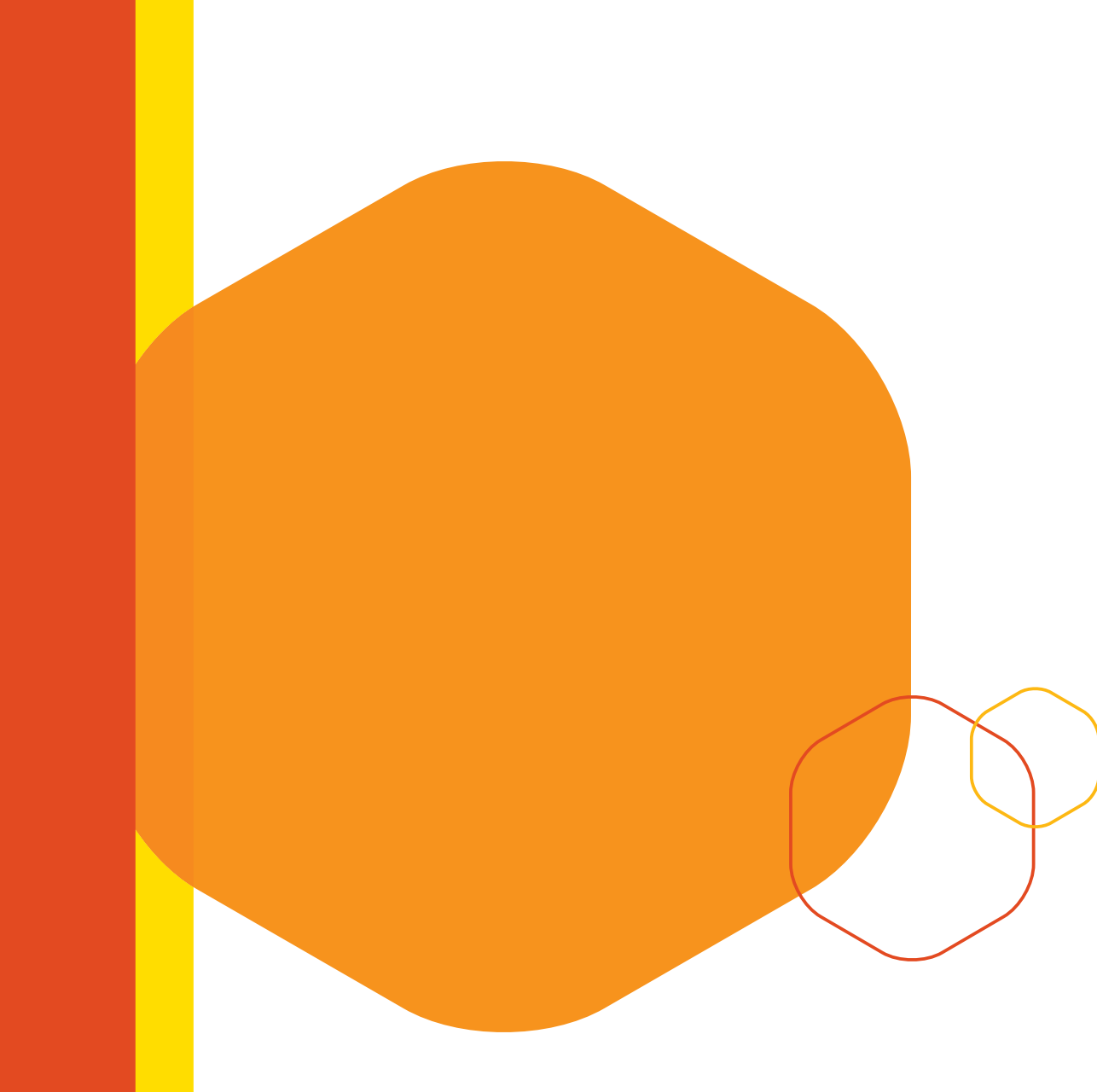




Règlement mutualiste Harmonie Protection Plus

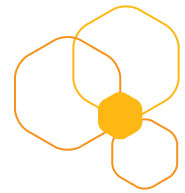
Version au 01/09/2015

RM/HPP_09/2015



**Harmonie
mutuelle**
En harmonie avec votre santé

Sommaire



TITRE I	DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES DU RÈGLEMENT HARMONIE PROTECTION PLUS	3
Article 1 •	Objet du règlement	3
Article 2 •	Définitions	3
Article 3 •	Adhésion au règlement	3
3.1	Formation de l'adhésion	
3.2	Prise d'effet de l'adhésion	
3.3	Prise d'effet et condition de versement des prestations	
3.4	Territorialité	
3.5	Durée et renouvellement des garanties	
Article 4 •	Événements survenant en cours d'adhésion	4
4.1	Nouveaux ayants droit	
4.2	Changement de garantie à l'initiative de l'adhérent	
4.3	Autres modifications	
4.4	Évolution des garanties à l'initiative de la Mutuelle	
Article 5 •	Cotisations	5
5.1	Appel et paiement des cotisations	
5.2	Non-paiement des cotisations	
5.3	Calcul et réévaluation de la cotisation	
Article 6 •	Résiliation d'une ou plusieurs garanties, radiation d'un ayant droit et exclusion	5
6.1	À l'initiative de l'adhérent	
6.2	À l'initiative de la Mutuelle	
6.3	Conséquence de la résiliation ou de l'exclusion	
Article 7 •	Délai de prescription	6
Article 8 •	Réclamations et litiges médicaux	6
8.1	Réclamations	
8.2	Litiges médicaux	
Article 9 •	Subrogation	6
Article 10 •	Exclusions	6
10.1	Exclusions des conséquences de certains risques pour l'ensemble des garanties	
10.2	Exclusions des sinistres survenus dans l'exercice de certaines professions pour les garanties « Protection Blessures », « Protection Revenus Accident » et « Protection Décès Accident »	
10.3	Exclusions supplémentaires pour la garantie « Protection Hospitalière »	
10.4	Exclusions supplémentaires pour la garantie « Protection Blessures »	
10.5	Exclusions supplémentaires pour la garantie « Protection Décès Accident »	
Article 11 •	Informatique et libertés	7
Article 12 •	Autorité de contrôle	7
TITRE II	GARANTIE « PROTECTION HOSPITALIÈRE »	7
Article 13 •	Conditions de souscription et prestations	7
13.1	Définition des prestations	
13.1.1	Indemnités journalières	
13.1.2	Remboursement du « reste à charge »	
13.2	Ouverture des droits	
13.2.1	Indemnités journalières	
13.2.2	Remboursement du « reste à charge »	
13.3	Calcul des prestations	
13.3.1	Indemnités journalières	
13.3.2	Remboursement du « reste à charge »	
13.4	Crédit d'indemnisation	
13.5	Paiement des prestations	
TITRE III	GARANTIE « PROTECTION BLESSURES »	8
Article 14 •	Conditions de souscription et prestations	8
14.1	Définition des prestations	
14.2	Conditions de souscription de la garantie	
14.3	Montants des capitaux	
14.4	Ouverture des droits	
14.5	Obligation de déclaration	
14.6	Durée de la garantie	
14.7	Paiement des prestations	
TITRE IV	GARANTIE « PROTECTION REVENUS ACCIDENT »	9
Article 15 •	Conditions de souscription et prestations	9
15.1	Prestations	
15.2	Conditions de souscription et de bénéfice de la garantie	
15.3	Durée d'indemnisation	
15.4	Ouverture des droits	
15.5	Contrôle médical	
15.6	Continuation du service des prestations	
15.7	Déplacements de l'assuré	
15.8	Contrôle de l'assuré	
15.9	Suspension du service des prestations	
15.10	Arrêt définitif du service des prestations	
15.11	Durée de la garantie	
15.12	Paiement des prestations	
TITRE V	GARANTIE « PROTECTION DÉCÈS ACCIDENT »	10
Article 16 •	Objet de la garantie et définition des prestations	10
16.1	Objet de la garantie	
16.2	Conditions de souscription	
16.3	Bénéficiaires du capital	
16.4	Ouverture des droits	

Article 1 • Objet du règlement

Le présent règlement mutualiste a pour objet de définir le contenu des engagements réciproques existant entre chaque membre participant (ci-après dénommé, adhérent) et la Mutuelle Harmonie Mutuelle (ci-après dénommée, la Mutuelle). Il est référencé RM/HPP_01/2013. Il détermine les conditions dans lesquelles la Mutuelle verse à l'assuré, selon la ou les garantie(s) souscrite(s) :

- ✚ pour la garantie « Protection Hospitalière » : une indemnité forfaitaire journalière en cas d'hospitalisation suite à une maladie ou un accident et la prise en charge des frais de soins dépensés par l'assuré en cas d'hospitalisation et restant à sa charge après remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et celui du ou des organismes complémentaires santé auprès duquel (desquels) il a souscrit une garantie « remboursement des frais de santé » ;
- ✚ pour la garantie « Protection Blessures » : un capital en cas de blessure(s) accidentelle(s) de l'assuré ;
- ✚ pour la garantie « Protection Revenus Accident » : des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail suite à un accident ;
- ✚ pour la garantie « Protection Décès Accident » : un capital en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle.

Il détermine également les prestations d'assistance dont peut bénéficier l'assuré. L'intervention de l'assisteurs au titre de ses garanties d'assistance n'emporte pas reconnaissance du caractère accidentel par l'assureur des garanties « Protection Blessures », « Protection Revenus Accident » et « Protection Décès Accident ».

L'adhérent a la possibilité de souscrire une ou plusieurs des 4 garanties citées ci-dessus.

Article 2 • Définitions

Accident : tout événement soudain, imprévisible, extérieur à l'assuré et non intentionnel de sa part, cause exclusive, certaine et directe du sinistre.

Dans tous les cas, ne sont pas considérés comme accident les événements suivants :

- ✚ les infarctus du myocarde ;
- ✚ les ruptures d'anévrisme ;
- ✚ les accidents vasculaires cérébraux ;
- ✚ les lombalgies, les lumbagos ;
- ✚ les sciatiques ;
- ✚ les éventrations ;
- ✚ les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires ;
- ✚ les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel ;
- ✚ les hydrocutions ;
- ✚ les hernies abdominales ;
- ✚ les lésions méniscales.

Adhérent ou membre participant : personne physique qui adhère à la Mutuelle, pour elle-même et les personnes désignées au bulletin d'adhésion, et qui bénéficie des prestations en contrepartie du paiement d'une cotisation.

Adhésion : engagement qui résulte de la réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion, signé par l'adhérent et qui définit la liste des assurés, la garantie souscrite et sa cotisation, la date de prise d'effet de l'adhésion et la date de prise d'effet de la garantie par assuré.

Assisteurs : organisme assurant et gérant les prestations d'assistance et dûment agréé à cet effet. Les garanties d'assistance sont assurées par Ressources Mutuelles Assistance, union technique soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682 ayant son siège social au 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex.

Assuré(s) : personne(s) physique(s) sur la tête de la (les) quelle(s) repose le risque. Il s'agit donc de l'adhérent et/ou un ou plusieurs de ses ayants droit tels que définis au bulletin d'adhésion pour l'une ou l'autre des garanties objet du présent règlement mutualiste.

Ayants droit : peuvent être ayants droit le conjoint, le concubin de l'adhérent ou la personne liée à ce dernier par un pacte civil de solidarité (PACS), les enfants de l'adhérent, de son conjoint, de son concubin ou de la personne qui lui est liée par un PACS jusqu'à la fin de l'année civile suivant leur 27^e anniversaire ; toute personne à la charge de l'adhérent.

Bénéficiaire(s) du capital : personne(s) définie(s) à l'article 16.3 du présent règlement.

Brûlure du 2^e degré : destruction de l'épiderme basal et d'une partie du derme, provoquée par la chaleur, des produits caustiques, l'électricité ou des rayonnements artificiels et donnant lieu à l'apparition de phlyctènes.

Brûlure du 3^e degré : destruction totale de la peau et tissus sous cutanés provoquée par la chaleur, des produits caustiques, l'électricité ou des rayonnements artificiels.

La méthode utilisée pour déterminer la surface de brûlure est la règle des 9 de Wallace.

Décès accidentel : tout décès dû à un événement soudain, imprévisible, extérieur à l'assuré et non intentionnel de sa part, cause exclusive, certaine et directe du décès.

Délai de stage : période fixée par le règlement qui commence à courir à compter du jour de prise d'effet de l'adhésion et au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas bien que l'adhérent cotise. À son expiration, l'assuré peut prétendre au bénéfice de la garantie dans les conditions prévues au présent règlement.

Fracture : rupture de continuité complète de l'os avec ou sans déplacement des fragments.

Organisme assureur : la Mutuelle Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise au Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren n° 538 518 473.

Perte totale et irréversible d'autonomie : le fait, pour l'assuré de se voir reconnu, par le médecin-conseil de la Mutuelle, définitivement incapable d'exercer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et de requérir l'assistance permanente, totale et définitive d'une tierce personne pour accomplir tous les actes de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, s'alimenter, se déplacer).

Article 3 • Adhésion au règlement

3.1 Formation de l'adhésion

Pour adhérer, l'adhérent doit remplir avec exactitude et sans omission le bulletin d'adhésion.

La garantie accordée à l'adhérent 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 dénaturé par l'adhérent 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.

Au titre du présent règlement mutualiste, aucun assuré ne peut être couvert simultanément plusieurs fois au titre d'une même garantie.

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des dispositions des statuts de la Mutuelle, de son règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste, dont un exemplaire lui est remis préalablement à cette signature.

3.2 Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle, sauf date ultérieure expressément prévue au bulletin d'adhésion.

3.3 Prise d'effet et condition de versement des prestations

D'une manière générale, le droit au versement des prestations est ouvert dès la prise d'effet de l'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation.

Cependant pour la garantie «Protection Hospitalière», le droit au versement des prestations ne prendra effet qu'à la suite d'un délai de stage d'une durée de 3 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion pour chaque assuré.

Ce stage n'est pas appliqué dans les cas suivants :

- ✚ les ayants droit devenant adhérents à leur propre garantie «Protection Hospitalière» ;
- ✚ les assurés de moins de 27 ans au 1^{er} janvier de l'année de la prise d'effet de la garantie ;
- ✚ les ayants droit modifiant leur garantie en faveur d'une indemnité inférieure dans les conditions prévues à l'article 4.2 ;
- ✚ les nouveaux assurés justifiant d'une couverture équivalente auprès d'un autre organisme assureur, sous réserve que l'adhésion à la garantie «Protection Hospitalière» intervienne dans les trois mois suivant la radiation de la précédente garantie ;
- ✚ en cas d'hospitalisation due à un accident lorsque la date de ce dernier est postérieure à la date d'effet de l'adhésion à la garantie.

Les prestations seront versées sur production de l'ensemble des justificatifs demandés par la Mutuelle, en fonction de la garantie souscrite, sous réserve du paiement effectif des cotisations par l'adhérent. La Mutuelle se réserve le droit de demander tout autre justificatif à l'assuré, non inscrit au présent règlement.

En tout état de cause, pour les garanties «protection blessures», «protection revenus accident» et «protection décès accident», la prise en charge ne peut intervenir que si l'accident à l'origine respectivement des blessures, de l'incapacité temporaire totale ou du décès, est survenu postérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion.

De plus, aucune prise en charge ne peut intervenir pour des événements survenant durant la période de suspension de la garantie ou après la résiliation du contrat.

Dans tous les cas, les demandes de paiement des prestations devront être produites dans le délai de prescription défini à l'article 7 du présent règlement.

3.4 Territorialité

Les garanties sont valables dans le monde entier, pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogation, 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois. Toutefois lorsque le sinistre survient hors de France métropolitaine ou Départements ou Régions d'Outre-mer, le versement des prestations s'effectue en euros.

3.5 Durée et renouvellement des garanties

Les garanties viennent à échéance au 31 décembre de chaque année. Elles se renouvellent pour une période de 12 mois, par tacite reconduction, sauf dénonciation d'une, plusieurs ou de la totalité des garanties, selon les modalités prévues à l'article 6 et sous réserve que l'âge limite pour le bénéfice de la garantie ne soit pas atteint.

Pour les garanties «Protection Hospitalière» et «Protection Revenus Accident», la reconduction se fait dans les conditions

relatives au crédit d'indemnisation visées dans les articles 13.1, 13.4, 15.1 et 15.3.

Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer à la Mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance :

- ✚ tout changement de domicile ;
 - ✚ toute modification concernant les ayants droit désignés comme tels dans le bulletin d'adhésion ;
 - ✚ tout changement de situation professionnelle si l'adhérent est assuré au titre de la garantie «protection revenus accident».
- Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

4.1 Nouveaux ayants droit

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

Nouvel ayant droit suite à naissance ou adoption

Au premier jour du mois de naissance ou d'adoption, et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement.

Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Nouvel ayant droit suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité

Date d'effet de la modification : au premier jour du mois suivant la survenance de l'événement, et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement.

Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Autres ayants droit

Date d'effet de la modification : premier jour du mois suivant la réception de la demande.

4.2 Changement de garantie à l'initiative de l'adhérent

L'adhérent pourra demander la modification de la garantie, pour lui-même ou pour l'un de ses ayants droit, 12 mois après la date d'adhésion, ou 12 mois après la date du précédent changement de garantie.

Le/les assuré(s) bénéficie(nt) alors des dispositions de sa/ses garantie(s) antérieure(s) jusqu'à la date d'effet de la ou des nouvelles garanties.

Le changement de garantie prendra effet au premier jour du mois suivant la réception, par la Mutuelle, de la demande de modification signée par l'adhérent.

Si le changement vise une amélioration du montant de l'indemnité forfaitaire journalière de la garantie «Protection Hospitalière», la nouvelle garantie s'exerce après application d'un délai de stage selon les dispositions de l'article 3.3. Les frais de séjours hospitaliers intervenant pendant cette période de stage seront alors indemnisés sur les bases de l'ancien montant de l'indemnité journalière.

4.3 Autres modifications

Ces modifications prendront effet au premier jour du mois suivant la réception de leur demande par la Mutuelle.

4.4 Évolution des garanties à l'initiative de la Mutuelle

Les garanties peuvent être modifiées par l'assemblée générale de la Mutuelle ou par le conseil d'administration, quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière. Ces modifications prennent effet dès lors qu'elles ont été notifiées à l'adhérent.

Article 5 • Cotisations

5.1 Appel et paiement des cotisations

L'adhérent s'engage à régler une cotisation pour lui-même et l'ensemble des ayants droit désignés au bulletin d'adhésion. La cotisation est due pour l'année entière et payable d'avance. Son paiement peut être fractionné au mois (par prélèvement automatique uniquement), au trimestre ou au semestre. Le paiement intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion.

5.2 Non-paiement des cotisations

À défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi par la Mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. **Les événements déclenchant une garantie intervenant pendant la période de suspension de celle-ci ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement des cotisations.** Sans autre envoi spécifique de la Mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation 40 jours après l'envoi de la mise en demeure de payer. Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la Mutuelle d'intenter une action en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

Après résiliation, l'adhérent pourra adhérer à nouveau :

- ✚ le lendemain de la date de la résiliation, si la demande d'adhésion parvient à la Mutuelle dans les 6 mois à compter de cette date et à condition, pour l'adhérent, d'honorer les sommes dues ainsi que les cotisations venues à échéance ;
- ✚ à défaut, 2 ans après la date de résiliation, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

5.3 Calcul et réévaluation de la cotisation

Pour chacune des garanties, le montant des cotisations est déterminé par l'assemblée générale ou par le conseil d'administration lorsqu'il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

✚ **Pour la garantie « Protection Hospitalière » :** la cotisation est calculée en fonction de l'indemnité choisie et varie avec l'âge de l'assuré au 1^{er} janvier de chaque année. Une majoration pour adhésion tardive est appliquée aux adhésions intervenant après le 1^{er} janvier qui suit le 65^e anniversaire du nouvel assuré. L'inscription de deux enfants de moins de 27 ans ouvre droit à une exonération de cotisation pour les enfants suivants de moins de 27 ans.

L'adhérent qui inscrit un enfant dans les 3 mois qui suivent sa naissance ou son adoption est dispensé du paiement de la cotisation pour cet enfant pour le mois de son inscription et le mois qui suit.

- ✚ **Pour la garantie « Protection Revenus Accident » :** la cotisation est calculée en fonction de l'indemnité choisie ;
- ✚ **Pour la garantie « Protections Blessures » :** la cotisation est forfaitaire ;
- ✚ **Pour la garantie « Décès Accident » :** la cotisation est calculée en fonction du montant de capital choisi.

Dans tous les cas, les cotisations et les prestations pourront être révisées chaque année notamment en fonction de l'évolution du coût du risque au sein de la collectivité des assurés. Cette révision se fera par décision de l'assemblée générale ou du conseil d'administration de la Mutuelle sur délégation.

Article 6 • Résiliation d'une ou plusieurs garanties, radiation d'un ayant droit et exclusion

6.1 À l'initiative de l'adhérent

Résiliation en fin d'année

L'adhérent peut mettre fin :

- ✚ à une, plusieurs ou à la totalité des garanties auxquelles il a adhéré au titre du présent règlement ;
 - ✚ et ceci pour une, plusieurs ou la totalité des personnes définies dans la liste des personnes assurées en tant qu'ayant droit.
- Il doit pour cela adresser à la Mutuelle une lettre recommandée, avec avis de réception, avant le 31 octobre de l'année. La résiliation prend effet au 31 décembre de la même année.

La demande de résiliation ou la demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile.

En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

Résiliation en cours d'année

Aucune résiliation n'est acceptée en cours d'année, en dehors des cas suivants :

- ✚ en cas de décès : la résiliation prend effet au jour du décès ;
- ✚ en cas de divorce ou de séparation : la résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande ;
- ✚ au cas où un mineur de plus de 16 ans devient assuré social et souscrit sa/ses propre(s) garantie(s) : la résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande.

La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

6.2 À l'initiative de la Mutuelle

En cas de non-paiement des cotisations

La Mutuelle décide de la résiliation de l'ensemble des garanties prévues au titre du présent règlement en cas de non-paiement des cotisations, selon les modalités prévues à l'article 5.2.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle

La garantie accordée à l'adhérent 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 dénaturé par l'adhérent 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.

Aussi peut être exclu de la Mutuelle dans les conditions définies à l'article 13 des statuts tout adhérent ou tout ayant droit qui aura, par fausse déclaration intentionnelle, cherché à percevoir des prestations indues.

En cas de fausse déclaration non intentionnelle

Lorsque l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du présent règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent. À défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin

10 jours après notification adressée à l'adhérent par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci 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 proportion du taux des cotisations payées par l'adhérent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

6.3 Conséquence de la résiliation ou de l'exclusion

Lors de la résiliation de l'adhésion à une garantie, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit définis au bulletin d'adhésion, à renoncer à tous les services dont il bénéficiait de par son adhésion à ladite garantie.

Les risques réalisés après la date d'effet de la résiliation ne seront pas couverts au titre de la garantie résiliée.

Article 7 • Délai de prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- ✚ en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- ✚ 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.

Quand l'action de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à 10 ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de 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 de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites, au plus tard, trente ans à compter du décès du membre participant.

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 ou l'union 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 ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 8 • Réclamations et litiges médicaux

8.1 Réclamations

Pour toute réclamation liée à l'application du présent règlement mutualiste, l'adhérent ou l'ayant droit peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle.

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, l'adhérent ou l'ayant droit peut saisir le service Qualité Relation Adhérents au CS81021 49010 Angers Cedex 01.

Enfin, en application et dans les conditions de l'article 64 des statuts, si le désaccord persiste et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur dont les coordonnées lui seront fournies dans la réponse du service Qualité Relation Adhérents.

8.2 Litiges médicaux

En cas de contestation sur l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire totale de travail ou sur la blessure pouvant ouvrir droit à indemnisation, celui-ci est estimé par une commission comprenant un médecin désigné par l'assuré, un médecin désigné par la Mutuelle et un médecin-arbitre choisi en accord avec les deux premiers. Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, un recours devant le Tribunal de Grande Instance pourrait être envisagé.

Les honoraires du médecin désigné par l'assuré seront à la charge de l'assuré.

Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle seront à la charge de la Mutuelle.

Les honoraires du médecin-arbitre seront à la charge de la partie perdante.

Article 9 • Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la Mutuelle à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers.

L'adhérent doit faire une déclaration d'accident à la Mutuelle sauf cas de force majeure dans les plus brefs délais.

Article 10 • Exclusions

10.1 Exclusions des conséquences de certains risques pour l'ensemble des garanties

Sont exclues de l'ensemble des garanties, les conséquences :

- ✚ des tentatives de suicide ou de tout acte intentionnel de l'assuré ;
- ✚ de luttes, duels, rixes (sauf cas de légitime défense) ;
- ✚ d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré ;
- ✚ d'un acte effectué dans un état d'imprégnation alcoolique caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par le Code de la route, de l'utilisation de drogues, de stupéfiants, tranquillisants non prescrits médicalement ;
- ✚ directes ou indirectes de faits de guerres (civiles et étrangères), d'émeutes, d'actes de terrorisme ou de sabotage auxquels participe l'assuré ;
- ✚ de la désintégration du noyau atomique ;
- ✚ de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;
- ✚ de catastrophes naturelles, telles que tremblements de terre ou inondations ;
- ✚ de la pratique de sports aériens, automobiles ou motocyclistes à titre amateur ou professionnel et de tous les autres sports à titre professionnel ;
- ✚ de la navigation aérienne comme pilote ou passager de tout appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas un brevet ou une licence valable pour l'appareil utilisé.

10.2 Exclusions des sinistres survenus dans l'exercice de certaines professions pour les garanties « Protection Blessures », « Protection Revenus Accident » et « Protection Décès Accident »

Les sinistres survenus dans l'exercice des professions suivantes ne sont pas indemnisés :

- ✚ cascadeurs ;
- ✚ pompiers ;
- ✚ tous les métiers ou activités exercés dans les domaines :
 - ✚ du transport de fonds ;
 - ✚ du cirque ;
 - ✚ de la surveillance armée ;
 - ✚ du maintien de l'ordre ;
 - ✚ de l'usage d'explosifs ;
 - ✚ des travaux forestiers ;
 - ✚ des ouvrages d'art et de grande hauteur du bâtiment ;
 - ✚ et travaux publics (plus de 15 m de hauteur).

10.3 Exclusions supplémentaires pour la garantie « Protection Hospitalière »

Sont exclus de l'indemnisation au titre de la garantie « Protection Hospitalière » :

- ✚ les séjours dans les établissements et services très spécialisés suivants : les maisons de repos, de convalescence, établissements de services thermaux, climatiques, diététiques, centres de thalassothérapie, établissements et service de gériatrie, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, établissements et services de rééducation fonctionnelle et motrice, services cliniques ou hôpitaux psychiatriques, centres médicaux et/ou psychopédagogiques, séjours en établissements à caractère sanitaire, centres de vacances, aérums, homes d'enfants.
- ✚ les cures de désintoxication liées à la tabagie, à l'alcoolisme ou à la toxicomanie, cures de sommeil, les traitements esthétiques, de rajeunissement.
- ✚ les séjours en établissements hospitaliers :
 - résultant d'une grossesse pathologique, lorsque le 1^{er} jour d'hospitalisation se situe dans les 12 mois qui suivent la date d'effet de l'adhésion à la garantie ;
 - d'enfants âgés de moins de 30 jours ou nés prématurément ;
 - dans les 10 jours qui précèdent ou qui suivent l'accouchement.

Il est précisé que pour les autres cas de grossesse pathologique, les séjours en établissements hospitaliers entrent dans le champ d'application de la garantie.

Les maladies congénitales du nouveau né sont prises en charge pendant une durée maximale de 90 jours.

10.4 Exclusions supplémentaires pour la garantie « Protection Blessures »

Sont exclus de l'indemnisation au titre de la garantie « Protection Blessures » :

- ✚ les conséquences d'une exposition au soleil, aux ultraviolets, à tout appareil quelconque de bronzage artificiel ;
- ✚ les brûlures autres que celles définies à l'article 2 du présent règlement mutualiste.

10.5 Exclusions supplémentaires pour la garantie « Protection Décès Accident »

Sont exclus de l'indemnisation au titre de la garantie « Protection Décès accident » les décès ou pertes totales et irréversible d'autonomie résultant :

- ✚ du suicide de l'assuré ;

✚ de la participation à des matchs, paris, défis, courses, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin, sauf compétition sportive normale (par compétition sportive normale, il faut entendre toute compétition organisée selon la pratique ou la coutume dans le sport considéré) ;

✚ de l'usage en tant que pilote ou passager de motocyclette d'une cylindrée supérieure à 250 cm³.

Ne sont pas considérés comme accidentels, les décès dont la cause est indéterminée.

Article 11 • Informatique et libertés

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'adhérent et ses ayants droit peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle.

Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de données les concernant.

Pour exercer ces droits ou pour s'opposer sans frais à l'utilisation à des fins de prospection commerciale de ces informations, il suffit de s'adresser au siège social de la Mutuelle.

Il est rappelé en outre que l'ensemble des informations transmises par l'adhérent, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par la Mutuelle pour la lutte contre les fraudes et le respect de ses obligations légales et réglementaires (notamment la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme).

Article 12 • Autorité de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège se situe 61, rue Taitbout, Paris IX^e.

Titre II

GARANTIE

« PROTECTION HOSPITALIÈRE »

Article 13 • Conditions de souscription et prestations

13.1 Définition des prestations

13.1.1 Indemnités journalières

La garantie « Protection Hospitalière » permet à l'assuré de bénéficier d'une indemnité forfaitaire journalière en cas d'hospitalisation de plus de 3 jours continus causée par une maladie ou un accident **dans la limite d'un crédit d'indemnisation de 365 jours**, sous réserve que le premier jour d'hospitalisation intervienne postérieurement à la prise d'effet des prestations.

L'adhérent choisit lui-même le montant de l'indemnité journalière qu'il souhaite parmi les 3 options proposées : 15, 30 ou 45 euros.

13.1.2 Remboursement du « reste à charge »

La garantie « Protection Hospitalière » permet aussi à l'assuré ayant souscrit (ou inscrit à) la garantie « Protection Hospitalière » du présent règlement mutualiste depuis au moins 24 mois consécutifs, de bénéficier de la prise en charge des frais de soins :

- ✚ qui ont été engagés par l'assuré pour une hospitalisation ayant donné lieu à une intervention de l'Assurance maladie obligatoire ;
- ✚ et qui restent à sa charge après le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et celui du ou des organismes complémentaires santé auprès duquel (desquels) il a souscrit une garantie remboursement frais de santé.

Cette somme est dénommée « reste à charge ».

Le remboursement du « reste à charge » se fait dans la limite d'un plafond de 250 € par année civile. Ce montant est doublé après 48 mois d'ancienneté consécutifs pour chaque assuré

dans la garantie «Protection Hospitalière» du présent règlement mutualiste.

13.2 Ouverture des droits

13.2.1 Indemnités journalières

Pour être indemnisé l'assuré doit remplir et adresser à la Mutuelle une «demande d'indemnisation» (document fourni par la Mutuelle sur demande), accompagnée d'un original du bulletin d'hospitalisation faisant état des dates d'hospitalisation. Le médecin-conseil de la Mutuelle se réserve le droit de solliciter toute pièce complémentaire qu'il jugerait utile pour prendre sa décision.

13.2.2 Remboursement du «reste à charge»

Pour être indemnisé, l'assuré doit remplir et adresser à la Mutuelle une «demande d'indemnisation» (document fourni par la Mutuelle sur demande), accompagnée des éventuels décomptes du ou des organismes complémentaires santé, autre que la Mutuelle, auprès duquel (desquels) l'assuré a souscrit une garantie «remboursement des frais de santé» et de la ou des factures justifiant du «reste à charge».

13.3 Calcul des prestations

Les prestations ne sont dues que pendant la période d'effet de la garantie, conformément aux dispositions des articles 3.3 et 5.2 sous réserve des éventuels délais de stage et de la résiliation de la garantie.

13.3.1 Indemnités journalières

L'indemnisation débute au 1^{er} jour d'hospitalisation dès que sa durée dépasse 3 jours (en dehors des exclusions prévues à l'article 10).

13.3.2 Remboursement du «reste à charge»

La prestation est due pour les hospitalisations de plus de 3 jours consécutifs ayant donné lieu à un remboursement de l'Assurance maladie obligatoire (en dehors des exclusions prévues à l'article 10) et ayant laissé à l'assuré un «reste à charge».

Le «reste à charge» est calculé de la manière suivante. Les frais de soins engagés par l'assuré en cas d'hospitalisation pris en compte dans le cadre de cette garantie sont exclusivement :

- ✚ les honoraires et dépassement d'honoraires pour les actes de chirurgie ou d'anesthésie ou tout autre acte effectués durant l'hospitalisation ;
- ✚ le forfait journalier ;
- ✚ les frais de chambre particulière ;
- ✚ les frais d'accompagnement facturés par l'établissement hospitalier pour la personne qui accompagne l'assuré.

Ne sont pas pris en compte ni les frais de télévision ni les frais de téléphone.

Le «reste à charge» est égal au montant total de la dépense ainsi obtenue auquel est retranché le remboursement du régime obligatoire dont dépend l'assuré et le remboursement du ou des organismes complémentaires santé auprès duquel (desquels) il a souscrit une garantie «remboursement des frais de santé».

13.4 Crédit d'indemnisation

Le crédit d'indemnisation, correspondant au montant d'indemnité choisi, peut être épuisé en un ou plusieurs séjours hospitaliers.

Si une nouvelle hospitalisation intervient moins d'un an après la fin de la précédente, les droits de l'assuré sont ouverts pour le crédit d'indemnisation restant.

Si une nouvelle hospitalisation intervient plus d'un an après la fin de la dernière hospitalisation indemnisée, le crédit d'indemnisation est intégralement reconstitué.

En cas de nouvelle adhésion dans les 12 mois suivant une résiliation, le crédit d'indemnisation dont dispose l'assuré est celui dont il bénéficiait lors de la radiation de la précédente garantie.

13.5 Paiement des prestations

Les prestations garanties sont versées directement à l'assuré ou à son représentant légal, sous réserve des dispositions des articles 3.3 et 5.2 du présent règlement.

Titre III

GARANTIE

«PROTECTION BLESSURES»

Article 14 • Conditions de souscription et prestations

14.1 Définition des prestations

En cas de blessures résultant d'un accident au sens de l'article 2 du présent règlement, la Mutuelle verse à l'assuré un capital dont le montant dépend du type de blessure, de sa localisation et, pour une brûlure, de sa surface.

Seules les blessures mentionnées à l'article 14.3 sont indemnisables.

14.2 Conditions de souscription de la garantie

Peuvent souscrire la garantie «Protection Blessures», les personnes âgées de 18 à 79 ans à la date d'effet de la garantie. Ne peuvent être assurés par la présente garantie que les personnes âgées de plus de 18 ans.

14.3 Montants des capitaux (voir tableau ci-dessous)

Capitaux	Fractures	Brûlures du 2 ^e et du 3 ^e degré (surface de la brûlure estimée par la règle des 9 de Wallace)	Traumatismes/lésions
500 €	Nez, mâchoire supérieure, clavicule, côte, sternum, métacarpe, doigt, métatarse, orteil, rotule coccyx.		Rupture des ligaments de la cheville ou du genou.
1 000 €	Crâne, mâchoire inférieure, vertèbre, bras (humérus), avant-bras (radius, cubitus), coude, poignet, carpe (main hors métacarpe et doigt), fémur, jambe (tibia, péroné), tarse et calcanéum (pied hors métatarse et orteil).	De 9 % à 17 %	
2 000 €	Épaule (hors clavicule), genou (hors rotule), col du fémur, hanche, bassin, cheville.	De 18 % à 26 %	
4 000 €	Crâne avec déficit neurologique, vertèbre avec déficit neurologique.	27 % et plus	

Plafond de garantie

Le total des capitaux cumulés par année civile et pour un même assuré est plafonné à 5 000 €.

En cas de fractures et traumatismes multiples lors d'un même événement, seule la blessure correspondant au capital le plus élevé est indemnisée.

14.4 Ouverture des droits

L'assuré doit déclarer, dès qu'il en a connaissance, tout sinistre de nature à entraîner une indemnisation et adresser, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de la Mutuelle, les éléments suivants :

- ✚ le questionnaire médical sinistre (fourni par la Mutuelle sur demande) dûment complété et signé par un médecin ;
- ✚ une copie des comptes rendus d'imagerie médicale (radiographies, scanner, IRM, autre) ;
- ✚ le cas échéant, la copie des comptes rendus d'hospitalisation et d'intervention.

Dans tous les cas le médecin-conseil de la Mutuelle se réserve le droit de solliciter toutes pièces complémentaires et de faire procéder à toute expertise qu'il jugerait utile pour prendre sa décision.

14.5 Obligation de déclaration

La Mutuelle fonde ses engagements sur les déclarations et justificatifs fournis par l'assuré. Toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre expose l'assuré à une déchéance des garanties voire de nullité de l'adhésion, conformément à l'article 6.2.

14.6 Durée de la garantie

En dehors des cas de nullité, de résiliation ou de radiation, l'adhésion à la garantie « Protection Blessures » prend obligatoirement fin au plus tard le 31 décembre qui suit le 85^e anniversaire de l'assuré.

14.7 Paiement des prestations

Les prestations garanties sont versées directement à l'assuré ou à son représentant légal, sous réserve des dispositions de l'article 5.2 du présent règlement.

Titre IV

GARANTIE « PROTECTION REVENUS ACCIDENT »

Article 15 • Conditions de souscription et prestations

15.1 Prestations

Cette garantie permet à l'assuré de percevoir des indemnités journalières lorsqu'il est momentanément dans l'impossibilité complète et médicalement constatée d'exercer son activité professionnelle par suite d'un accident tel que défini à l'article 2. L'impossibilité complète d'exercer son activité professionnelle comprend également l'impossibilité d'exercer les activités de gestion, de surveillance ou de direction y afférentes.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail médicalement constatée suite à un accident, la Mutuelle verse à l'assuré des indemnités journalières **dans la limite d'un crédit d'indemnisation de 365 jours**, pendant la durée de son activité professionnelle sous réserve des dispositions de l'article 15.10. Le montant de l'indemnité peut être choisi parmi les 3 options proposées : 15, 30 ou 45 euros.

Pour l'assuré exerçant une activité pour une durée déterminée ou dans le cadre d'un contrat de travail intérimaire le montant de l'indemnité journalière est de 15 euros.

En aucun cas le montant des indemnités journalières versées par la Mutuelle ne pourra excéder, compte tenu d'autres

prestations versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme, la rémunération nette qu'aurait perçue l'assuré s'il avait exercé normalement son activité.

15.2 Conditions de souscription et de bénéfice de la garantie

Peuvent souscrire la garantie « Protection Revenus Accident », les personnes âgées de 18 à 62 ans à la date d'effet de la garantie, et sous respect des conditions visées à l'article 3 du présent règlement.

Ne peuvent être assurées par la présente garantie que les personnes âgées de plus de 18 ans.

La garantie ne peut être souscrite que pour assurer des personnes exerçant une activité professionnelle.

Seuls peuvent bénéficier de la garantie les assurés exerçant une activité professionnelle au 1^{er} jour de l'arrêt de travail.

Les assurés qui sont expatriés ou détachés ne peuvent bénéficier de cette garantie.

En cours de contrat, les garanties sont suspendues de plein droit le premier jour du mois suivant la date à partir de laquelle l'assuré informe la Mutuelle qu'il est expatrié ou détaché hors du territoire français métropolitain ou Départements ou Régions d'Outre-mer.

15.3 Durée d'indemnisation

L'indemnisation débute dès le premier jour d'arrêt de travail.

Le crédit d'indemnisation de 365 jours peut être épuisé en un ou plusieurs arrêts de travail.

Si un nouvel arrêt intervient moins d'un an après la fin du précédent arrêt indemnisé au titre de cette garantie, les droits de l'assuré sont ouverts pour le crédit d'indemnisation restant.

Si un nouvel arrêt intervient plus d'un an après la fin du précédent arrêt indemnisé au titre de cette garantie, le crédit d'indemnisation est intégralement reconstitué.

En cas de nouvelle adhésion dans les 12 mois suivant une résiliation, le crédit d'indemnisation dont dispose l'assuré est celui dont il bénéficiait lors de la radiation de la précédente garantie.

15.4 Ouverture des droits

L'assuré doit déclarer, dès qu'il en a connaissance, tout sinistre de nature à entraîner une indemnisation et adresser tout document médical qui lui serait demandé, sous pli confidentiel à l'adresse du médecin-conseil de la Mutuelle.

En complément des éléments ci-dessus, l'assuré devra :

- ✚ s'il est salarié, joindre à cette demande les originaux des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale et justifiant de son incapacité de travail ;
- ✚ s'il est non salarié, fournir dans les 48 heures suivant sa cessation d'activité un avis d'arrêt de travail complété par un médecin, précisant la date d'arrêt, la durée de celui-ci et les heures de sorties autorisées (ce document pouvant être constitué par l'avis d'arrêt de travail de la Sécurité sociale). **À défaut de l'adresser dans ce délai, l'assuré est considéré comme ayant cessé son activité le jour de l'envoi de cet avis à la Mutuelle (le cachet de la poste faisant foi).**

Le versement des indemnités est conditionné à la production, par l'assuré, des justificatifs ci-dessus mentionnés.

Dans tous les cas, le médecin-conseil de la Mutuelle se réserve le droit de solliciter toutes pièces complémentaires et de faire procéder à toute expertise qu'il jugerait utile pour prendre sa décision.

15.5 Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de faire appel à un médecin-conseil.

Le médecin-conseil de la Mutuelle se réserve le droit de solliciter toutes pièces complémentaires nécessaires à l'ouverture des droits ou de faire procéder à une expertise médicale.

15.6 Continuation du service des prestations

Les prolongations d'arrêt de travail sont indemnisées au fur et à mesure de la réception par la Mutuelle :

- ✚ pour les salariés, des décomptes originaux de la Sécurité sociale ;
- ✚ pour les non salariés de l'attestation mensuelle de non reprise d'activité ;
- ✚ pour les salariés et les non salariés, des avis de prolongation d'arrêt de travail.

L'assuré doit fournir, sous pli confidentiel à l'adresse du médecin-conseil de la Mutuelle, une nouvelle attestation médicale si le document lui est demandé.

15.7 Déplacements de l'assuré

En cas de changement, même provisoire, de l'adresse où l'assuré peut être visité, celui-ci doit préalablement en avertir la Mutuelle.

En tout état de cause, l'assuré doit rester présent à son domicile en dehors des heures de sorties autorisées par le médecin ayant prescrit l'arrêt de travail (excepté en cas de soins ou d'examen médicaux).

15.8 Contrôle de l'assuré

La Mutuelle peut, à tout moment, faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations.

L'assuré ne peut pas se soustraire à ces visites, contrôles et enquêtes, sous peine d'application des dispositions de l'article 15.9.

15.9 Suspension du service des prestations

1- Le service des prestations est suspendu provisoirement tant que l'assuré ne se conforme pas aux obligations prévues aux articles 15.4 et 15.5 de ce règlement.

Lorsque l'intéressé régularise sa situation, le service des prestations est repris, avec effet à la date de la suspension. Le service des prestations est donc rétroactif dans ce cas.

2- **Si l'assuré ne se conforme pas aux obligations prévues aux articles 15.6, 15.7 et 15.8 du présent règlement, la Mutuelle décide la suspension immédiate du service des prestations et fait procéder à une enquête au cours de laquelle l'intéressé est invité à fournir des justificatifs attestant de sa bonne foi. Le versement des prestations reprend à compter du jour où l'assuré régularise sa situation. L'absence de justificatif entraînera l'interruption du service des prestations, et ce pour tout l'arrêt de travail concerné et ses éventuelles prolongations.**

En cas de manquement renouvelé aux obligations du présent règlement, constaté par la Mutuelle, celle-ci procède de plein droit à la résiliation de la garantie et à l'annulation des droits de l'intéressé aux prestations en cours. La Mutuelle pourra, par ailleurs, engager des poursuites contre l'assuré pour la récupération des sommes indûment payées.

Les cotisations versées par l'intéressé antérieurement à la résiliation demeurent acquises à la Mutuelle.

15.10 Arrêt définitif du service des prestations

Le service des prestations prend fin à compter du jour où l'intéressé ne remplit plus les conditions fixées par le présent règlement pour en bénéficier, notamment :

- ✚ **à la date d'effet de la suspension, ou suite à un avis défavorable du médecin-conseil de la Mutuelle, du médecin-arbitre, ou de tout autre expert médical désigné**

par l'une des parties quant à la continuation du service de la prestation ;

✚ **en cas de rupture du contrat de travail ou de cessation d'activité, il est précisé que :**

- **pour les salariés, l'indemnisation cesse au plus tard 90 jours après la date de fin de contrat ;**
- **pour les non salariés, l'indemnisation cesse au plus tard 90 jours à compter de la cessation définitive de son activité ;**

✚ **dans tous les cas, l'indemnisation cesse en cas d'épuisement du crédit d'indemnisation.**

15.11 Durée de la garantie

En dehors des cas de nullité, de résiliation ou de radiation, la garantie cesse du jour où l'intéressé ne remplit plus les conditions fixées par le présent règlement pour en bénéficier, notamment :

- ✚ en cas d'atteinte de l'âge limite au service de la prestation (au 31 décembre qui suit le 67^e anniversaire) ;
- ✚ au jour où l'assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse sous réserve qu'il n'exerce pas une autre activité professionnelle ;
- ✚ à la date d'effet de la résiliation de la garantie ;
- ✚ au jour du décès de l'assuré.

15.12 Paiement des prestations

Les prestations garanties sont versées directement à l'assuré ou à son représentant légal, sous réserve des dispositions de l'article 5.2 du présent règlement.

Titre V

GARANTIE « PROTECTION DÉCÈS ACCIDENT »

Article 16 • Objet de la garantie et définition des prestations

16.1 Objet de la garantie

Cette garantie ouvre droit au versement d'un capital lors de la survenance du décès accidentel ou de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré suite à un accident.

En cas de disparition officiellement reconnue du corps de l'assuré (nauffrage ou destruction du moyen de transport dans lequel il circulait), il y aura présomption de décès à l'expiration du délai d'un an à compter du jour de l'accident. Cependant, s'il était constaté à quelque moment que ce soit après le versement d'une indemnité au titre de la disparition de l'assuré, que ce dernier est encore vivant, les sommes indûment versées à ce titre devront être intégralement remboursées à la Mutuelle.

Il incombe au bénéficiaire d'apporter la preuve du caractère accidentel de l'événement en cause, notamment par procès-verbal de gendarmerie ou rapport de police.

L'adhérent choisit le montant du capital qu'il souhaite parmi les 3 options proposées : 20 000, 40 000 ou 60 000 euros.

16.2 Conditions de souscription

Peuvent souscrire la garantie « Protection Décès Accident », les personnes âgées de 18 ans au moins à la date d'effet de la garantie.

Il n'y a pas d'ayant droit pour cette garantie. Chaque assuré doit souscrire sa propre garantie.

16.3 Bénéficiaires du capital

En cas de décès accidentel, les bénéficiaires du capital sont les personnes désignées comme telles sur le bulletin d'adhésion. À défaut de désignation expresse ou en cas de pré-décès de tous les désignés, les bénéficiaires sont :

« Le conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, ou le partenaire survivant lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut les héritiers de l'assuré selon l'ordre successoral. »

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie par accident, le bénéficiaire du capital est l'assuré.

16.4 Ouverture des droits

En cas de décès :

Les bénéficiaires désignés par l'assuré devront envoyer à la Mutuelle les documents suivants :

- ✚ Bulletin d'adhésion et les éventuels avenants ;
- ✚ Bulletin de décès de l'assuré ;
- ✚ Certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- ✚ Pièces justifiant des droits et de la qualité des bénéficiaires : copie signée du livret de famille ou carte nationale d'identité ou passeport portant la mention manuscrite « je certifie être en vie à la date du _____ », certificat d'hérédité ;
- ✚ Tout justificatif lié à la législation en vigueur à la date du décès ;
- ✚ Procès-verbal de gendarmerie ou rapport de police établissant le caractère accidentel du décès.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :

- ✚ L'assuré en tant que bénéficiaire du capital doit apporter les justificatifs de sa perte totale et irréversible d'autonomie, ainsi que de son origine accidentelle au sens de l'article 2 du présent règlement ,
- ✚ Notamment des éléments détaillant :
 - la date de survenance de l'accident, ses circonstances précises ;
 - toutes preuves susceptibles d'établir le caractère accidentel de la perte totale et irréversible d'autonomie.

La demande de reconnaissance de sa perte totale et irréversible d'autonomie d'origine accidentelle est à adresser à la Mutuelle par courrier recommandé avec avis de réception. Un questionnaire médical sera adressé à l'assuré. Ce questionnaire médical sera à retourner, sous pli confidentiel, au médecin-conseil de la Mutuelle.

Le médecin-conseil de la Mutuelle se réserve le droit de solliciter toutes pièces complémentaires et de faire procéder à toute expertise qu'il jugerait utile pour prendre sa décision sur la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.



Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57.
Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

