

# Assurance Accidents de la Vie LFM

Contrat individuel  
d'assurance

## Règlement mutualiste

En vigueur au 30 septembre 2023

# NOTICE D'INFORMATION VALANT RÈGLEMENT MUTUALISTE

## Contrat Assurance Accidents de la Vie LFM

### INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES EN CAS DE VENTE À DISTANCE

#### Ce que vous devez savoir avant de vous engager

Le Contrat « Assurance Accidents de la Vie LFM » est un contrat individuel d'assurance soumis au droit français et régi par le Code de la mutualité. Ce contrat est formé par la présente Notice valant Règlement Mutualiste, de la Demande d'adhésion et du Certificat d'adhésion remises à chaque Adhérent.

Le contrat « Assurance Accidents de la Vie LFM » est :

- Souscrit auprès de La France Mutualiste, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social se situe Tour Pacific, 11-13 Cours Valmy - 92977 Paris La Défense Cedex, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° SIREN 775 691 132 (ci-après désignée « la Mutuelle »); L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09, est chargée du contrôle de La France Mutualiste.
- Distribué par Média Courtage, société du groupe La France Mutualiste, courtier d'assurance, immatriculée au RCS de Brest sous le numéro 524 259 975 et à l'ORIAS sous le numéro 10 058 534, dont le siège social est fixé rue Jean Fourastié – 29480 Le Relecq-Kerhuon, agissant en tant que Courtier gestionnaire (ci-après désigné « le Courtier gestionnaire »). Média Courtage gère notamment l'édition du Certificat d'adhésion, la collecte des cotisations, la gestion des impayés et les modalités de recouvrement, les résiliations, l'enregistrement des avenants au Contrat.
- Géré par IMS, SARL immatriculée au RCS de Lille sous le numéro 453 317 612, dont le siège social est situé 3 rue Gustave Delory – 59000 LILLE Cedex (ci-après désigné « le Gestionnaire de sinistre »).

Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par des avenants au Contrat.

Le montant de la cotisation est fixé de façon définitive à l'adhésion et calculé en fonction de la Formule choisie.

Le contrat prévoit (article 3 de la Notice valant Règlement Mutualiste), le versement d'un capital en cas de décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), incapacité permanente à partir d'un taux d'incapacité permanente d'au minimum 10% suite à un accident survenu durant la période de validité de la Garantie. Le contrat prévoit également le versement d'un capital en cas de fracture ou brûlure puis d'indemnités journalières forfaitaires en cas d'hospitalisation suite à un accident ou une maladie.

#### **Les exclusions prévues par le contrat sont mentionnées à l'article 14 de la Notice d'Information.**

La présente offre contractuelle est valable jusqu'à la date indiquée sur le devis personnalisé. L'adhésion se fait au moyen d'une Demande d'adhésion remplie et signée par l'Adhérent.

La durée minimale de l'adhésion s'étend à compter de sa date d'effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se reconduit ensuite annuellement par tacite reconduction.

La cotisation est payable mensuellement uniquement par prélèvement bancaire.

L'Adhérent a la faculté de renoncer au Contrat souscrit auprès de La France Mutualiste.

Pour faire part de son intention, il suffit à l'Adhérent d'adresser, par envoi recommandé avec avis de réception, à Média Courtage, CS 80003 - 29480 Le Relecq-Kerhuon, dans un délai de trente (30) jours, une lettre de renonciation.

En cas de vente à distance (article L. 221-18 du Code de la mutualité), ce délai de trente (30) jours calendaires révolus démarre à compter soit du jour où l'adhésion a pris effet, soit du jour où l'Adhérent reçoit les conditions d'adhésion et la Notice d'information comprenant les informations précontractuelles, si cette dernière date est postérieure à celle où l'adhésion a pris effet.

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre (24) heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Le Courtier gestionnaire s'engage à rembourser intégralement son versement dans les trente (30) jours qui suivent la réception de la demande de renonciation de l'Adhérent.

Le modèle de lettre de renonciation, visé ci-dessus, peut être établi selon le modèle suivant :

*« Je soussigné(e) M. (Mme) (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat « Assurance Accidents de la Vie LFM » que j'avais souscrit le ..... Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de mon adhésion, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.*

Fait à ..... , le Signature »

L'Adhérent doit veiller à indiquer les références de son adhésion dans cette lettre. L'exercice de la faculté de renonciation entraîne de plein droit la cessation de l'adhésion au Contrat et de toutes les Garanties et annexes s'y rapportant.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

#### **Réclamations et litiges :**

L'Adhérent ou le Bénéficiaire des prestations peut adresser une réclamation à son interlocuteur habituel.

En cas de réponse non satisfaisante, l'Adhérent ou le Bénéficiaire des prestations pourra adresser une réclamation par écrit au Courtier gestionnaire, lequel s'engage à accuser réception et à apporter une réponse dans les meilleurs délais à l'adresse suivante :

#### **Média Courtage**

**CS 80003**

**29480 Le Relecq-Kerhuon**

Le Courtier gestionnaire s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

En cas de désaccord à l'issue de cette procédure de réclamation interne, l'Adhérent ou le Bénéficiaire des prestations peut saisir le médiateur soit par courrier adressé à l'attention de **Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15** soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>. Après avoir vérifié le respect de la procédure de réclamation interne, le Médiateur examinera la demande de l'Adhérent ou du Bénéficiaire des prestations et rendra une proposition en toute équité et en toute indépendance.

# NOTICE D'INFORMATION VALANT RÈGLEMENT MUTUALISTE

## Contrat Assurance Accidents de la Vie LFM

### ARTICLE 1 : Préambule

Le présent document constitue la Notice d'information valant Règlement Mutualiste ayant pour objet de définir les conditions et modalités de fonctionnement du Contrat d'assurance individuel Assurance Accidents de la Vie.

#### Ce Contrat est distribué et géré par :

Média Courtage, société du groupe La France Mutualiste, courtier d'assurance, immatriculée au RCS de Brest sous le numéro 524 259 975 et à l'ORIAS sous le numéro 10 058 534, dont le siège social est fixé rue Jean Fourastié – 29480 Le Relecq-Kerhuon (ci-après désigné « le Courtier gestionnaire »).

#### Ce Contrat est géré, pour la partie sinistres, par :

IMS, SARL immatriculée au RCS de Lille sous le numéro 453 317 612, dont le siège social est situé 3 rue Gustave Delory – 59000 LILLE Cedex (ci-après désignée « le Gestionnaire de sinistre »).

#### Ce Contrat est assuré par :

La France Mutualiste, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, située Tour Pacific, 11-13 Cours Valmy - 92977 Paris La Défense Cedex, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° SIREN 775 691 132 (ci-après désignée la « Mutuelle »).

Elle dispose des agréments dans les branches suivantes du Code de la mutualité : branche 1 Accident, branche 2 Maladie, branche 20 Vie-Décès, branche 22 Assurances liées à des fonds d'investissements. La Mutuelle est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège social est situé 4 place de Budapest – 75436 PARIS CEDEX

Tout changement apporté aux Garanties et au niveau des prestations du Contrat est réalisé conformément aux dispositions de l'article 4 du présent Règlement Mutualiste.

### ARTICLE 2 : Définitions

#### ■ Membre participant / Adhérent :

La personne physique ayant demandé à adhérer à une Garantie.

#### ■ Assuré :

Sont considérés « Assurés », les personnes suivantes :

- Dans le cadre de la Formule individuelle « Solo » : le membre participant / Adhérent âgés de plus de 18 ans et de moins de 60 ans au jour de l'adhésion ;
- Dans le cadre de la Formule « Duo » : le membre participant / Adhérent ainsi que son conjoint âgés de plus de 18 ans et de moins 60 ans au jour de l'adhésion ;
- Dans le cadre de la Formule « Famille » : le membre participant / Adhérent ainsi que, le cas échéant, son conjoint âgés de plus de 18 ans et de moins 60 ans au jour de l'adhésion, puis leurs enfants à charge (enfants de moins de 12 ans exclus pour la Garantie Décès) selon définition ci-après.
- Dans le cadre de la Formule individuelle « Sénior » : le membre participant / Adhérent âgés entre 60 ans et 70 ans inclus au jour de l'adhésion ;

- Dans le cadre de la Formule « Duo Sénior » : le membre participant / Adhérent ainsi que son conjoint âgés entre 60 ans et 70 ans inclus au jour de l'adhésion ;

La notion de « conjoint » désigne en l'espèce l'époux (se) de l'Adhérent ou le partenaire lié à l'Adhérent par un PACS.

#### ■ Bénéficiaire :

La personne physique percevant une prestation allouée en cas de réalisation des risques garantis au Contrat.

#### ■ Accident :

Par accident, il faut entendre une atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, et provoquée exclusivement par un événement extérieur, imprévu et soudain et survenue pendant la période de validité des garanties.

Ne sont donc pas considérées comme accident, les atteintes organiques qualifiées d'accident par le langage médical (accident cardiaque, vasculaire et accident vasculaire cérébral notamment), les fausses routes alimentaires, ainsi que les atteintes corporelles survenues au cours d'une intervention chirurgicale, sauf si celle-ci intervient dans les suites immédiates et directes d'un accident.

Pour le cas où un Assuré serait déjà atteint d'une Incapacité Permanente au jour de l'Accident, le taux d'Incapacité Permanente sera déterminé en tenant compte uniquement de l'Incapacité imputable à l'Accident. Seul ce taux sera pris en compte pour l'application de la Franchise de 10%  
Les affections aiguës ou chroniques : lumbagos, tour de rein, sciatiques, déchirures, entorses, hernies, sont considérées comme des maladies et non comme des accidents, sauf si l'Assuré apporte la preuve qu'elles sont la conséquence directe d'un accident.

#### ■ Brûlure :

Est considérée comme une brûlure, la lésion de la peau et/ou des voies aériennes ou digestives provoquée par un agent causal accidentel. L'étendue de la brûlure est déterminée par la règle des 9 de Wallace et CIM 10 permettant de définir en pourcentage la surface brûlée par rapport à la surface corporelle totale.

#### ■ Délai d'attente :

Période durant laquelle les Garanties ne donnent pas lieu à prise en charge. Toute hospitalisation, consécutive à une maladie, débutant pendant cette période ne donnera pas lieu à indemnisation.

#### ■ Fracture :

Est considérée comme fracture, la lésion du squelette résultant d'un accident. On entend par lésion du squelette la rupture de continuité partielle ou complète d'un os du corps humain.

Cette fracture s'accompagne ou non d'un déplacement des fragments osseux. Le diagnostic de cette fracture est effectué à l'aide d'une radiographie.

#### ■ Franchise :

Le délai de franchise est l'intervalle de temps durant lequel l'Assuré n'est pas indemnisé à compter de la date de survenance du sinistre déclaré.

Le présent contrat prévoit ainsi une franchise de soixante-douze (72) heures consécutives pour le versement des indemnités journalières forfaitaires en cas d'hospitalisation suite à un accident ou une maladie. Autrement dit, ces indemnités ne sont versées à l'Assuré qu'à compter du 4ème jour d'hospitalisation.

#### ■ Hospitalisation :

L'hospitalisation est le fait d'être admis pendant une période de plus de soixante-douze (72) heures consécutives dans un établissement hospitalier (hôpital ou clinique privée) en France ou à l'étranger.

Cette Garantie ne concerne en aucun cas les séjours dans les maisons de repos ou de rééducation ainsi que les séjours en soins de suite et de réadaptation. Un compte rendu d'hospitalisation devra être fourni.

#### ■ Incapacité permanente :

Le taux de l'incapacité permanente est apprécié à partir du taux d'incapacité fonctionnelle (IF), en dehors de toute considération professionnelle et est basé uniquement sur la diminution de capacité physique ou mentale en tenant compte uniquement de l'incapacité permanente imputable à l'Accident.

Le taux d'incapacité fonctionnelle sera apprécié de 0 à 100 %, dès qu'il y a consolidation de l'état de santé de l'Assuré, en dehors de toute considération liée à l'activité professionnelle, par expertise et par référence au Barème Continental Scale (voir document en annexe).

#### ■ Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Un délai d'attente d'un (1) an en cas d'hospitalisation pour maladie ou maternité est prévu. Ce délai est porté à dix-huit (18) mois si l'Assuré est exonéré du ticket modérateur par le régime d'assurance maladie obligatoire.

Toute hospitalisation débutant pendant le délai d'attente ne donnera pas lieu à indemnisation.

#### ■ Perte totale et irréversible d'autonomie – PTIA :

La perte totale et irréversible d'autonomie correspond à une incapacité fonctionnelle permanente de 100% et qui nécessite le recours permanent à une tierce personne pour exercer l'ensemble des actes ordinaires de la vie (s'alimenter, se vêtir et se laver, se déplacer).

#### ■ Sinistre :

Il s'agit de la survenue du risque assuré.

Constitue un seul et même sinistre, l'ensemble des événements résultant d'un même accident ou d'une même maladie.

### ARTICLE 3 : Objet du Contrat

Le Contrat propose une assurance destinée à protéger un Assuré et sa famille contre les conséquences financières d'un accident grave ou d'une maladie (pour la Garantie hospitalisation uniquement).

A ce titre, le Contrat prévoit le versement :

- d'un capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ;
- d'un capital en cas d'incapacité permanente à partir d'un taux d'incapacité permanente d'au minimum 10%. L'incapacité permanente doit être constatée dans un délai de trois cent soixante-cinq (365) jours suivant la survenance de l'Accident ;
- d'un capital en cas de fracture ou de brûlure.

Le Contrat propose également une Garantie Hospitalisation destinée à faire face à la phase aiguë d'un accident ou d'une maladie qui entraîne une hospitalisation.

Le Contrat prévoit ainsi des indemnités journalières forfaitaires en cas

d'hospitalisation suite à un accident ou une maladie versées dès le 4ème jour d'hospitalisation, pour une durée maximale de soixante (60) jours pour un même accident ou une même maladie.

### ARTICLE 4 : Modification du Règlement Mutualiste, des cotisations et des prestations

La modification du Règlement Mutualiste, des cotisations et/ou des prestations est décidée par le Conseil d'administration de la Mutuelle conformément à ses statuts et est applicable dès qu'elle a été notifiée aux membres participants.

Ces informations pourront être communiquées aux Adhérents par courrier simple ou courrier électronique, par une insertion dans le magazine trimestriel de la Mutuelle, 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 le Courtier gestionnaire parmi lesquelles : adhésion par écrit sur support papier, téléphone avec enregistrement ou adhésion sur internet.

Peuvent adhérer aux Garanties les personnes physiques âgées entre dix-huit (18) et soixante-dix (70) ans dans le cadre d'une Formule individuelle (Adhérent seul) « Solo » ou « Sénior » (en fonction de l'âge de l'Adhérent), d'une Formule en couple « Duo » ou « Duo Sénior » (Adhérent ainsi que son conjoint en fonction de leur âge) ou d'une Formule « Famille » (constituée au maximum de six (6) personnes incluant l'Adhérent, le cas échéant son conjoint et ses enfants à charge) comme suit :

- Jusqu'à 59 ans inclus au jour de l'adhésion : l'Adhérent a la possibilité d'opter pour l'une des trois Formules « Solo », « Duo » et « Famille » ;
- De 60 à 70 ans inclus au jour de l'adhésion : l'Adhérent n'est éligible qu'aux Formules « Sénior » et « Duo Sénior ».

Sont considérés « enfants à charge » dans la Formule « Famille », les enfants âgés de moins de 18 ans (ou 25 ans s'ils poursuivent des études) et fiscalement à la charge de l'Adhérent.

### ARTICLE 6 : Prise d'effet et durée du Contrat

L'adhésion prend effet, sous réserve du règlement de la 1ère cotisation, à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion après validation de la Demande d'adhésion par le Courtier gestionnaire à la date d'enregistrement informatique de ladite Demande d'adhésion dûment complétée et signée (article L. 221-18 du Code de la mutualité relatif à la vente à distance).

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, soit jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet de l'adhésion. Elle se renouvelle annuellement par tacite reconduction jusqu'au

31 décembre de chaque année dans la limite :

- du soixante-dixième anniversaire de l'Adhérent pour les Garanties Incapacité permanente et PTIA,
- du soixante-quinzième anniversaire de l'Adhérent pour les Garanties Décès par accident, fractures et brûlures et Indemnités journalières en cas d'hospitalisation.

En cas d'incident de paiement sur la 1ère cotisation, la prise d'effet est reportée à la date d'encaissement effective du paiement. À défaut de régularisation dans un délai de trois (3) mois, l'adhésion est annulée dans tous ses effets.

### ARTICLE 7 : Prestations garanties

#### 7.1 : Montants garantis

Les montants garantis sont fonction de la Formule choisie par l'Adhérent lors de la signature de la Demande d'adhésion.

Garanties accident	Montant garanti Formule Essentielle	Montant garanti Formule Renforcée
Décès - PTIA	<b>10 000 €</b>	<b>50 000 €</b>
Incapacité permanente	<b>100 000 €</b> (pour un taux d'IP de 100% avec un taux minimum de 10%)*	<b>200 000 €</b> (pour un taux d'IP de 100% avec un taux minimum de 10%)**
Fractures	Montant forfaitaire jusqu'à <b>100 €</b>	Montant forfaitaire jusqu'à <b>500 €</b>
Brûlures des 2e et 3e degrés	Montant forfaitaire jusqu'à <b>100 €</b>	Montant forfaitaire jusqu'à <b>500 €</b>

\* Calcul de l'indemnisation en incapacité permanente accidentelle ; Pour un taux d'IPF de 25% : (25%\*100 000 €)=25 000€ ;

\*\* Calcul de l'indemnisation en incapacité permanente accidentelle ; Pour un taux d'IPF de 25% : (25%\*200 000€) = ; 50 000€.

Indemnités journalières pour accident ou maladie	Montant garanti Formule Essentielle	Montant garanti Formule Renforcée
<b>Adulte (Adhérent ou son conjoint )</b>	<b>50 €/jour</b>	<b>75 €/jour</b>
<b>Enfant</b>	<b>25 €/jour</b>	<b>37,5 €/jour</b>

## 7.2 : Garantie Décès accidentelle- PTIA accidentelle

Les enfants de moins de 12 ans ne sont pas éligibles à la Garantie Décès accidentelle.

En cas d'Incapacité Permanente suivie de PTIA et/ou du décès de l'Assuré, lié au même événement accidentel, le montant du capital qui sera dû au titre de la PTIA ou du décès sera versé sous déduction des sommes déjà réglées au titre de la Garantie Incapacité Permanente.

## 7.3 : Garantie Incapacité Permanente Fonctionnelle accidentelle

Pour ouvrir droit à indemnisation, le taux d'Incapacité Permanente Fonctionnelle reconnu à l'Assuré doit être supérieur ou égal à 10% et être consécutif d'un accident garanti.

## 7.4 : Garantie Hospitalisation

Les hospitalisations successives à moins de vingt (20) jours d'intervalle, dues au même Accident ou à la même maladie, sont considérées comme une seule et même hospitalisation.

Le versement de l'indemnité journalière reprendra à partir du 1er jour d'hospitalisation à la suite de rechute ou complication, sous réserve que le Contrat soit en vigueur.

### - Franchise pour les indemnités journalières d'hospitalisation

La Garantie Hospitalisation toutes causes prévoit un délai de franchise de 3 jours. L'indemnisation débute ainsi qu'à compter du 4ème jour d'Hospitalisation à l'issue de la franchise absolue de soixante-douze (72) heures consécutives d'Hospitalisation.

La durée maximale d'indemnisation est de soixante (60) jours.

### - Délai d'attente :

La Garantie Hospitalisation ne prend effet qu'après un délai d'attente d'un an en cas de maladie ou de maternité.

Ce délai est porté à dix-huit (18) mois si l'Assuré est exonéré du ticket modérateur par le régime d'assurance maladie obligatoire

## 7.5 : Garantie Fractures et Brûlures

Fractures	Montant garanti Formule Essentielle	Montant garanti Formule Renforcée
Col du fémur, bassin, colonne vertébrale (plus d'une vertèbre)	<b>100 €</b>	<b>500 €</b>
Crâne, genou, calcanéum, cheville	<b>45 €</b>	<b>225 €</b>
Mâchoire inférieure, épaule, jambe (tibia, péroné)	<b>30 €</b>	<b>150 €</b>
Vertèbre, omoplate, sternum, poignet, main (carpe), pied (tarse), fémur	<b>25 €</b>	<b>125 €</b>
Mâchoire supérieure, coccyx	<b>20 €</b>	<b>100 €</b>
Côte, clavicule, avant-bras, bras	<b>15 €</b>	<b>75 €</b>

Les prestations sont plafonnées à 100 € (ou 500€ selon le niveau de Garantie choisi) par accident.

Brûlures En cas de Brûlure de 2ème ou 3ème degré (surface de Brûlure estimée par la règle de neuf de Wallace et CIM 10)	Montant garanti Formule Essentielle	Montant garanti Formule Renforcée
A partir de 10% de la surface du corps	<b>Jusqu'à 100 €</b>	<b>Jusqu'à 500 €</b>

Les prestations sont plafonnées à 100 € (ou 500€ selon le niveau de Garantie choisi) par accident.

## ARTICLE 8 : Clause bénéficiaire

En cas de décès accidentel de l'Adhérent, le capital décès sera versé au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) par ce dernier.

Le(s) Bénéficiaire(s) est(sont) directement désigné(s) sur la Demande d'adhésion. L'Adhérent peut en changer par voie d'avenant. La désignation peut être effectuée par un acte sous seing privé ou un acte authentique. L'Adhérent peut modifier sa clause bénéficiaire à tout moment par lettre adressée au Courtier gestionnaire.

Lorsque le(s) Bénéficiaire(s) est(sont) nommément désigné(s), il est conseillé à l'Adhérent d'indiquer ses(leurs) coordonnées (date et lieu de naissance, nom de naissance, adresse) permettant d'entrer en contact avec lui(eux) en cas de décès.

Si l'Adhérent souhaite répartir le capital entre plusieurs Bénéficiaires, le décès de l'un d'entre eux entraîne la redistribution de son capital aux autres, proportionnellement à leurs parts respectives. L'attention de l'Adhérent est attirée sur l'importance attachée à la rédaction de la



clause bénéficiaire, notamment sur l'opportunité de prévoir un(des) Bénéficiaire(s) subséquent(s) en cas de décès du(des) Bénéficiaire(s) désigné(s).

La stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de la Garantie est attribué à un Bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation commune de celui-ci et de l'Adhérent, effectuée dans les conditions prévues au II de l'article L. 223-11 du Code de la mutualité, à savoir soit par un avenant signé du stipulant et du bénéficiaire, soit par acte authentique ou sous seing privé signé du stipulant et du bénéficiaire. Pendant la durée de l'opération d'assurance, après acceptation du bénéficiaire, l'Adhérent ne peut ni modifier la clause bénéficiaire, ni exercer sa faculté de rachat ou obtenir une avance sans l'accord du bénéficiaire acceptant.

A défaut de précision de l'Adhérent par voie d'avenant, les sommes dues à son décès seront versées selon la clause type suivante :

« *Mon conjoint non divorcé, non séparé de corps, non engagé dans une procédure de divorce ou de séparation de corps ou mon partenaire pacsé, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés (la représentation pouvant se réaliser en cas de décès avant acceptation du bénéfice du contrat ou en cas de renonciation à ce bénéfice) par parts égales, à défaut mes héritiers légaux.* »

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-25-4 du Code de la mutualité, à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par la Mutuelle du décès de l'Adhérent, le capital non réclamé est déposé à la Caisse des dépôts et consignations.

Ce dépôt est libératoire de toute obligation pour la Mutuelle, à l'exception des obligations en matière de conservation d'informations et de documents.

Six mois avant l'expiration de ce délai, la Mutuelle informera le(s) Bénéficiaire(s) de l'imminence de ce transfert.

Les sommes déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) Bénéficiaire(s) désigné(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt.

## ARTICLE 9 : Déclaration du sinistre

Pour prétendre à la prestation, le sinistre doit être expressément déclaré, par l'Adhérent ou toute autre personne agissant en son nom, dans un délai de un (1) mois suivant sa survenance, sauf en cas de force majeure.

La déclaration doit être adressée sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel » à l'adresse suivante :

### IMS – à l'attention du Médecin Conseil

3 rue Gustave Delory  
59000 LILLE Cedex

En retour, l'Adhérent ou le Bénéficiaire des prestations reçoit un formulaire de déclaration à retourner dûment complété et signé en y joignant les pièces justificatives conformément à l'article 10 du présent Règlement Mutualiste.

## ARTICLE 10 : Pièces justificatives exigées pour le paiement des prestations

Outre la réalisation de la déclaration du sinistre conformément à l'article 9 du présent Règlement Mutualiste, l'Adhérent ou le Bénéficiaire des prestations doit adresser au Gestionnaire de sinistre les pièces justificatives nécessaires au traitement du dossier, et notamment, sans exhaustivité :

### En cas de décès consécutif à un Accident :

- une copie intégrale de l'acte de décès de l'Adhérent,
- un certificat médical précisant la cause accidentelle du décès à

- retourner sous pli confidentiel au Médecin Conseil du Gestionnaire,
- la photocopie d'un document d'identité (Carte Nationale d'Identité, Passeport) en cours de validité du (des) Bénéficiaire(s),
- une pièce établissant la cause accidentelle du décès (rapport de police ou de gendarmerie, coupures de journaux...),
- un Relevé d'Identité Bancaire ou un relevé comportant les numéros IBAN et BIC au nom du Bénéficiaire,
- toutes pièces éventuellement requises au titre de la législation fiscale.

### En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie consécutive à un Accident :

- un rapport médical délivré par le médecin-traitant à retourner, par l'Adhérent, sous pli confidentiel au Médecin Conseil du Gestionnaire de sinistre. Ce certificat devra préciser l'origine, la nature, la date de début et le caractère définitif de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ainsi que l'état clinique actuel de l'Adhérent,
- un certificat médical attestant l'obtention définitive de la tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie,
- le cas échéant, la notification d'attribution d'une pension d'invalidité, 3e catégorie avec majoration pour tierce personne au titre de son régime propre d'assurance maladie,
- toutes pièces établissant de façon décisive la cause accidentelle de l'invalidité (ex : rapport de police),
- la photocopie d'un document d'identité (Carte Nationale d'Identité, Passeport) en cours de validité de l'Adhérent,
- un Relevé d'Identité Bancaire ou un relevé comportant les numéros IBAN et BIC au nom de l'Adhérent.

### En cas d'incapacité permanente consécutive à un Accident :

- un rapport médical délivré par le médecin-traitant à retourner, par l'Adhérent, sous pli confidentiel au Médecin Conseil du Gestionnaire de sinistre. Ce certificat devra préciser l'origine, la nature, la date de début et le caractère définitif de l'incapacité permanente ainsi que le taux de celle-ci,
- la photocopie d'un document d'identité (Carte Nationale d'Identité, Passeport) en cours de validité de l'Adhérent,
- un Relevé d'Identité Bancaire ou un relevé comportant les numéros IBAN et BIC au nom de l'Adhérent.

### En cas d'hospitalisation :

- un bulletin de situation 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,
- la photocopie d'un document d'identité (Carte Nationale d'Identité, Passeport) en cours de validité de l'Adhérent,
- un compte rendu d'hospitalisation,
- un Relevé d'Identité Bancaire ou un relevé comportant les numéros IBAN et BIC au nom de l'Adhérent.

### En cas de fractures et/ou brûlures :

- une déclaration écrite précisant les circonstances de l'Accident, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du Procès-Verbal,
- en cas de fracture, un certificat médical constatant la fracture ainsi que la copie du compte- rendu radiographique permettant le diagnostic,
- en cas de brûlure, le bulletin d'hospitalisation ou le compte rendu de l'intervention chirurgicale, compte rendu médical constatant le degré de la gravité de la ou des brûlure(s), le pourcentage de la surface du corps atteinte par la (les) brûlure(s) ainsi que les parties du corps atteintes par ce(s) brûlure(s).

- la photocopie d'un document d'identité (Carte Nationale d'Identité, Passeport) en cours de validité de l'adhérent,
- un Relevé d'Identité Bancaire ou un relevé comportant les numéros IBAN et BIC au nom de l'Adhérent.

Dans tous les cas, le Gestionnaire de sinistre se réserve le droit de demander tous renseignements ou pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires afin de se prononcer sur la Garantie et le cas échéant de procéder à son règlement.

## **ARTICLE 11 : Contrôle médical – Arbitrage**

### **11.1 Contrôle médical**

Les décisions de reconnaissance de la réalisation du risque prises par une tierce personne, ne s'imposent pas à la Mutuelle ou au Gestionnaire de sinistre.

Ce(tte) dernier(e) se réserve le droit de faire apprécier la réalisation du risque par tout médecin-expert de son choix qui évaluera l'état de santé de l'Adhérent.

Les frais engagés pour l'expertise médicale sont à la charge du Gestionnaire de sinistre.

Les médecins missionnés par le Gestionnaire de sinistre auront, à toute époque, un libre accès auprès de l'Adhérent pour procéder à tout contrôle et à toute expertise, sous peine de Déchéance de Garantie et de suspension du paiement des prestations en cours.

Dans le cas où l'Adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné par le Gestionnaire de sinistre doit avoir accès à son lieu de résidence pour pouvoir constater médicalement son état.

L'Adhérent doit toujours indiquer au Gestionnaire de sinistre l'adresse où il peut être joint et signaler tout changement d'adresse.

Si l'Adhérent est en désaccord avec les conclusions de l'expertise médicale initiale, il peut avoir recours à un autre médecin-expert, dont le choix devra être validé par le Gestionnaire de sinistre et qui procédera à une contre-expertise. Les frais occasionnés par cette contre-expertise sont à la charge de l'Adhérent.

### **11.2 Arbitrage**

En cas de désaccord entre les conclusions des deux médecins-experts, l'Adhérent ou le Gestionnaire de sinistre peut demander une tierce expertise. Les deux médecins experts s'adjoignent à cet effet un tiers expert.

Faute d'entente sur le choix de ce tiers expert, ce dernier sera désigné par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhérent.

Chaque partie paie les honoraires de son médecin expert et ceux du tiers expert sont supportés pour moitié par chacune des parties.

Les conclusions du tiers expert s'imposent aux parties et mettent un terme à la procédure d'arbitrage. En tout état de cause, l'Adhérent et le Gestionnaire de sinistre conservent la faculté d'exercer un recours en justice.

## **ARTICLE 12 : Cotisations**

### **12.1 : Détermination des cotisations**

Le montant de la cotisation due au titre du présent Contrat est celui figurant sur la Demande d'adhésion en fonction des Garanties choisies. Il est fixé par le Conseil d'administration conformément aux statuts de la Mutuelle.

La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes éventuels compris. Tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

### **12.2 : Révision des cotisations**

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.

Les cotisations sont révisables annuellement par la Mutuelle au 1er janvier de chaque année, sous réserve d'en informer l'Adhérent, en fonction :

- des résultats techniques du Contrat;
- d'une modification du niveau de Garanties ;
- des évolutions législatives (fiscales ou sociales).

Le nouveau tarif s'appliquera à chaque adhésion, sauf refus de l'Adhérent dans les conditions prévues à l'article 16.

### **12.3 : Paiement des cotisations**

La cotisation et ses accessoires sont à payer au plus tard dix (10) jours après la date d'échéance indiquée au Certificat d'adhésion.

La cotisation, figurant sur la Demande d'adhésion, est payable mensuellement, uniquement par prélèvement bancaire selon la date définie par l'Adhérent mentionnée également sur la Demande d'adhésion.

### **12.4 : 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.

La Mutuelle a le droit de résilier ses Garanties dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) 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 les frais de poursuites et de recouvrement de dix (10) euros.

## **ARTICLE 13 : 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 dénaturé 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 Demande d'adhésion.

## **ARTICLE 14 : Exclusions des Garanties**

### **14.1 : Exclusions communes à l'ensemble des Garanties**

**Sont exclues des Garanties les lésions corporelles résultant :**

- Des conséquences d'une tentative de suicide, d'une faute intentionnelle, ou du fait volontaire de l'Assuré ;
- Des conséquences d'un état de démence ;
- Des conséquences de faits de guerre civile ou étrangère (que la guerre soit déclarée ou non) ;



- Des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique ;
- De la participation active de l'Assuré à des émeutes, rixes, crimes, délits, actes de terrorisme, mouvements populaires, grèves ou actes de sabotage (sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel) ;
- Des conséquences de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- Des conséquences de la manipulation d'une arme à feu par l'Assuré ;
- De toutes suites et conséquences directes et indirectes de l'utilisation, la manipulation, le transport de produits dits dangereux, dont toutes substances nucléaires, chimiques, biologiques, explosives, corrosives, abrasives et les expositions à l'amiante.

Sont également exclues de l'ensemble des Garanties les professions ou activités suivantes :

- Les cascadeurs, pompiers, et tous les métiers ou activités exercés dans les domaines du transport de fonds, du cirque, de l'occultisme, de la surveillance armée, du maintien de l'ordre) ainsi que les militaires, dans l'exercice de leur fonction ;
- De l'usage d'explosifs, des travaux forestiers, des ouvrages d'art et de grande hauteur du bâtiment et travaux publics (plus de 15m de hauteur) ;
- Les conséquences de la pratique d'un sport à titre professionnel ou des sports suivants ; aviation légère ou sportive, vol à voile, U.L.M., parachutisme, deltaplane, parapente, sports de combat (boxe et arts martiaux), plongée sous-marine avec scaphandre autonome, compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre marin ou aérien, de l'alpinisme avec varappe ou randonnée, au-delà de 4 000 mètres ;
- Les conséquences de l'état d'ivresse, d'éthylisme ou d'alcoolémie (taux constaté égal ou excédant le taux prévu par la réglementation en vigueur lors du sinistre) ;
- Les conséquences des états sous l'emprise de stupéfiants ou substances analogues, médicaments ou traitements à doses non prescrites médicalement ;
- La pratique de sports (entraînements et épreuves) à titre professionnel ou à titre d'amateur rémunéré et la pratique des activités suivantes ; alpinisme ou sport des ascensions en montagne (cette notion recouvrant les sports listés ci-après : ascension de sommets en haute montagne, ski extrême, ski alpinisme, escalade, via ferrata), 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 (cette notion recouvrant les sports listés ci-après : arts martiaux, boxe, self-défense, escrime, lutte), sports de neige hors-piste, hippisme en compétition, saut à l'élastique, rafting, tout sport nécessitant un engin à moteur.

#### 14.2 : Exclusions propres à la Garantie Décès - PTIA :

Outre les exclusions du § 14 .1, l'utilisation en tant que pilote ou passager d'une moto de plus de 125 cm<sup>3</sup> est exclue de la Garantie Décès – PTIA.

#### 14.3 : Exclusions propres à la Garantie Fractures - Brûlures :

Outre les exclusions du § 14 .1, sont exclues du Contrat les lésions corporelles résultant :

- Des brûlures de 1er degré ;
- Des brûlures de 2ème et 3ème degré dues à une exposition au soleil ou l'utilisation d'un appareil quelconque de bronzage artificiel ;
- Des fractures dont serait victime un Assuré souffrant d'ostéogénèse imparfaite, d'une maladie osseuse de type cal, d'une hyper minéralisation osseuse, d'un cancer des os ou d'une ostéoporose ;

- Des fissures et micros-fissures (fêlures).

#### 14.4 : Exclusions propres à la Garantie Hospitalisation :

Outre les exclusions du § 14 .1, sont exclues du Contrat les hospitalisations résultant :

- De traitements d'entretien, de soins esthétiques, de séjours en centres de réadaptation et de rééducation fonctionnelle ou motrice, en maisons de repos, en centres ou maisons de convalescence, dans des établissements thermaux et maisons de retraite, en hôtel de cure ou établissement de postcure ;
- Des asthénies, d'états dépressifs, d'affections psychiatriques.
- De séjours effectués : en service de gériatrie, de gérontologie, de soins de suite et de réadaptation; en service psychiatrique ainsi que dans tout établissement défini comme centre de moyen ou de long séjour ;

En outre, ne sont pas couvertes les hospitalisations pour :

- Des bilans de contrôle, de suivi ou de traitement d'une affection chronique ;
- Des bilans de santé, des traitements esthétiques, des cures de désintoxication ou de sommeil.

### ARTICLE 15 : Modification du contrat à l'initiative de l'Adhérent

#### 15.1 : Modification des Garanties

En cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent peut demander à tout moment la modification de ses Garanties, à la hausse ou à la baisse.

Cette modification sera possible à l'issue de la première échéance dans la limite d'une modification tous les douze (12) mois d'adhésion.

En cas de modification du montant de sa Garantie, l'Adhérent doit adresser au Courtier gestionnaire une nouvelle Demande d'adhésion qui fera l'objet d'un autre Certificat d'adhésion mentionnant la Garantie choisie et le nouveau montant de sa cotisation.

Cette nouvelle Demande d'adhésion est subordonnée à l'accord du Courtier gestionnaire concrétisé par l'émission d'un nouveau Certificat d'adhésion sous réserve du paiement effectif des cotisations correspondantes.

Tout accident, ayant une date de survenance antérieure à la prise d'effet du nouveau Certificat d'adhésion, sera indemnisable, sous réserve de déclaration au Gestionnaire de sinistre et d'acceptation par ce dernier, sur la base des Garanties acquises antérieurement à la prise d'effet du nouveau Certificat d'adhésion et ce pendant toute la durée du sinistre (même événement accidentel).

#### 15.2 : Informations à communiquer au cours du Contrat

L'Adhérent devra communiquer en cours de Contrat, par courrier au Courtier gestionnaire, tout changement de domicile ou de domiciliation bancaire pour le prélèvement des cotisations. A défaut d'information, les communications faites par le Courtier gestionnaire ou le Gestionnaire de sinistre seront valablement adressées à l'Adhérent à son dernier domicile connu.

### ARTICLE 16 : Résiliation

#### 16.1 : Résiliation à l'initiative de l'Adhérent

- À chaque échéance annuelle, l'Adhérent a la faculté de résilier de plein droit son adhésion, par écrit, deux (2) mois au moins avant la date d'échéance ;
- À tout moment après un (1) an d'adhésion, l'Adhérent peut également résilier son adhésion. La résiliation prendra effet un (1) mois après la date de réception de sa demande ;
- En cas de modification de ses droits et obligations, conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, l'Adhérent peut résilier son adhésion dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle Notice ou de l'additif à la présente Notice. Dans ce cas, la résiliation ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux Garanties.

Toutes les demandes de résiliation doivent être adressées par lettre recommandée avec avis de réception adressée au Courtier gestionnaire, à l'adresse suivante :

**Média Courtage**

**CS 80003**

**29480 Le Relecq-Kerhuon**

La résiliation du Contrat entraîne la cessation des Garanties souscrites. Il est précisé que tout sinistre suite à Accident ou toute hospitalisation survenu après la date d'effet de la résiliation du Contrat se verra opposer un refus de prise en charge. Du fait de la résiliation, l'Adhérent perd tout droit aux services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par sa souscription.

L'Adhérent est redevable de la part de cotisation correspondant à la période jusqu'à laquelle ses garanties sont en vigueur. En cas de trop versé de sa part, un remboursement sera opéré par le Courtier gestionnaire.

### **16.2 : Résiliation à l'initiative de la Mutuelle**

En cas de non-paiement des cotisations par l'Adhérent, la Mutuelle peut résilier le Contrat dans les conditions prévues à l'article 12 du présent Règlement Mutualiste.

### **ARTICLE 17 : Cessation des Garanties**

Les Garanties cessent dès que survient l'un des événements suivants :

- Décès de l'Assuré,
- PTIA de l'Assuré,
- Résiliation de l'adhésion par l'Adhérent qui vaut pour l'Adhérent et les Assurés affiliés au titre de l'Adhérent,
- Résiliation de l'adhésion par la Mutuelle en cas de non-paiement de la cotisation,
- Dépassement de l'âge maximum de couverture.

Les limites sur les âges de couverture sont les suivantes, en fonction des Garanties :

- âges maximum de couverture en cas de décès par accident :
  - Pour l'Adhérent et son conjoint : à la date d'échéance annuelle qui suit le 75ème anniversaire de l'Assuré.
  - Pour les enfants de l'Adhérent : à la date d'échéance annuelle qui suit le 18ème ou le 25ème anniversaire de l'enfant assuré, tant qu'il remplit la condition d'être à la charge de l'Adhérent.
- âges maximum de couverture en cas d'incapacité permanente et PTIA accidentelles :
  - Pour l'Adhérent et son conjoint : à la date d'échéance annuelle qui suit le 70ème anniversaire de l'Assuré.
  - Pour les enfants de l'Adhérent : à la date d'échéance annuelle qui suit le 18ème ou le 25ème anniversaire de l'enfant assuré, tant qu'il remplit la condition d'être à la charge de l'adhérent.
- âges maximum de couverture en cas d'indemnités Journalières hospitalisation :
  - Pour l'Adhérent et son conjoint : à la date d'échéance annuelle qui suit le 75ème anniversaire de l'Assuré.
  - Pour les enfants de l'Adhérent : à la date d'échéance annuelle qui suit le 18ème ou le 25ème anniversaire de l'enfant Assuré, tant qu'il remplit la condition d'être à la charge de l'adhérent.
- âges maximum de couverture en cas de fractures et brûlures :
  - Pour l'Adhérent et son conjoint : à la date d'échéance annuelle qui suit le 75ème anniversaire de l'Assuré.
  - Pour les enfants de l'Adhérent : à la date d'échéance annuelle qui suit le 18ème ou le 25ème anniversaire de l'enfant Assuré, tant qu'il remplit la condition d'être à la charge de l'adhérent.

### **ARTICLE 18 : Territorialité**

Les Garanties sont acquises à condition que l'Assuré soit domicilié en France métropolitaine aux dates de souscription du contrat et de survenance de l'Accident.

Les Garanties sont accordées dans le monde entier pour tout déplacement, prévu pour une durée maximum de quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs ou non consécutifs, sur une période de douze (12) mois. En cas de maladie ou d'accident entraînant une hospitalisation hors de France métropolitaine, d'un pays membre de l'Union européenne ou de l'OCDE, les prestations ne sont dues que pour les jours d'hospitalisation postérieurs au rapatriement de l'Assuré en France métropolitaine.

Les prestations sont payables exclusivement en euros.

### **ARTICLE 19 : Prescription**

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité :

- Article L. 221-11 du Code de la mutualité : toutes actions dérivant du Contrat sont prescrites pour deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Adhérent, que du jour où le Gestionnaire de sinistre 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 du Participant, 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 le membre Participant ou l'Ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci. La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le Bénéficiaire n'est pas l'Adhérent et, dans les opérations relatives aux Accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les Ayants droit de l'Adhérent décédé.

- Article L. 221-12 du Code de la mutualité : 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 avis de réception adressée par la Mutuelle à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'Ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la Garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour

les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

### **ARTICLE 20 : Réclamation**

L'Adhérent ou le Bénéficiaire des prestations peut adresser une réclamation à son interlocuteur habituel.

En cas de réponse non satisfaisante, l'Adhérent ou le Bénéficiaire des prestations pourra adresser une réclamation par écrit au Courtier gestionnaire, lequel s'engage à accuser réception et à apporter une réponse dans les meilleurs délais à l'adresse suivante :

**Média Courtage**

**CS 80003**

**29480 Le Relecq-Kerhuon**

Le Courtier gestionnaire s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

En cas de désaccord à l'issue de cette procédure de réclamation interne, l'Adhérent ou le Bénéficiaire des prestations peut saisir le médiateur soit par courrier adressé à l'attention de Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15 soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>.

Après avoir vérifié le respect de la procédure de réclamation interne, le Médiateur examinera la demande de l'Adhérent ou du Bénéficiaire des prestations et rendra une proposition en toute équité et en toute indépendance.

### **ARTICLE 21 : Clause de sauvegarde**

Si des évolutions législatives, réglementaires ou liées à l'environnement économique étaient de nature à modifier substantiellement l'équilibre du contrat, le Conseil d'administration pourra modifier le présent Règlement Mutualiste conformément aux dispositions des statuts de LA FRANCE MUTUALISTE.

### **ARTICLE 22 : Loi applicable au Contrat**

La loi applicable au contrat est la loi française. Pour toutes difficultés relatives à son interprétation, sa validité et son exécution, le contrat sera soumis à l'application de la loi française.

### **ARTICLE 23 : Autorité de contrôle**

La Mutuelle et le Gestionnaire de sinistre sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – 75436 PARIS CEDEX 08.

### **ARTICLE 24 : Action de solidarité et d'entraide**

L'adhésion au contrat ouvre accès pour le membre participant à l'action de solidarité et d'entraide menée par la Mutuelle.

### **ARTICLE 25 : Protection des données personnelles**

Les données à caractère personnel recueillies au titre des Demandes d'adhésion sont exclusivement utilisées dans le cadre des activités de la Mutuelle, du Courtier gestionnaire ou du Gestionnaire de sinistre. Elles sont destinées à la Mutuelle, au Courtier gestionnaire ou au Gestionnaire de sinistre en tant que responsable du traitement et, éventuellement, aux mandataires, partenaires et/ou aux réassureurs de la Mutuelle.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales (sauf opposition).

La Mutuelle, le Courtier gestionnaire et le Gestionnaire de sinistre prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Elles sont régies par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, ainsi que le Règlement européen n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

L'Adhérent, figurant sur tout fichier informatique à l'usage de la Mutuelle, de ses mandataires, ses réassureurs ou ses partenaires peut demander communication, rectification ou encore exercer leur droit d'opposition pour des motifs légitimes à propos de toute information les concernant en s'adressant

- Soit au Gestionnaire de sinistre à l'adresse suivante :

**IMS – à l'attention du Médecin Conseil**

3 rue Gustave Delory

59000 LILLE Cedex

- Soit au Courtier gestionnaire à l'adresse suivante :

**Média Courtage**

**CS 80003**

**29480 Le Relecq-Kerhuon**

- Soit à la Mutuelle à l'adresse suivante :

**La France Mutualiste**

**Délégué à la Protection des Données Tour Pacific,**

**11-13 cours Valmy**

**92977 Paris La Défense Cedex**

L'Adhérent peut également s'opposer à tout démarchage commercial de la part de la Mutuelle, du Courtier gestionnaire ou du Gestionnaire de sinistre en formulant sa demande selon les mêmes modalités.

En outre, l'Adhérent a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel applicables après son décès.

Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales).

### **ARTICLE 26 : Droit d'opposition au démarchage téléphonique**

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, l'Adhérent est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- soit par voie postale, en écrivant à : société OPPOSETEL – service BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10000 TROYES ;
- soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : [bloctel.gouv.fr](http://bloctel.gouv.fr).

Cette inscription permet à l'Adhérent de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit. En, tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas au Gestionnaire de sinistre ou à la Mutuelle de joindre téléphoniquement l'Adhérent en cas de relations contractuelles préexistantes.

### **ARTICLE 27 : Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme**

La Mutuelle et ses partenaires s'engagent à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

A ce titre, la Mutuelle et ses partenaires seront tenus de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans ses livres ou les opérations portant sur des sommes dont elle sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou sont liées au financement du terrorisme.

# ANNEXE I

## BARÈME CONTINENTAL SCALE

Invalidité Permanente Totale	Pourcentage du capital assuré
Perte totale de la vue des deux yeux	100%
Folie totalement incurable	100%
Perte des deux bras ou des deux mains	100%
Surdité totale des deux oreilles	100%
Retrait de la mâchoire inférieure	100%
Perte de la parole	100%
Perte d'un bras et d'une jambe	100%
Perte d'un bras et d'un pied	100%
Perte d'une main et d'un pied	100%
Perte d'une main et d'une jambe	100%
Perte des deux jambes	100%
Perte des deux pieds	100%

Invalidité Permanente Partielle	Droit	Gauche
<b>Membres supérieurs</b>		
Perte d'un bras ou d'une main	60 %	50 %
Lésion définitive et incurable de l'os du bras	50 %	40 %
Paralysie du membre supérieur (lésion incurable des nerfs)	65 %	55 %
Paralysie totale du nerf circonflexe	20 %	15 %
Ankylose de l'épaule	40 %	30 %
Ankylose du coude : - en position favorable	25 %	20 %
Ankylose du coude : - en position défavorable	40 %	35 %
Lésion définitive et incurable des 2 os de l'avant-bras	40 %	30 %
Paralysie totale du nerf médian	45 %	35 %
Paralysie totale du nerf radial au nid de torsion	40 %	35 %
Paralysie totale du nerf radial de l'avant-bras	30 %	25 %
Paralysie totale du nerf radial de la main	20 %	15 %
Paralysie totale du nerf cubital	30 %	25 %
Ankylose du poignet : - en position favorable	20 %	15 %
Ankylose du poignet : - en position défavorable	30 %	25 %
Perte totale du pouce	20 %	15 %
Perte partielle du pouce	10 %	5 %
Ankylose totale du pouce	20 %	15 %
Amputation totale de l'index	15 %	10 %
Amputation des deux phalanges de l'index	10 %	8 %
Amputation de la phalangette de l'index	5 %	3 %
Amputation du pouce et d'un autre doigt autre que l'index	25 %	20 %
Amputation de deux doigts autres que le pouce et l'index	12 %	8 %
Amputation de trois doigts autres que le pouce et l'index	20 %	15 %
Amputation de quatre doigts y compris le pouce	45 %	40 %
Amputation de quatre doigts, le pouce non compris	40 %	35 %
Amputation du doigt médian	10 %	8 %
Amputation d'un doigt autre que le pouce, l'index ou le doigt médian	7 %	3 %

# ANNEXE I

## BARÈME CONTINENTAL SCALE

Invalidité Permanente Partielle	Pourcentage du capital assuré
<b>Membres inférieurs</b>	
Amputation de la cuisse (moitié supérieure)	60 %
Amputation de la cuisse (moitié inférieure) ou de la jambe	50 %
Perte totale d'un pied	45 %
Perte partielle d'un pied (désarticulation de l'os sous la cheville)	40 %
Perte partielle d'un pied (désarticulation médio-tarsale)	35 %
Perte partielle d'un pied (désarticulation tarso-métatarsale)	30 %
Paralysie totale et définitive d'un membre inférieur	60 %
Paralysie complète du nerf poplitique sciatique externe	30 %
Paralysie complète du nerf poplitique sciatique interne	20 %
Paralysie complète de deux nerfs poplitiques sciatiques	40 %
Ankylose de la hanche	40 %
Ankylose du genou	20 %
Lésion définitive et incurable de l'os de la cuisse	60 %
Lésion définitive et incurable des deux os de la jambe	60 %
Lésion définitive et incurable de la rotule (sans mouvements possibles)	40 %
Lésion définitive et incurable de la rotule (avec mouvements possibles)	20 %
Raccourcissement d'un membre inférieur : - d'au moins 5 cm	30 %
- de 3 à 5 cm	20 %
- de 1 à 3 cm	10 %
Amputation totale de tous les orteils	25 %
Amputation de quatre orteils, y compris le gros orteil	20 %
Amputation de quatre orteils, gros orteil non compris	10 %
Amputation du gros orteil	10 %
Amputation de deux orteils, gros orteil non compris	5 %
Amputation d'un orteil autre que le gros orteil	3 %
<b>Tête</b>	
perte de la substance osseuse du crâne dans toute son épaisseur :	
- surface d'au moins 6 cm <sup>2</sup>	40 %
- surface de 3 à 6 cm <sup>2</sup>	20 %
- surface de moins de 3 cm <sup>2</sup>	10 %
retrait partiel de la mâchoire inférieure	40 %
perte d'un œil	40 %
surdité complète d'une oreille	30 %

# ANNEXE II

## Montants Assurés et Tarifs

	<b>Garantie Accidents et hospitalisation Garantie Essentielle</b> : une couverture optimale pour couvrir les coups durs de la vie privée	<b>Garantie Accidents et hospitalisation Garantie Renforcée</b> : une couverture renforcée pour faire face à l'inattendu l'esprit serein
<b>Montants Assurés</b>	Décès et PTIA : 10 000 €	Décès et PTIA : 50 000 €
	Incapacité Permanente (dès 10%) : jusqu'à 100 000 €	Incapacité Permanente (dès 10%) : jusqu'à 200 000 €
	Hospitalisation toutes causes : 50 € par jour d'hospitalisation pour un adulte 25 € par jour d'hospitalisation pour un enfant	Hospitalisation toutes causes : 75 € par jour d'hospitalisation pour un adulte 37,50 € par jour d'hospitalisation pour un enfant
	Fractures : jusqu'à 100 € par accident	Fractures : jusqu'à 500 € par accident
	Brûlures 2ème et 3ème degré : jusqu'à 100 € par accident	Brûlures 2ème et 3ème degré : jusqu'à 500 € par accident

<b>Formule Solo</b>	Cotisation mensuelle : 6 €	Cotisation mensuelle : 11 €
<b>Formule Couple</b>	Cotisation mensuelle pour 2 personnes : 10 €	Cotisation mensuelle pour 2 personnes : 22 €
<b>Formule Famille *</b>	Cotisation mensuelle pour 2 personnes : 10 €	Cotisation mensuelle pour 2 personnes : 22 €
	Cotisation mensuelle pour 3 personnes : 13 €	Cotisation mensuelle pour 3 personnes : 27 €
	Cotisation mensuelle pour 4 personnes : 14 €	Cotisation mensuelle pour 4 personnes : 31 €
	Cotisation mensuelle pour 5 personnes : 16 €	Cotisation mensuelle pour 5 personnes : 34 €
	Cotisation mensuelle pour 6 personnes : 17 €	Cotisation mensuelle pour 6 personnes : 36 €
<b>Formule Sénior</b>	Cotisation mensuelle : 11 €	Cotisation mensuelle : 24 €
<b>Formule Duo Sénior</b>	Cotisation mensuelle pour 2 personnes : 19 €	Cotisation mensuelle pour 2 personnes : 43 €

\*2, 3, 4, 5 ou 6 personnes, adulte ou enfant, en fonction de la composition du foyer





# Assurance Accidents de la Vie LFM



[www.lafrancemutualiste.fr](http://www.lafrancemutualiste.fr)

Suivez-nous !



La France Mutualiste - Tour Pacific, 11-13 Cours Valmy - 92977 Paris La Défense Cedex - 01 40 53 78 00 - Mutuelle nationale de retraite et d'épargne soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 775 691 132.

