur est saisi par courrier avec accusé de réception envoyé à : Mutuelle Prévifrance « Médiation » 80 rue Matabiau BP 71269 - 31012 TOULOUSE CEDEX 6.

Article 16.5 : Autorité de contrôle

L'instance de contrôle des Mutuelles est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au :

61, rue Taitbout – 75436 PARIS cedex 09.

Article 16.6 : Action sociale

L'adhésion au contrat ouvre accès pour le membre participant à l'Action sociale de la Mutuelle.

Article 16.7 : Informatique et libertés

Traitement des informations

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004, les membres participants et leurs ayants droit disposent d'un droit d'accès et de rectification des données nominatives qui les concernent, figurant sur tout fichier informatique utilisé pour le traitement de leur dossier par la Mutuelle, ses mandataires, réassureurs ou tiers liés à l'activité de la Mutuelle.

Ce droit d'accès peut être exercé par demande écrite au Siège administratif de la Mutuelle, situé au

80 rue Matabiau – BP 71269 - 31012 TOULOUSE cedex 06.

Cas spécifique de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et la pré-vention contre la déshérence des contrats

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel sont nécessaires à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées au contrat du Souscripteur sont transmis par l'Assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) pour alimenter le fichier des contrats d'assurance vie (FICOVIE).