

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Mise à jour approuvée par le Conseil d'administration du 6 février 2024

Table des matières

Préambule.....	4
TITRE I – ADHÉSION À LA MUTUELLE	4
ARTICLE 1 – OBJET ET FORMATION DU CONTRAT MUTUALISTE	4
ARTICLE 1-1 – OBJET DU CONTRAT MUTUALISTE	4
ARTICLE 1-2 – MODALITES D’ADHESION	4
ARTICLE 1-3 – PRISE D’EFFET DE L’ADHÉSION	4
ARTICLE 1-4 – DURÉE ET RENOUELEMENT DE L’ADHESION	4
ARTICLE 1-5 – CONDITIONS D’ADHÉSION AUX GARANTIES.....	4
ARTICLE 1-6 – DROIT DE RENONCIATION EN CAS D’ADHESION A DISTANCE OU PAR VOIE DE DEMARCHAGE	5
ARTICLE 2 – MODIFICATIONS DU CONTRAT MUTUALISTE A L’INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT	5
ARTICLE 2-1 – CHANGEMENT DE SITUATION PERSONNELLE OU ADMINISTRATIVE	5
ARTICLE 2-2 – CHANGEMENT DE GARANTIE	6
ARTICLE 3 – MODIFICATION DU CONTRAT MUTUALISTE A L’INITIATIVE DE LA MUTUELLE	6
ARTICLE 3-1 – REVISION DECIDEE PAR LE CONSEIL D’ADMINISTRATION	6
ARTICLE 4 – MODALITES DE SUSPENSION, DÉMISSION ET RADIATION DU CONTRAT MUTUALISTE.....	6
ARTICLE 4-1 – SUSPENSION	6
ARTICLE 4-2 – DÉMISSION	6
ARTICLE 4-3 – RADIATION.....	7
ARTICLE 4-4 – CONSEQUENCES	7
TITRE II – COTISATIONS	8
ARTICLE 5 – DÉTERMINATION DES COTISATIONS	8
ARTICLE 5-1 – MONTANT DE LA COTISATION	8
ARTICLE 5-2 – LES COTISATIONS.....	8
ARTICLE 5-3 – STRUCTURE STANDARD DES COTISATIONS	8
ARTICLE 6 – PAIEMENT DES COTISATIONS.....	9
ARTICLE 6-1 – PAIEMENT DES COTISATIONS	9
ARTICLE 6-2 – DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION	9
ARTICLE 6-3 – FRAIS D’IMPAYÉS	10
TITRE III - PRESTATIONS ET SERVICES ASSOCIÉS	10
ARTICLE 7 – CONDITIONS DE REMBOURSEMENTDES PRESTATIONS	10
ARTICLE 7-1 – PRINCIPE DE REMBOURSEMENT	10
ARTICLE 7-2 – BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS MUTUALISTES.....	10
ARTICLE 7-3 – OUVERTURE DES DROITS.....	10
ARTICLE 7-4 – CESSATION DES DROITS.....	10
ARTICLE 7-5 – TÉLÉTRANSMISSION.....	10
ARTICLE 7-6 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT PAR LA MUTUELLE.....	11
ARTICLE 7-7 – JUSTIFICATIFS.....	11
ARTICLE 7-8 – TIERS PAYANT	11
ARTICLE 7-9 – RECOURS SUBROGATOIRE ACCIDENT	11
ARTICLE 7-10 – FORCLUSION	11
TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES	11
ARTICLE 8 – DÉLAI DE PRESCRIPTION.....	11
ARTICLE 9 – INFORMATIQUE ET LIBERTES	12
ARTICLE 10 – RÉCLAMATIONS, MÉDIATION.....	12
ARTICLE 10-1 – RÉCLAMATION.....	12
ARTICLE 10-2 – MÉDIATION.....	12
TITRE V – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES	13

ARTICLE 11 – GARANTIE ASSURÉE PAR LA MUTUELLE ET SERVICES	13
ARTICLE 11-1 – PRESTATION SOLIDARITE FAMILIALE	13
ARTICLE 11-2 – RESEAU DE SOINS	13
ARTICLE 12 – GARANTIES NON REGIES PAR LE PRESENT REGLEMENT	13
ARTICLE 12-1 – ASSISTANCE	13
ARTICLE 12-2 – GARANTIES DE PRÉVOYANCE	13
ARTICLE 12-3 – COMPLÉMENT RETRAITE MUTUALISTE (COREM)	14
ARTICLE 12-4 – GARANTIE FRAIS D’OBSEQUES.....	14
ARTICLE 13 – ALLOCATION DE FIDÉLITÉ.....	14
ARTICLE 14 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	14
ARTICLE 15 – AUTORITE DE CONTROLE	14

Préambule

Le présent règlement mutualiste est établi en application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité et de l'article 4 des statuts de La Mutuelle Familiale. Il détermine le fonctionnement du régime des opérations individuelles proposées par la Mutuelle et définit à ce titre, le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Le présent règlement mutualiste est complété du tableau des garanties et des cotisations et de la liste des justificatifs nécessaires au remboursement des prestations, le tout constituant un ensemble indivisible.

TITRE I – ADHÉSION À LA MUTUELLE

ARTICLE 1 – OBJET ET FORMATION DU CONTRAT MUTUALISTE

ARTICLE 1-1 – OBJET DU CONTRAT MUTUALISTE

Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte d'adhésion au contrat mutualiste. Le contrat mutualiste a pour objet de faire bénéficier l'adhérent et ses ayants droit résidant habituellement en France, pendant la période de garantie, de prestations santé, complémentaires ou non au remboursement du régime obligatoire français ou luxembourgeois d'assurance maladie, selon la garantie choisie et dans les conditions définies ci-après. Il est constitué des statuts, du règlement intérieur, du règlement mutualiste complété de ses annexes : tableau des garanties et des cotisations et de la liste des justificatifs nécessaires au remboursement des prestations. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation de l'ensemble de ces stipulations. Le présent contrat mutualiste est régi par la loi française conformément aux dispositions des articles L. 225-2 et L. 225-3 du code de la mutualité.

ARTICLE 1-2 – MODALITES D'ADHESION

L'adhésion est réservée aux personnes physiques résidant habituellement en France et affiliées à un régime obligatoire français ou luxembourgeois d'assurance maladie.

Conformément à l'article 7 des statuts, elle est demandée à l'aide du bulletin d'adhésion retourné dûment complété et signé. Toute personne qui fait acte d'adhésion acquiert ainsi la qualité de membre participant. Les membres participants bénéficient des prestations de la mutuelle et peuvent en faire bénéficier leurs ayants-droits, nommément désignés au bulletin d'adhésion. Le bulletin d'adhésion mentionne, notamment la garantie choisie.

De même, toute personne physique qui adhère à la Mutuelle, dans le cadre du dispositif de Complémentaire santé solidaire (CSS), acquiert également la qualité de membre participant.

ARTICLE 1-3 – PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion retourné dûment complété et signé. La garantie est acquise à cette même date, sauf délais de carence spécifiques à certaines garanties.

En cas d'adhésion à distance, conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, la garantie ne pourra être acquise qu'après un délai de 14 jours calendaires révolus suivant la date d'adhésion (cachet de la poste faisant foi), sauf demande d'exécution anticipée exprimée par l'adhérent.

Dans tous les cas, en cas d'envoi du bulletin d'adhésion par voie postale, la date d'effet de la garantie ne saurait être antérieure à la date de réception (cachet de la poste faisant foi). En cas d'adhésion en cours de mois, la cotisation mensuelle est ainsi déterminée à due proportion du nombre de jours restant à courir à compter de l'adhésion.

ARTICLE 1-4 – DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

Le contrat mutualiste vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Il est renouvelé annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation dans les conditions définies au présent règlement et statuts.

Par exception, l'échéance de la gamme CAMPUS intervient au 31 août de chaque année et est renouvelé par tacite reconduction au 1^{er} septembre de chaque année.

ARTICLE 1-5 – CONDITIONS D'ADHÉSION AUX GARANTIES

Le présent règlement mutualiste s'applique à l'ensemble des garanties individuelles, ouvertes comme fermées à la commercialisation, assurées par la Mutuelle Familiale.

- Parmi les garanties ouvertes à la commercialisation :

Les gammes SANTÉHO et LMF SANTE sont ouvertes à tous les adhérents sans limite d'âge à l'adhésion. Les garanties de la gamme SANTÉHO sont soumises à un délai d'attente de 6 mois qui court à compter de la date d'effet d'adhésion à la gamme.

La gamme LMF Santé est composée :

- d'une part, de quatre garanties socles : LMF Santé 1, 2, 3 et 4 et d'une option « pharmacie à 15% (service médical rendu faible) automédication » en inclusion. Le membre participant dispose de la faculté de conserver ou de renoncer à cette option au moment de son adhésion.
- Et d'autre part, de deux renforts (pack hospitalisation, et pack dépassements d'honoraires). Ces garanties optionnelles permettent au membre participant de renforcer le niveau de ses remboursements. Le renfort du pack hospitalisation est soumis à un délai d'attente de 2 mois qui court à compter de la date d'effet de l'adhésion au renfort.

La garantie COMPLÉTO est une surcomplémentaire, qui s'adresse aux personnes bénéficiant d'un contrat santé de rang 1, souscrit auprès d'autres organismes assurantiels. Elle est acquise après un délai d'attente de 3 mois.

Les garanties des gammes TERREA, SOLEC et LMF TERRI s'adressent exclusivement aux agents et aux retraités des collectivités territoriales, dans le cadre de l'application du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Les garanties MINE E et MINE F de la gamme MINE s'adressent exclusivement aux bénéficiaires du régime minier.

Les garanties de la gamme FRONTEA s'adressent exclusivement aux personnes résidant en France et travaillant au Luxembourg.

L'adhésion aux garanties LMF Campus 1, 2, 3, 4 et 5 de la gamme LMF Campus est exclusivement ouverte aux étudiants âgés entre 16 et 30 ans. La gamme LMF Campus ne permet pas d'assurer la couverture d'éventuels ayants-droit

- Parmi les garanties fermées à commercialisation :

La gamme AS comprenant les garanties AS1 à AS4	La gamme PS comprenant les garanties PS1 à PS2
La gamme BS comprenant les garanties BS1 à BS4	La gamme QS comprenant les garanties QS1 à QS2
La gamme CS comprenant les garanties CS1 à CS3	La garantie RS1
La gamme DS comprenant les garanties DS1 à DS4	La garantie SS1
La gamme ES comprenant les garanties ES1 à ES4	La garantie TS1
La gamme FS comprenant les garanties FS1 à FS4	La garantie US1
La gamme GS comprenant les garanties GS1 à GS4	La garantie VS1
La gamme HS comprenant les garanties HS1 à HS3	La garantie WS1
La gamme IS comprenant les garanties IS1 à IS2	La garantie XS1
La gamme JS comprenant les garanties JS1 à JS2	La garantie YS1
La gamme KS comprenant les garanties KS1 à KS2	La garantie ZS1
La garantie LS2	La garantie AAS1
La gamme MS comprenant les garanties MS1 à MS2	La garantie ABS1
La gamme NS comprenant les garanties NS1 à NS2	La garantie ACS1
La gamme OS comprenant les garanties OS1 à OS2	La garantie ADS1

Les garanties BASIC, CLASSIC, TONIC, ÉNERGIC et DYNAMIC de la gamme DÉCLIC, ainsi que la garantie DÉCLIC (option non responsable) sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2019.

Les garanties NOVA, NOVA OPTIQUE + et NOVA DENTAIRE + sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2019.

Les garanties OMÉGA O1, OMÉGA O2, OMÉGA O3 et OMÉGA O4 sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2019.

Les garanties NEOVIA 1, NEOVIA 2, NEOVIA 3 sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2019.

Les garanties MDM Option 1, MDM Option 2, MDM Option 3 et MDM Option AZUR de l'offre Classique sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2022.

Les garanties MDM Option Jeune Base et MDM Option Jeune Plus de l'offre Jeunes sont fermées à la commercialisation à effet du 31 décembre 2022.

ARTICLE 1-6 – DROIT DE RENONCIATION EN CAS D'ADHESION A DISTANCE OU PAR VOIE DE DEMARCHAGE

Conformément aux dispositions des articles L. 221-18 et L. 221-18-1 du Code de la mutualité, en cas d'adhésion à distance ou suivant un démarchage, le membre participant peut renoncer à son adhésion pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat. Cette renonciation doit être faite par :

- lettre recommandée avec accusé de réception, datée et signée, envoyée à l'adresse suivante : La Mutuelle Familiale - 52, rue d'Hauteville – 75487 Paris cedex 10,
- ou par envoi recommandé électronique, avec accusé de réception à : courrierAR@mutuelle-familiale.fr.

L'exercice du droit de renonciation met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la demande. Toutefois, ce droit ne peut plus être exercé lorsque le membre participant demande l'exécution anticipée de ses garanties en cas d'adhésion à distance, ou lorsque sa garantie est mise en œuvre en connaissance de cause par lui-même et ses ayants droit, en cas de démarchage.

En cas de renonciation, le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. Ce montant proratisé est déterminé en jours calendaires. La Mutuelle restitue alors le solde des sommes versées dans un délai de trente jours calendaires révolus, à compter de la date de fin d'adhésion.

ARTICLE 2 – MODIFICATIONS DU CONTRAT MUTUALISTE A L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT

ARTICLE 2-1 – CHANGEMENT DE SITUATION PERSONNELLE OU ADMINISTRATIVE

La modification des mentions portées au bulletin d'adhésion peut être demandée par écrit en cas de changement de situation personnelle ou administrative du membre, résultant notamment :

- de la situation familiale,
- d'un changement d'adresse ou de domiciliation bancaire,
- d'un changement de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoire français ou luxembourgeois.

Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements. La modification prend effet dès réception de la demande (cachet de la poste faisant foi).

Toute demande d'affiliation d'un ayant-droit en qualité de bénéficiaire en cours de mois donnera lieu au paiement, par l'adhérent, de la cotisation mensuelle déterminée à due proportion du nombre de jours restant à courir à compter de l'adhésion. Cette affiliation peut néanmoins être sollicitée pour le 1^{er} du mois suivant. La cotisation correspondante ne sera alors due qu'à compter de cette date.

Toutefois, le nouveau-né et l'enfant adopté peuvent être couverts dès le jour de la naissance ou de l'adoption, dès lors que la demande d'affiliation est adressée à la Mutuelle dans les trois mois suivant la survenance effective de l'évènement.

ARTICLE 2-2 – CHANGEMENT DE GARANTIE

La garantie choisie par le membre participant s'exerce dans le cadre de l'année civile ou universitaire (1^{er} septembre au 31 août). Toutefois, le membre participant a la possibilité de solliciter, à tout moment, un changement de garantie (niveau de garantie ou de renfort) vers un niveau supérieur ou inférieur à celui précédemment souscrit.

Pour le membre participant ayant moins d'un an d'ancienneté au sein de la Mutuelle, un changement de garantie vers un niveau supérieur ou inférieur à celui précédemment souscrit ne peut intervenir qu'après une année d'adhésion, sauf changement de situation prévue à l'article 2-1.

Les demandes de changement de niveau de garantie et /ou de renfort optionnel (ajout ou suppression) sont acceptées sans toutefois pouvoir dépasser une demande par date d'anniversaire du contrat. En cas de demande d'ajout d'un renfort optionnel, la prise d'effet du renfort ne pourra intervenir qu'à compter du premier jour du mois suivant la demande du membre participant. En cas de changement de garantie, toute demande de prestation sera appréciée par référence à la date des soins dont le remboursement est sollicité.

Pour tout changement de garantie, un nouveau bulletin adhésion est signé par le membre participant.

Par exception, un changement de garantie est possible à tout moment, sans condition d'ancienneté, pour les agents et les retraités des collectivités territoriales souhaitant bénéficier d'une garantie labellisée dans le cadre de l'application du décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Cette exception s'applique uniquement aux agents et retraités des collectivités territoriales ne bénéficiant pas déjà d'une garantie labellisée proposée par la Mutuelle.

Pour tout changement de garantie, un nouveau bulletin d'adhésion est signé par le membre participant.

ARTICLE 3 – MODIFICATION DU CONTRAT MUTUALISTE A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

ARTICLE 3-1 – REVISION DECIDEE PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Conformément à ses prérogatives décrites à l'article 32 des statuts, le Conseil d'administration de la Mutuelle est compétent en matière d'adoption et révision du règlement mutualiste, des montants ou taux des cotisations et des prestations des opérations individuelles dans le respect des règles fixées par l'Assemblée générale.

Toute évolution législative, réglementaire ou technique venant à modifier la portée des engagements de la Mutuelle, pourra entraîner en conséquence, une révision des montants ou taux des cotisations, des prestations garanties des conditions d'ouverture du droit à prestation et plus largement du règlement mutualiste et de ses annexes.

Ces modifications sont applicables de plein droit à compter de leur notification aux membres participants.

ARTICLE 4 – MODALITES DE SUSPENSION, DÉMISSION ET RADIATION DU CONTRAT MUTUALISTE

ARTICLE 4-1 – SUSPENSION

La garantie et le paiement des cotisations y afférent peuvent être suspendus lorsque le membre participant est sans activité. Cette demande est réalisée par écrit et justifiée par une attestation du Pôle Emploi ou assimilé pour le régime luxembourgeois. La suspension a une durée maximale de 2 ans.

A l'issue de cette période, les droits du membre participant seront rouverts, sous réserve du respect de ses obligations (notamment paiement de la cotisation). Les soins dont la date de référence est antérieure à la date de réouverture des droits ne feront l'objet d'aucune prise en charge.

En cas de non-paiement de la cotisation au terme de la période de suspension, le contrat sera résilié dans les conditions définies à l'article 6-2 du présent règlement.

ARTICLE 4-2 – DÉMISSION

Conformément à l'article 9 des statuts, l'adhérent peut mettre fin à sa garantie ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant à la Mutuelle une lettre ou un courriel, avant le 31 octobre de l'année (ou avant le 30 juin en année universitaire d'adhésion) minuit, cachet de la poste faisant foi. La résiliation prendra effet le 31 décembre (ou avant le 31 août en année universitaire d'adhésion) à minuit.

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

L'adhérent peut également mettre fin à sa garantie, sans frais ni pénalités, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de sa première adhésion. Ce délai d'un an est renouvelé en cas de changement de niveau de garantie et en cas d'ajout ou de suppression de renfort optionnel demandé par l'adhérent. Dans ce cas, un nouveau bulletin d'adhésion est rempli et signé par l'adhérent.

La démission prend effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant. Le membre participant reste redevable de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la démission.

Toute demande de démission doit être adressée à la Mutuelle par lettre, par courriel ou tout autre moyen mentionné à l'article L.221-10-3 du code de la mutualité.

ARTICLE 4-3 – RADIATION

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les statuts subordonnent l'admission ou dont les garanties ont pris fin dans les conditions mentionnées aux articles L. 221-17 et L. 221-7 du Code de la mutualité.

1. Cas particulier du décès

Le décès d'un membre participant entraîne sa radiation. Cette radiation prend effet au lendemain de la date de survenance de l'évènement. Pour que cette radiation puisse être prise en compte, une copie de l'acte de décès doit être transmise à la Mutuelle. Dans ce cadre, l'adhésion du membre participant prend fin.

Les ayants-droit du membre participant décédé peuvent solliciter le bénéfice de la garantie précédemment souscrite ou se voir proposer l'adhésion à une autre garantie répondant à leurs besoins.

Dès lors, les ayants-droit adhèrent au contrat mutualiste et prennent la qualité de membre participant de la Mutuelle.

2. Modification du risque

Conformément à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties en cas de survenance d'un des évènements suivants :

- changement de domicile,
- changement de situation ou de régime matrimonial,
- changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Il ne peut être mis fin à l'adhésion que si le risque garanti est en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouve pas dans la situation nouvelle. Autrement dit, le changement de situation doit nécessairement affecter le montant des cotisations ou le paiement des prestations.

Il peut également être mis fin à l'adhésion par le membre participant dans les cas particuliers suivants :

- adhésion à un contrat collectif obligatoire dans le cadre d'un contrat de travail à durée indéterminée (sur présentation d'une attestation d'appartenance à un contrat collectif obligatoire),
- bénéfice de la complémentaire santé solidaire (CSS).

La radiation ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. Elle est réalisée par lettre ou par courriel précisant la nature et la date de l'évènement invoqué, accompagnée des justificatifs correspondants.

Dans ce cadre, la fin de l'adhésion est soumise à la restitution des cartes de tiers payant remises par la mutuelle et prend effet au jour de réception de la demande (cachet de la poste faisant foi), sauf cas de la CSS où la date prise en compte est celle de la survenance de l'évènement.

3. Non-paiement des cotisations

La radiation du membre participant peut intervenir en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité et selon la procédure décrite à l'article 6-2 du présent règlement.

4. Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

La demande de radiation d'un ayant droit doit en principe être réalisée par lettre ou par courriel moyennant un délai de préavis de deux mois avant le 31 décembre de l'année.

A titre exceptionnel, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, le membre participant peut demander la radiation d'un ayant-droit en cours d'année, pour les cas suivants : séparation, décès, départ du foyer fiscal, mariage, adhésion à un contrat collectif obligatoire d'entreprise, bénéfice de la complémentaire santé solidaire (CSS), souscription d'un contrat individuel auprès de la mutuelle.

Cette radiation sera effective à compter de la réception de la demande (cachet de la poste faisant foi). Une nouvelle carte de tiers payant, mettant à jour les ayants droit, sera éditée et envoyée à l'adhérent, qui devra restituer son ancienne carte de tiers payant à réception de la nouvelle.

Dans ce cadre, la garantie reste maintenue en qui concerne le membre participant et les autres bénéficiaires nommément désignés à la garantie.

ARTICLE 4-4 – CONSEQUENCES

Aucune prestation ne peut être servie après date d'effet de la démission, ou décision de suspension, radiation ou exclusion intervenant en application de l'article 11 des statuts, hormis celles pour lesquelles les conditions d'ouverture de droit étaient antérieurement réunies.

Toute sortie en cours de mois donne lieu au remboursement de la partie de cotisation concernant la période pendant laquelle le risque ne court plus.

TITRE II – COTISATIONS

Dispositions communes

ARTICLE 5 – DÉTERMINATION DES COTISATIONS

ARTICLE 5-1 – MONTANT DE LA COTISATION

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée notamment à la couverture des prestations assurées par la Mutuelle. Selon la garantie souscrite, la cotisation annuelle est fixée en fonction de la composition familiale, de l'âge du membre, du régime obligatoire d'assurance maladie (régime général, régime Alsace-Moselle, régime spécial ou régime luxembourgeois) et du lieu de résidence au moment de l'appel de cotisation annuel. A cette cotisation peuvent s'ajouter, le cas échéant, celles dues au titre de contrats collectifs souscrits par la Mutuelle au bénéfice de ses membres, en application de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité ainsi que tous accessoires prévus par toute convention, ou par la législation et la réglementation en vigueur, tels que les impôts et les taxes. Les membres honoraires s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle de 23 euros. La cotisation est payable en une seule fois par chèque bancaire ou postal ou par virement, selon les modalités précisées dans le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 5-2 – LES COTISATIONS

La cotisation est déterminée par tranche d'âge ou millésime selon les garanties. Le passage au tarif de la tranche d'âge supérieure s'effectue au 1er janvier de l'année qui suit la date anniversaire de l'âge de référence du membre participant, tel que mentionné à l'annexe cotisation du présent règlement mutualiste.

L'âge de référence correspond à l'âge de l'assuré au 31 décembre de l'année N-1.

ARTICLE 5-3 – STRUCTURE STANDARD DES COTISATIONS

Pour les contrats prenant en compte les compositions familiales et les tranches d'âges, celles-ci se déclinent de la manière suivante :

- | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|
| - 1 assuré(e) | - couple : deux adultes |
| - 1 assuré(e) + 1 enfant à charge | - couple + 1 enfant à charge |
| - 1 assuré(e) + 2 enfants à charge | - couple + 2 enfants à charge |
| - 1 assuré(e) + 3 enfants à charge | - couple + 3 enfants et plus à charge |

Pour l'ensemble des garanties, aucune cotisation n'est due au titre du troisième enfant et des suivants, régulièrement inscrits à La Mutuelle Familiale.

Pour les garanties de la gamme SANTÉHO, douze tranches d'âge sont instaurées :

- | | | |
|-------------------|------------------|------------------|
| - moins de 19 ans | - de 50 à 59 ans | - de 75 à 79 ans |
| - de 20 à 29 ans | - de 60 à 64 ans | - de 80 à 84 ans |
| - de 30 à 39 ans | - de 65 à 69 ans | - de 85 à 89 ans |
| - de 40 à 49 ans | - de 70 à 74 ans | - 90 ans et plus |

Pour la garantie COMPLÉTO, sept tranches d'âge sont instaurées :

- | | | |
|-------------------|------------------|------------------|
| - moins de 19 ans | - de 40 à 49 ans | - 70 ans et plus |
| - de 20 à 29 ans | - de 50 à 59 ans | |
| - de 30 à 39 ans | - de 60 à 69 ans | |

Pour les garanties de la gamme MINE, la structure des cotisations tient compte du régime de sécurité sociale d'affiliation et de la composition familiale :

- | | |
|------------------|------------------------|
| - famille mineur | - famille veuve mineur |
|------------------|------------------------|

Pour les garanties de la gamme FRONTEA, quinze tranches d'âge sont instaurées :

- | | | |
|-------------------------|------------------|----------------|
| - enfant jusqu'à 15 ans | - de 36 à 40 ans | de 61 à 65 ans |
| - de 16 à 19 ans | - de 41 à 45 ans | de 66 à 70 ans |
| - de 20 à 25 ans | - de 46 à 50 ans | de 71 à 75 ans |
| - de 26 à 30 ans | - de 51 à 55 ans | de 76 à 80 ans |
| - de 31 à 35 ans | - de 56 à 60 ans | plus de 80 ans |

Pour les garanties de la gamme LMF SANTE, seize tranches d'âge sont instaurées :

- | | | | |
|--------------------------|----------------|----------------|------------------|
| - Enfants jusqu'à 19 ans | - de 41-45 ans | - de 66-70 ans | - plus de 90 ans |
| - de 20-25 ans | - de 46-50 ans | - de 71-75 ans | |
| - de 26-30 ans | - de 51-55 ans | - de 76-80 ans | |
| - de 31-35 ans | - de 56-60 ans | - de 80-85 ans | |
| - de 36-40 ans | - de 61-65 ans | - de 85-90 ans | |

Pour les garanties de la gamme Campus, la cotisation retenue est unique au sein de chaque garantie composant la gamme :

- 6 € par mois pour Campus 1
- 12 € par mois pour Campus 2
- 27,5 € par mois pour Campus 3
- 35,5 € par mois pour Campus 4
- 49,5 € par mois pour Campus 5

Pour les garanties de la gamme TERREA, seize tranches d'âge sont instaurées :

- Enfants jusqu'à 19 ans*
- moins de 20 ans
- de 21-25 ans
- de 26-30 ans
- de 31-35 ans
- de 36-40 ans
- de 41-45 ans
- de 46-50 ans
- de 51-55 ans
- de 56-60 ans
- de 61-65 ans
- de 66-70 ans
- de 71-75 ans
- de 76-80 ans
- de 81-84 ans
- 85 ans et plus

Pour les garanties de la gamme SOLEC, neuf tranches d'âge sont instaurées :

- Enfants jusqu'à 19 ans*
- moins de 20 ans
- de 20 à 29 ans
- de 30 à 39 ans
- de 40 à 49 ans
- de 50 à 59 ans
- de 60 à 69 ans
- de 70 à 79 ans
- de 80 ans et plus

* jusqu'à 28 ans sous réserve de remplir les conditions définies à l'article 6-1 des statuts

Pour les garanties de la gamme LMF TERRI, quatorze tranches d'âge sont instaurées :

- Enfants jusqu'à 19 ans*
- de 16 à 25 ans
- de 26 à 30 ans
- de 31 à 35 ans
- de 36 à 40 ans
- de 41 à 45 ans
- de 46 à 50 ans
- de 51 à 55 ans
- de 56 à 60 ans
- de 61 à 65 ans
- de 66 à 70 ans
- de 71 à 75 ans
- de 76 à 80 ans
- 81 ans et plus

* jusqu'à 28 ans sous réserve de remplir les conditions définies à l'article 6-1 des statuts

Pour l'ensemble des garanties individuelles fermées, douze tranches d'âges sont instaurées :

- de 16 à 24 ans
- de 25 à 29 ans
- de 30 à 39 ans
- de 40 à 49 ans
- de 50 à 59 ans
- de 60 à 64 ans
- de 65 à 69 ans
- de 70 à 74 ans
- de 75 à 79 ans
- de 80 à 84 ans
- de 85 à 89 ans
- 90 ans et plus

ARTICLE 6 – PAIEMENT DES COTISATIONS

ARTICLE 6-1 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est annuel. Les membres participants s'acquittent de son montant par chèque, carte ou virement bancaire. La première cotisation est payable à l'adhésion. Les autres cotisations doivent être payées à l'échéance annuelle.

Toutefois, le montant de la cotisation annuelle peut être réglé par fractionnement mensuel, par prélèvement automatique sur un compte bancaire ou postal.

Le règlement de la cotisation est nécessairement effectué par le biais d'un compte bancaire ou d'un instrument de paiement ouvert ou délivré par un organisme financier domicilié, enregistré ou établi dans l'Espace Economique Européen.

La cotisation doit alors être réglée aux dates et modalités prévues à l'échéancier, envoyé à chaque échéance annuelle à l'adhérent. Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation. Les cotisations sont dues terme à échoir.

La proratisation des cotisations est applicable dans les relations entre la Mutuelle et le membre participant.

Le dispositif de proratisation tient nécessairement compte des dates d'entrée et sortie du contrat en cours de mois pour le membre participant et, le cas échéant, pour ses ayants droit.

Dans ce cadre, le calcul de la cotisation mensuelle est effectué au 30ème du mois, quel que soit le nombre de jours dans le mois. Son montant est le produit des facteurs suivants : cotisation exprimée en mois plein et nombre de jours de présence sur le contrat, rapporté à la valeur de 30.

Les garanties d'assistance intégrées au présent contrat bénéficient des mêmes mesures.

ARTICLE 6-2 – DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation, due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie peut être suspendue 30 jours après la mise en demeure du membre. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La Mutuelle est en droit de résilier la garantie au plus tôt 10 jours après la suspension de cette dernière. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai 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 est payée à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

ARTICLE 6-3 – FRAIS D'IMPAYÉS

En cas d'impayés, les frais afférents sont à la charge de l'adhérent.

TITRE III - PRESTATIONS ET SERVICES ASSOCIÉS

ARTICLE 7 – CONDITIONS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 7-1 – PRINCIPE DE REMBOURSEMENT

La nature, les montants et taux des prestations garanties figurent au tableau des prestations ci-annexé, faisant partie intégrante du présent règlement. Les prestations délivrées par la Mutuelle dépendent de la garantie choisie. Les frais de santé ne donnant pas lieu à prise en charge au titre du régime obligatoire d'assurance maladie ne font pas l'objet d'un remboursement complémentaire, sauf les prestations expressément décrites dans le règlement des garanties et figurant au tableau des prestations de la garantie choisie.

Les prestations non consommées, dans le cadre de l'année d'adhésion, ne font l'objet d'aucun report.

Conformément à l'article L. 224-8 du Code de la mutualité, les remboursements de frais de soins ont un caractère indemnitaire. L'indemnité due par la Mutuelle ne peut excéder le montant des frais à la charge du membre participant.

La Mutuelle intervient pour des frais médicaux engagés en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer et au Luxembourg, lorsque la garantie souscrite le prévoit et dans les conditions prévues au règlement de la garantie en annexe. Les frais engagés hors de France ou hors du Luxembourg sont pris en charge sous réserve que l'adhérent relève d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ou luxembourgeois et dans les limites prévues par le présent règlement. Le remboursement de la Mutuelle intervient alors en complément de celui du régime obligatoire français, sur présentation :

- de la facture mentionnant les actes dispensés traduits en français et le montant de la part laissée à la charge de l'adhérent exprimé en euros, lors d'un séjour dans un pays de l'EEE (Espace Économique Européen),
- du décompte du régime obligatoire français ou luxembourgeois lors d'un séjour dans un pays hors espace économique européen,
- pour les frais médicaux relatifs à des actes non remboursés par le régime obligatoire mais expressément pris en charge par la garantie de l'adhérent, le remboursement se fait à partir d'une facture détaillée, traduite en français le cas échéant, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée.

ARTICLE 7-2 – BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS MUTUALISTES

Sauf disposition particulière précisée dans les dispositions spécifiques, les prestations sont servies pour :

- le membre participant,
- ses ayants droit, tels que définis par l'article 6-1 des statuts, inscrits sur le bulletin d'adhésion.

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations.

Conformément à l'article 1302-1 du code civil, le membre participant et/ou son ayant-droit qui reçoit sciemment une prestation qui ne lui est pas due, s'engage à rembourser l'intégralité du montant correspondant à la Mutuelle, à première demande.

En cas de silence ou de refus, la Mutuelle s'autorisera à recouvrer les sommes indument payées par tous moyens à sa convenance, y compris en faisant appel à des prestataires extérieurs spécialisés dans le recouvrement amiable ou judiciaire.

ARTICLE 7-3 – OUVERTURE DES DROITS

A compter de la date d'adhésion, tous les actes décrits dans les dispositions spécifiques dont la date de référence est postérieure à la date d'effet sont remboursables :

- pour tous les actes faisant l'objet d'un décompte du régime obligatoire d'assurance maladie ; la date de référence étant la date de soins mentionnée sur ce décompte,
- pour les actes qui n'ont pas fait l'objet d'un décompte d'assurance maladie; les prestations ne sont versées que lorsque la date de prescription médicale se situe après la date d'effet de l'adhésion,
- pour les actes qui ne font pas l'objet d'une prescription médicale; les prestations ne sont versées que si la date de soins ou d'achat se situe après la date d'effet d'adhésion.

ARTICLE 7-4 – CESSATION DES DROITS

Les droits du membre et de ses bénéficiaires cessent dans les conditions décrites à l'article 4-4 du présent règlement.

ARTICLE 7-5 – TÉLÉTRANSMISSION

La télétransmission résulte de conventions passées entre les organismes complémentaires et les caisses d'assurance maladie françaises, dans une démarche de simplification des délais de remboursement.

L'assurance maladie française transmet directement à la Mutuelle, par voie télématique, les informations contenues sur le bordereau après traitement de sa part.

Cette télétransmission est mise en place par la Mutuelle pour les assurés sociaux français, sauf refus exprès du membre participant.

Il appartient, néanmoins, à l'adhérent de s'assurer de son fonctionnement, au travers du remboursement de ses frais de soins de santé.

Pour les adhérents ayant déjà profité de la télétransmission avec un autre organisme complémentaire, celle-ci ne pourra être mise place qu'après demande de radiation du précédant organisme complémentaire, formulée par l'adhérent concerné, auprès du Régime obligatoire d'assurance maladie.

En cas de changement de centre d'assurance maladie, il appartient à l'adhérent d'en avertir la Mutuelle par l'envoi d'une copie de la nouvelle attestation Vitale.

La télétransmission ne peut trouver à s'appliquer en cas de soins effectués au Luxembourg

ARTICLE 7-6 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT PAR LA MUTUELLE

Les prestations n'ayant pas fait l'objet d'avance par tiers payant et n'ayant pas été traitées par voie télématique sont remboursées exclusivement sur présentation des originaux des décomptes du régime obligatoire d'assurance maladie envoyés par l'adhérent ainsi que des originaux des factures acquittées. Les remboursements sont effectués par virement sur le compte courant de l'adhérent ou, à sa demande, sur le compte courant de son ayant droit de plus de 16 ans, ou à défaut par lettre chèque nominative adressée à son domicile.

L'adhérent est informé des prestations versées par l'envoi semestriel d'un bordereau récapitulatif. Il lui appartient de vérifier que les remboursements sont bien effectués. Les adhérents ont deux ans à compter de la date de soins pour demander le remboursement de leurs soins auprès de la mutuelle, conformément aux règles de prescription.

Passé ce délai, le montant de la prestation est considéré comme définitivement accepté par l'adhérent concerné.

En application des articles 1347 et suivants du code civil et dans un souci de bonne exécution du contrat mutualiste, la compensation est applicable dans les relations entre l'Adhérent et la Mutuelle.

A ce titre, les prestations versées par la Mutuelle peuvent être compensés avec les cotisations non réglées, sans préjudice des stipulations prévues à l'article 6-2.

La compensation est opérée à due concurrence des sommes respectivement dues.

ARTICLE 7-7 – JUSTIFICATIFS

Le paiement de certaines prestations peut être subordonné à l'envoi des justificatifs précisés dans le règlement des garanties en annexe.

ARTICLE 7-8 – TIERS PAYANT

Pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle signe directement ou indirectement des conventions de tiers payant avec des établissements de soins et des professionnels de santé.

La Mutuelle assure ainsi directement, dans la limite de la garantie souscrite, la prise en charge des frais engagés par le membre participant et ses bénéficiaires.

Conformément à l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, sur les garanties obligatoirement prises en charge au titre des contrats responsables, les assurés peuvent bénéficier du mécanisme de tiers au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

Lorsque la Mutuelle n'a pas signé de convention avec le professionnel de santé, la mise en œuvre du tiers payant est subordonnée à l'acceptation du professionnel de santé.

Une carte d'adhérent permettant de bénéficier du tiers payant auprès des prestataires de santé est adressée à chaque membre participant à jour de ses cotisations. Elle atteste des droits de l'adhérent, elle est strictement personnelle et ne peut être utilisée que si les cotisations de la période de couverture sont bien réglées.

En cas de cessation ou suspension du contrat mutualiste, le membre participant est tenu de retourner sa carte de Tiers payant à la Mutuelle. Toute utilisation de la carte de tiers payant pendant une de ces périodes est frauduleuse. La Mutuelle se réserve le droit d'engager des poursuites contre tout contrevenant.

ARTICLE 7-9 – RECOURS SUBROGATOIRE ACCIDENT

En cas d'accident, le membre participant s'engage à informer la Mutuelle dès lors que les frais pour lesquels le remboursement est demandé sont liés à la responsabilité d'un tiers.

Pour le paiement de ce type de prestations, La Mutuelle Familiale est subrogée de plein droit à l'adhérent victime de l'accident dans son action contre le tiers responsable.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité de la victime.

ARTICLE 7-10 – FORCLUSION

Les décomptes du régime obligatoire d'assurance maladie et les factures acquittées doivent être remis dans un délai maximum de deux ans à la Mutuelle. Passé ce délai, ils n'ouvriront plus droit à remboursement. La date prise en compte pour l'examen de ce délai sera celle de la date de soins figurant au document justificatif.

TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 8 – DÉLAI DE PRESCRIPTION

Conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du contrat mutualiste est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du participant, que du jour où La Mutuelle Familiale 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 ou l'union 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 ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription peut être interrompue par :

- une citation en justice, y compris en référé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution,
- un acte d'exécution forcée,
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, concernant le défaut de paiement de la cotisation ou de règlement de la prestation. Le recommandé électronique doit être envoyé par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'adresse suivante : courrierAR@mutuelle-familiale.fr

ARTICLE 9 – INFORMATIQUE ET LIBERTES

La Mutuelle Familiale s'engage à respecter les dispositions légales et réglementaires prévues par la loi n°78-17 « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2018-493 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et par le Règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016.

Dans le cadre de ses missions, La Mutuelle Familiale est amenée à recueillir et traiter des données à caractère personnel sur le fondement de l'exécution du contrat pour les finalités suivantes :

- l'exercice du devoir de conseil impliquant le recueil des besoins exprimés par l'assuré,
- la passation, la gestion et l'exécution du contrat,
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations,
- la gouvernance de la Mutuelle.

Ces données à caractère personnel pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale avec l'accord de ses membres participants.

Ces données sont destinées à la Mutuelle, aux éventuels délégataires de gestion, réassureurs et partenaires, le cas échéant.

Chaque adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition et de portabilité sur les données le concernant. Ce droit s'exerce auprès du Délégué à la Protection des Données par courrier postal à l'adresse suivante : 52 rue d'Hauteville, 75010 Paris ou sur l'adresse mail : donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr.

L'adhérent a également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés : CNIL, 3 Place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 ou www.cnil.fr.

Plus d'informations sur www.mutuelle-familiale.fr/politique-de-confidentialite.

ARTICLE 10 – RÉCLAMATIONS, MÉDIATION

ARTICLE 10-1 – RÉCLAMATION

La Mutuelle Familiale met en œuvre tous les moyens nécessaires pour satisfaire les demandes de ses membres via son réseau de conseillers mutualistes et de gestionnaires.

Les membres participants peuvent néanmoins en cas d'insatisfaction formuler une réclamation via le formulaire contact disponible sur son Espace Adhérent ou en écrivant au Service Qualité :

- soit par courriel à reclamations@mutuelle-familiale.fr,
- soit par voie postale à l'attention de : La Mutuelle Familiale – Service Qualité – 52, rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10.

Le réclamant recevra un accusé de réception de sa réclamation, sous 10 jours ouvrables au plus tard à compter de l'envoi de sa réclamation, sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Le cas échéant, le réclamant recevra une réponse de nos services dans un délai de 2 mois à compter de la date d'envoi de sa première réclamation écrite, le cachet de la poste faisant foi pour les réclamations adressées par voie postale.

ARTICLE 10-2 – MÉDIATION

Conformément au processus de médiation prévu au titre I du livre VI du Code de la consommation, dans un délai maximal d'un an après sa réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur, sous réserve que la réclamation relève de sa compétence :

- soit par le dépôt d'une demande en ligne sur le site du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr>,
- soit par voie postale à l'attention de :

Monsieur le médiateur de la Mutualité Française

FNMF

255 rue de Vaugirard,

75719 Paris Cedex 15

Le Médiateur propose une solution motivée pour régler le litige dans les trois mois maximum à compter de la notification de sa saisine, sauf demande complexe.

Si le réclamant n'est pas satisfait de la décision rendue, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

La saisine du Médiateur suspend les délais de prescription de l'action en justice pendant la durée de la médiation.

TITRE V – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES

ARTICLE 11 – GARANTIE ASSURÉE PAR LA MUTUELLE ET SERVICES

ARTICLE 11-1 – PRESTATION SOLIDARITE FAMILIALE

La Mutuelle Familiale offre à l'ensemble de ses adhérents individuels, une prestation additionnelle à leur garantie frais de santé, intitulée : « Solidarité familiale ».

Cette prestation offre la possibilité aux membres participants de faire bénéficier leurs ayants-droit, régulièrement inscrits au bénéfice de la garantie, de 10 jours de chambre individuelle, tout au plus, en cas d'hospitalisation ; ces jours ne devant pas avoir été consommés au titre de l'année d'adhésion.

Cette demande, réalisée par écrit, doit être adressée au Service Prestations de la Mutuelle Familiale, accompagnée des pièces justificatives nécessaires.

ARTICLE 11-2 – RESEAU DE SOINS

Les réseaux de soins favorisent l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. A ce titre, la Mutuelle Familiale a conclu une convention avec le réseau KALIVIA, en vue de faire bénéficier ses membres participants de la qualité des services et prestations de celui-ci. Les membres participants ont le libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé auquel ils souhaitent recourir et demeurent égaux aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins.

La Mutuelle Familiale tient à votre disposition sur simple demande les modalités de ce conventionnement.

Ce service n'est pas disponible pour les soins effectués au Luxembourg.

ARTICLE 12 – GARANTIES NON REGIES PAR LE PRESENT REGLEMENT

ARTICLE 12-1 – ASSISTANCE

Conformément à l'article L. 221-3 du code de la mutualité, des garanties d'assistance vie quotidienne sont souscrites par la Mutuelle au bénéfice de l'ensemble de ses membres participants (sauf adhérents COMPLETEO). Ces garanties intégrées aux contrats santé sont assurées par Filassistance international, entreprise régie par le code des assurances, sise 108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT CLOUD CEDEX, n° RCS 433 012 689.

En tout état de cause, les prestations d'assistance ne sont déclenchées qu'avec l'accord préalable du prestataire qui apprécie leur application pour ce qui concerne la durée et le montant de leur prise en charge selon la gravité de l'événement et de la situation. Les conditions d'application de celles-ci font l'objet, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

ARTICLE 12-2 – GARANTIES DE PRÉVOYANCE

Les adhérents de La Mutuelle Familiale peuvent souscrire des garanties de prévoyance souscrites en intermédiation auprès des organismes d'assurance suivants :

- CNP Assurances –341737062 RCS Nanterre, régies par le Code des assurances – 4, promenade Cœur de Ville - 92130 Issy-les-Moulineaux.
- SA OCIRP VIE -339688608RCSParis, régie par le Code des assurances – 17 rue de Marignan - 75008 PARIS.
- MUTUELLE GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE -SIREN 337 682 660, mutuelle soumise aux dispositions du Livre2 du Code de la mutualité - 39, rue du Jourdil-74960 CRAN– GEVRIER.
- MUTUELLE ATLANTIQUE DE PRÉVOYANCE, SIREN 388 818 908, mutuelle soumise aux dispositions du Livre 2 du Code de la mutualité –1 rue Pierre Charreau – Les Diversités - 33000 BORDEAUX.

ARTICLE 12-3 – COMPLÉMENT RETRAITE MUTUALISTE (COREM)

Dans le cadre du contrat collectif conclu entre La Mutuelle Familiale et l'Union Mutualiste Retraite (UMR), union soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée au Registre national des mutuelles sous le numéro 442 294 856, dont le siège social est sis 255, rue de Vaugirard – 75015 PARIS

- l'adhérent,
- et/ou son (ou ses) bénéficiaire(s), majeur(s), peuvent, jusqu'à l'âge de 69 ans, adhérer au régime COREM qui a pour objet le service d'un complément retraite par points. Ce régime donne lieu au versement d'une cotisation spécifique.

Les conditions du régime figurent dans une notice d'information remise aux adhérents.

ARTICLE 12-4 – GARANTIE FRAIS D'OBSEQUES

Selon la garantie santé souscrite, une garantie frais d'obsèques à titre facultatif peut bénéficier aux membres participants.

Cette prestation est assurée par La Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle régie par le Livre II du code de la mutualité, sise 39 rue du Jourdil - Cran-Gevrier - CS 99050 - 74992 Annecy Cedex 9, INSEE n°337 682 660.

En tout état de cause, cette prestation n'est déclenchée qu'avec l'accord préalable de La Mutuelle Générale de Prévoyance qui en apprécie son application. Ses conditions d'application font l'objet, conformément aux dispositions légales, d'une notice d'information spécifique.

ARTICLE 13 – ALLOCATION DE FIDÉLITÉ

Une prime de fidélité correspondant à un mois de cotisation bénéficie aux adhérents ayant atteint 40 ans d'ancienneté à la Mutuelle Familiale. Cette prime, déduite en une seule fois ne s'applique que lorsque l'adhérent est membre de La Mutuelle Familiale, l'année suivant celle de son 40ème anniversaire d'adhésion, sans rétroactivité pour les adhérents ayant dépassé ce cap au sein d'une mutuelle ayant fusionné avec La Mutuelle Familiale.

ARTICLE 14 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle Familiale est tenue au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme et aux mesures de gel des avoirs.

A ce titre, La Mutuelle a l'obligation de recueillir des informations afin d'identifier et de connaître le membre participant, les assurés, les ayants droit ainsi que toute personne à laquelle elle serait amenée à verser des prestations. Les informations recueillies doivent permettre à La Mutuelle de respecter les obligations auxquelles elle est soumise.

ARTICLE 15 – AUTORITE DE CONTROLE

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 Place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

Le présent règlement mutualiste est complété des annexes associées aux garanties souscrites. Ces documents sont disponibles sur le site Internet <https://www.mutuelle-familiale.fr/>. Ils peuvent être également envoyés aux adhérents sur simple demande.

PREAMBULE

Une mutuelle, appelée « Mutuelle des Étudiants de Provence » (MEP), est établie à Marseille, au 10 rue Léon Paulet (13008). Elle est régie par le Code de la mutualité et est soumise notamment aux dispositions du livre II dudit code. Conformément à l'article R.414-1 du Code de la mutualité, elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro 782 814 826.

La MEP s'est rapprochée d'une autre mutuelle, appelée « La Mutuelle Familiale » (LMF), établie au 52 rue d'Hauteville – 75487 Paris Cedex 10, également régie par le Code de la mutualité et notamment soumise aux dispositions du livre II dudit code et immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro 784 442 915 conformément à l'article R.414-1 du Code de la mutualité, afin de permettre aux adhérents de celle-ci pouvoir souscrire à la garantie « TOM » (« T'OMAX ») objet du présent Règlement mutualiste.

Organismes assureurs

La Mutuelle des Étudiants de Provence (MEP) - mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 782 814 826, dont le siège social est situé au 10, rue Léon Paulet - CS 40042 - 13417 Marseille Cedex 08.

Axa France IARD - entreprise régie par le Code des Assurances, société anonyme au capital de 214 799 030 €, immatriculée au R.C.S de Paris sous le n° SIRET 722 057 460, dont le siège social est situé au 313, Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre cedex.

CHUBB European Group SE - société de droit étranger au capital de 544 741 144 £ enregistrée au registre de commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles sous le n° 1112892. Votre contrat est soumis à la loi française et à la réglementation du Code des Assurances, la Direction Générale pour la France (établissement secondaire), immatriculée au R.C.S. de Nanterre sous le n° SIRET 450 327 374, APE 6512Z, dont le siège social est situé au Tour Carpe Diem – 31, Place des Corolles - Esplanade Nord - 92400 Courbevoie.

OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE

Article 1 : Objet

Conformément aux dispositions de l'article L.114-1 du Code de la mutualité, le présent Règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la MEP en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

À l'égard des membres participants, le contrat est constitué par :

- le bulletin d'adhésion,
- les statuts,
- le présent Règlement mutualiste.

Le Règlement mutualiste s'applique sans préjudice des dispositions du Code de la mutualité.

Les dispositions du Règlement mutualiste peuvent être modifiées par le Conseil d'Administration de la MEP dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Les modifications sont opposables aux membres participants dès qu'elles leur sont notifiées.

Les déclarations des membres participants servent de base au contrat, qui est incontestable dès son entrée en vigueur.

Article 2 : La garantie

La Mutuelle Familiale propose à ses adhérents une garantie mutualiste dénommée « TOM » (« T'OMAX »).

Article 3 : Durée et tacite reconduction

3-1 : Durée

La garantie « TOM » est souscrite pour une durée de 12 mois. Elle est ensuite reconduite conformément aux dispositions suivantes.

3-2 : Tacite reconduction

La garantie « TOM » se renouvelle par tacite reconduction, d'année en année, pour une durée de 12 mois sauf dénonciation par lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le membre participant à la MEP (MEP – Service Résiliation - CS 40042 - 13417 Marseille Cedex 8), au moins deux mois avant la date d'échéance (confère article 14.1 du présent règlement mutualiste).

En application de la loi Chatel n°2005-67 du 28 janvier 2005, reprise dans les dispositions de l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction relative à des opérations individuelles, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au présent règlement mutualiste sera rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de renonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la Poste.

ADHESION

Article 4 : Conditions d'adhésion

Peut adhérer à la garantie « TOM » toute personne âgée de plus de 16 ans et de moins de 35 ans, résidant habituellement en France.

OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MEP

Article 5 : Cotisations et frais encourus en cas de retard ou défaut de paiement

5.1 : Cotisations

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation qui est affectée pour partie à la couverture des prestations assurées directement par la MEP, et pour partie à la couverture du risque porté par d'autres organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurance.

Pour l'année 2020-2021, le montant de la garantie « TOM » est le suivant :

Tarif annuel (€)	TOM
TARIF	16,00

Le paiement s'effectue au comptant par carte bancaire.

Sont comprises dans cette cotisation, les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions, fédérations), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes. La cotisation est individuelle par membre participant.

5.2 : Frais encourus en cas de retard ou défaut de paiement

Pour percevoir leurs prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

En cas de retard dans le paiement des cotisations, tous les frais de recouvrement (frais de recommandé, frais bancaires, frais d'huissier, etc...) sont à la charge du membre participant défaillant.

Lorsque le défaut de paiement résulte d'un rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque impayé, la MEP imputera au membre participant les frais dus ou engagés pour obtenir les montants des cotisations dues.

Article 6 : Renonciation

En application des dispositions légales, le membre participant peut renoncer à sa demande d'adhésion. Pour ce faire, ce dernier doit adresser à la Mutuelle Familiale, 52 rue d'Hauteville – 75487 Paris Cedex 10, une lettre de renonciation par courrier recommandé avec accusé de réception. Le membre participant dispose d'un délai de quatorze (14) jours à compter de la date de demande d'adhésion pour exercer son droit et obtenir la restitution intégrale des cotisations versées, déduction faite des éventuelles prestations payées pendant cette période ou restitution de celles-ci pour le surplus.

Article 7 : Radiation

Font l'objet d'une radiation de la MEP, les membres participants dont les garanties ont été résiliées conformément à l'article 14 du présent Règlement mutualiste.

OBLIGATIONS DE LA MEP ENVERS LES MEMBRES PARTICIPANTS

Article 8 : Ouverture et fin de droits aux prestations

Ouverture des droits : l'ouverture des droits intervient à la date choisie par le membre participant lors de la souscription et au plus tôt le lendemain de cette dernière.

Fin des droits : la fin des droits intervient à la date de résiliation de la garantie.

Article 9 : Composantes de la garantie

La garantie « TOM » est composée :

- de la garantie Individuelle Accident décrite à l'article 10 du présent règlement mutualiste,
- des garanties Responsabilité Civile et Responsabilité Civile Médicale dont la notice d'information est portée en fin du présent règlement mutualiste (cette garantie est proposée dans le cadre du contrat collectif souscrit par la MEP auprès d'AXA France IARD),
- de l'assistance rapatriement dont la notice d'Information est portée en fin du présent règlement mutualiste (cette garantie est proposée dans le cadre du contrat collectif souscrit par la MEP auprès de CHUBB European Group SE).

Article 10 : Individuelle Accident

Les membres participants bénéficient de l'assurance Individuelle Accident.

Évènements garantis : tout évènement dont le fait générateur est survenu durant la période couverte par la garantie et ayant entraîné une invalidité supérieure à 10%.

Capitaux versés au titre de l'assurance individuelle accident :

- pour une invalidité de 10 % à 29 % (inclus) : capital de 200 € ;
- pour une invalidité de 30 % à 59 % (inclus) : capital de 4500 € ;
- pour une invalidité de 60 % à 100 % (inclus) : capital de 10000 €.

Le taux d'invalidité est fixé à dire d'expert inscrit auprès de la Cour d'Appel et en se fondant uniquement sur le Guide Barème Européen d'Évaluation Médicale des Atteintes à l'Intégrité Physique et Psychique.

Définitions

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un membre participant et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure et toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle, sous réserve des exclusions énumérées ci-après.

Sont assimilés aux accidents :

- les infections causées directement par un accident garanti, à l'exclusion de toute infection résultant de l'intervention humaine après un accident garanti ;
- les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives ;
- l'asphyxie due à l'action imprévue de gaz ou de vapeurs ;
- la noyade et les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute dans l'eau ou dans un liquide infecté ;
- les gelures, coups de chaleur, insolation ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écoulement, avalanche, et inondation ;
- les lésions corporelles résultant d'agression ou d'attentat dont le membre participant serait victime sauf s'il est prouvé qu'il aurait pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements.

Maladie : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Déchéance : privation du droit aux sommes prévues dans le contrat par suite du non-respect par le membre participant de certaines obligations qui lui sont imposées.

Exclusions : privation du droit aux sommes prévues dans le contrat du fait des circonstances particulières de survenance du sinistre.

L'assurance ne couvre pas les sinistres :

- causés ou provoqués intentionnellement par le membre participant ;
- dus à l'état alcoolique du membre participant, caractérisé par la présence d'alcool dans le sang et ce quel qu'en soit le taux ;
- dus à l'usage par le membre participant de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
- survenus lorsque le membre participant présentait un taux d'alcoolémie supérieur à 0,50 gramme/litre de sang lors de la survenance du sinistre et ce qu'importe que le taux d'alcoolémie n'ait pas été la cause exclusive et/ou aggravante du sinistre ;
- causés par le suicide ou la tentative de suicide du membre participant ;
- résultant de la participation du membre participant à des paris de toute nature (sauf compétitions sportives), à des rixes (sauf en cas de légitime défense), à des crimes ;
- résultant de la pratique d'un sport en tant que professionnel ainsi que de la participation même en tant qu'amateur à des courses de véhicules à moteur ou des tentatives de records ;
- résultant de l'utilisation, comme pilote, ou membre d'équipage d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs ou de la pratique de tous les sports aériens et notamment du delta plane, du parachutisme, du parapente ou de l'ULM ;
- survenus lorsque le membre participant est passager d'un appareil de locomotion aérienne qui n'est pas agréé pour le transport de passagers ;
- provoqués par la guerre étrangère - le membre participant doit prouver que le sinistre résulte d'un autre fait ;
- provoqués par la guerre civile - il appartient à la MEP de faire la preuve que le sinistre résulte de ce fait ;
- résultant de crise d'épilepsie, de rupture d'anévrisme, d'un infarctus du myocarde, d'une embolie cérébrale ou d'une hémorragie méningée ;
- dus aux effets d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ou à l'accélération artificielle de particules atomiques ou encore dus à la radiation provenant de radio-isotopes.

Étendue territoriale : les garanties sont acquises en France.

Obligations de la MEP

Lorsqu'un membre participant est victime d'un accident et qu'il est établi qu'il reste invalide de ses suites, partiellement ou totalement, la MEP verse au membre participant le capital indiqué au présent article en fonction de son taux d'invalidité. Le taux d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état du membre participant et au plus tard à l'expiration d'un délai de trois ans à partir de la date de l'accident. Pour les cas d'invalidité non prévus au barème précité, les taux sont fixés par comparaison de leur gravité avec des cas énumérés dans le barème. Les taux d'invalidité sont fixés en dehors de toute considération professionnelle ou scolaire. La perte anatomique de membres ou organes déjà perdus fonctionnellement avant l'accident ne peut donner lieu à indemnisation.

Les lésions aux membres ou organes déjà invalides avant l'accident ne sont indemnisées que par différence entre l'état avant et après l'accident. L'évaluation des lésions à un membre ou organe ne peut être influencée par l'état d'invalidité préexistant d'un autre membre ou organe.

Si plusieurs membres ou organes sont atteints par le même accident, les taux d'invalidité se cumuleront sans pouvoir dépasser 100 %.

Déclaration de sinistre : le membre participant doit déclarer le sinistre auprès de la MEP dans les trente jours ouvrés qui suivent la date à laquelle le sinistre est connu, sauf cas fortuit ou de force majeure.

La déclaration comprendra :

- une déclaration écrite précisant les circonstances de l'accident, le nom des témoins et l'identité de l'autorité verbalisante si un procès-verbal initial est dressé ;
- le certificat médical initial décrivant les blessures.

Le membre participant qui intentionnellement fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés dans l'intention de tromper la MEP, perd tout droit à la garantie pour le sinistre en cause.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration de ces éléments est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, dans les conditions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances :

- en cas de mauvaise foi, par la nullité du contrat ;
- si la mauvaise foi n'est pas établie, par une réduction de l'indemnité en fonction des cotisations payées par rapport aux primes qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés.

Toutes les mesures utiles doivent être prises sans retard pour limiter les conséquences du sinistre et hâter le rétablissement du membre participant qui doit se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état.

Le médecin mandaté par la MEP doit avoir libre accès auprès du membre participant pour constater son état. Le membre participant accepte que les informations médicales concernant son état de santé soient communiquées au médecin expert mandaté par la MEP. Tout refus non justifié de se conformer à ce contrôle, après mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception, pourra générer une indemnisation proportionnelle au dommage subi par la MEP qui incombera alors au membre participant. Le membre participant a la faculté de se faire assister du médecin de son choix. A défaut d'une déclaration dans les délais précités et dans le cas où la MEP subit un dommage du fait de l'absence de cette déclaration ou de son caractère tardif, la déchéance peut être opposée au membre participant si ce retard a causé un préjudice à l'assureur.

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 11 : Mise en œuvre des garanties

Toute déclaration au titre de la garantie doit être adressée à La Mutuelle Familiale selon l'une quelconque des voies suivantes :

- Par courrier : La Mutuelle Familiale 52 rue d'Hauteville – 75487 Paris Cedex 10
- Par téléphone : 09 71 10 15 15

Article 12 : Expertise en cas de désaccord

- S'il y a contestation d'ordre médical chaque partie désigne son médecin ;
- Si ces médecins ne parviennent pas à un accord, ils s'adjoignent un troisième médecin pour statuer définitivement ;

- Si l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les médecins représentant les parties ne s'entendent pas sur le choix du troisième médecin, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du membre participant.

Chaque partie conserve à sa charge les honoraires et frais d'intervention du médecin qu'elle a désigné. Ceux de l'intervention du troisième médecin sont partagés par moitié entre elles. Lorsque les conséquences du sinistre sont aggravées par le refus ou la négligence du membre participant de se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état, l'indemnité est fixée d'après les suites que le même sinistre aurait eues chez une personne ayant suivi un traitement médical approprié.

Article 13 : Prescription

Toutes les actions dérivant de l'adhésion au présent règlement mutualiste sont prescrites, c'est-à-dire ne peuvent plus être exercées au-delà de deux ans à compter de l'événement qui leur 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 MEP en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Article 14 : Modalités de résiliation

14.1 : Résiliation annuelle

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en adressant à la MEP, une lettre recommandée avec avis de réception, au moins 2 mois avant la date d'échéance du contrat mutualiste, le cachet de la Poste faisant foi, sauf si la loi en disposait autrement.

14.2 : Cas de résiliation exceptionnelle en cours d'année

1. Suspension et résiliation des garanties pour défaut de paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la MEP de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La MEP a le droit de résilier les garanties, dix (10) jours après l'expiration du délai de trente jours, prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la MEP la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation 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, dont notamment ceux visés à l'article 5.2 du présent règlement mutualiste.

2. Résiliation suite au changement ou à la disparition des conditions d'adhésion liées au champ de recrutement

Ainsi que l'édicte l'article L.221-17 du Code de la mutualité, pour les opérations individuelles, et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité.

Il peut être mis fin à l'adhésion pour chacune des garanties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation, sur présentation des photocopies des justificatifs. La résiliation prend effet un (1) mois après réception de sa notification adressée par lettre recommandée avec accusé réception par le membre participant à la MEP. La MEP rembourse au membre participant 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.

Article 15 : Fonds d'entraide mutualiste

Définition

Dans le cadre de son action sociale et de solidarité, la MEP peut accorder des allocations exceptionnelles à ses membres participants ainsi qu'à leurs ayants droit lorsque leur situation le justifie.

Les bénéficiaires sont les membres participants de la MEP.

Cette qualité s'apprécie à la date retenue pour l'examen du droit aux prestations.

Domaines d'intervention

- aider les membres participants subissant des difficultés exceptionnelles en prenant en charge une partie de leurs cotisations du régime complémentaire maladie ;
- permettre le remboursement de prestations non statutaires chaque fois que le membre participant de la MEP se trouve dans une situation exceptionnelle et d'une particulière gravité.

Modalités d'attribution

Toute personne souhaitant être bénéficiaire d'une allocation au titre du fonds d'entraide soumet au Conseil d'Administration de la MEP une demande motivée et étayée par des pièces justificatives.

Toute demande d'allocation au titre du fonds d'entraide doit être formulée soit :

- par courrier à l'adresse suivante : MEP - Fonds d'entraide mutualiste - CS 40042 - 13417 Marseille Cedex ;
- par email : via notre formule de contact à l'adresse <https://www.umgp.fr/contact>

C'est au Conseil d'Administration en premier et en dernier ressort qu'il appartient d'étudier les demandes qui lui sont soumises soit pour les accepter, soit pour les rejeter, et ce totalement ou partiellement.

Constitution du fonds

La constitution du « Fonds d'Entraide Mutualiste » est assurée par une dotation votée annuellement par l'Assemblée Générale.

Article 16 : Traitement des réclamations - Médiation - Autorité de Contrôle

Sur les réclamations

Toutes réclamations relatives à la souscription, à la gestion ou à l'exécution des contrats doivent être adressées en priorité à La Mutuelle Familiale, deux moyens de contact sont à votre disposition à cet effet : B par courriel à reclamation@mutuelle-familiale.fr B soit par voie postale à l'attention de : La Mutuelle Familiale - Service Réclamations - 52 rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10.

Le membre recevra un accusé de réception de sa réclamation, sous 10 jours ouvrables au plus tard à compter de la réception, sauf si une réponse est apportée dans ce délai. Le cas échéant, l'adhérent recevra une réponse du Service Réclamations et qualité adhérent au plus tard 2 mois après la date de réception de la demande.

Toutefois, le membre participant qui reçoit une réponse insatisfaisante dans le cadre de la mise en œuvre des garanties, peut s'adresser à la MEP par courrier. Le courrier accompagné des pièces justificatives doit être adressé à MEP – Service réclamations - CS 40042 – 13417 Marseille Cedex 8.

Toutes demandes relatives aux conditions de souscription ou plus spécifiquement, au devoir de conseil de La Mutuelle Familiale doivent être exclusivement adressées à cette dernière.

Sur la médiation

La médiation est un mode de règlement des litiges, hors des voies judiciaires et contentieuses, privilégiant la recherche d'une entente entre les parties.

Elle permet par l'intervention d'un tiers indépendant et impartial, le médiateur, de résoudre le différend grâce à un processus amiable et confidentiel. Le médiateur ne peut être saisi par le membre participant ou par la MEP, sous peine d'irrecevabilité, qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à la MEP et ce dans un délai maximum d'un an à compter de la réclamation que le membre participant a adressé à la MEP.

Le médiateur intervient dans le cadre des offres de complémentaire santé uniquement.

Les modalités de saisine du médiateur sont les suivantes. Toute demande de médiation doit être formulée soit :

- par écrit, à l'adresse suivante : Médiateur de la FNIM – 4, Avenue de l'Opéra – 75001 Paris ;
- par email : mediateur@fnim.fr.

Pour consulter la charte de médiation : www.fnim.fr/mediation-de-la-fnim.html

Sur l'autorité de contrôle

En application de l'article L.510-1 du Code de la mutualité, le contrôle de l'État sur les mutuelles, unions et fédérations régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

Pour joindre cette Autorité Administrative Indépendante (AAI), vous pouvez :

- adresser un courrier à l'adresse suivante : ACPR – 4, place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 ;
- téléphoner au 08 111 901 801 (prix d'un appel local à partir de la France métropolitaine de 8h à 18h, du lundi au vendredi) ;
- vous rendre sur son site internet : www.abe-infoservice.fr.

Article 17 : Protection des données personnelles

Le traitement des informations personnelles recueillies par la MEP est effectué sous la responsabilité de cette dernière et exclusivement aux fins de gestion de la MEP conformément à son objet et en conformité avec les dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016.

Les données personnelles détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant.

Aucune donnée personnelle traitée ou détenue ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

La MEP a mis en place des mesures de sécurité techniques, physiques et administratives afin d'assurer la confidentialité des données personnelles traitées ou détenues.

Les données personnelles des membres participants sont conservées pendant la durée de leur adhésion à la MEP et pendant la durée du délai de prescription tel que visé à l'article L.221-11 du code de la mutualité.

Tout membre de la MEP ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité (lorsqu'il s'applique) et d'opposition à toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la MEP. Il peut exercer ces droits en adressant un courriel à la MEP à l'adresse : dpo@umgp.fr.

Article 18 : Droit applicable - langue des échanges entre la MEP et les membres participants

Le présent Règlement mutualiste, ainsi que l'ensemble des droits et obligations en découlant, sont régis par le droit français.

La langue officielle des échanges, tant écrits que verbaux, entre les membres participants et la MEP est le français.

**NOTICES D'INFORMATIONS RELATIVES AUX GARANTIES PROPOSEES PAR LA MEP
ET SOUSCRITES AUPRES DE TIERS ASSUREURS**

CONTRAT D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances, la présente Notice a été établie par AXA France IARD en sa qualité d'assureur du contrat.

Police n° 1743420304 souscrite par SUD COURTAGE ET CONSEIL (« S2C ») - 432, Bd Michelet 13009 Marseille - Tel : 04 91 16 47 12 – Fax : 04 91 16 47 11 – E-mail : gestion@sud-courtage.fr - SARL au capital de 7 622,45 euros – RCS Marseille B 395 214 646 00022 - Code APE 672 Z – N° ORIAS : 07 030 727.

Assureur : AXA France IARD - 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex - SA au capital de 214 799 030 - 722 057 460 RCS Nanterre.

ARTICLE 1- DÉFINITIONS

Accidents

Événement soudain, imprévu et extérieur à la victime et à la chose endommagée constituant la cause de dommages corporels ou matériels.

Assuré

Les adhérents des Mutuelles ayant adhéré à la présente police groupe. Sont concernés tous les adhérents qui ont souscrit l'une des garanties mutualistes proposée par la MEP. Les enfants mineurs d'un adhérent, s'ils sont fiscalement à sa charge. Toutes personnes assurant la garde bénévole desdits enfants et seulement dans le cas d'un dommage causé par l'un de ces enfants.

Peuvent adhérer à ce contrat, les Mutuelles pour le compte de :

- La totalité de leurs adhérents ;
- Groupements d'assurés, clients de cabinets de courtage captifs appartenant à ces Mutuelles (déclaration préalable adressée à S2C) ;
- Groupements d'assurés, clients de ces Mutuelles au titre de garanties non mutualistes (déclaration préalable adressée à S2C).

Courtier

S2C – Sud Courtage et Conseil – 432, Bd Michelet – 13009 Marseille.

Dommmages

- ▶ Corporels : toute atteinte corporelle subie par une personne physique.
- ▶ Matériels : détérioration ou destruction d'une chose ou substance, toute atteinte physique à un animal.
- ▶ Immatériels : préjudice pécuniaire résultant de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien meuble ou immeuble, de la perte de bénéfice réel, lorsqu'ils sont directement consécutifs à un dommage corporel ou matériel garanti par ce contrat.

Dommmages exceptionnels

Dommmages résultant de l'action du feu, de l'eau, des gaz et de l'électricité, de la pollution, de l'effondrement des ouvrages ou constructions, des glissements de terrain, des avalanches, des intoxications alimentaires, de l'écrasement ou de l'étouffement dus à la panique, de l'utilisation des moyens de transports publics quels qu'ils soient.

Franchise

La somme qui reste en tout état de cause à la charge de l'Assuré sur le montant de l'indemnité due par l'Assureur. La franchise s'applique par sinistre, quel que soit le nombre de victimes.

Nous

AXA FRANCE IARD

Sinistre

Événement susceptible de mettre en jeu la garantie

Souscripteur

S2C – Sud Courtage et Conseil – 432, Bd Michelet – 13009 Marseille

Tiers

Toute personne autre que :

- l'Assuré tel qu'il est défini ci-dessus,
- les ascendants ou descendants de l'Assuré responsable du sinistre. Toutefois, en cas de dommages subis par les membres de la famille ayant la qualité d'Assuré, ou les ascendants et descendants visés à l'alinéa précédent, la garantie s'applique aux prestations que la Sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance pourrait réclamer au Souscripteur ou à toute autre personne assurée,
- les préposés de l'assuré responsable dans l'exercice de leurs fonctions sauf dans le cadre des recours de droit commun.

Article 2 - PREAMBULE

Le présent contrat garantit l'Assuré tel qu'il est défini à l'article 1.

Les garanties prennent effet dès lors que la qualité d'adhérent d'une Mutuelle signataire est acquise. Pour les groupements d'assurés (clients de Mutuelles ou des cabinets captifs), les garanties sont acquises après déclaration par listing nominatif adressé à S2C.

Les garanties du présent contrat ne seront plus acquises aux Assurés dès qu'ils cesseront d'être adhérents des Mutuelles signataires ou des groupements visés dans la définition de l'assuré, soit pour des raisons statutaires, soit pour non-renouvellement de leur cotisation.

Événements couverts

- les activités de la vie privée (y compris scolaires et universitaires),
- les activités sportives, à l'exception de celles exclues par ailleurs,
- les stages rémunérés ou non, conseillés ou ordonnés par l'établissement d'enseignement
- l'exercice occasionnel du baby-sitting et de cours particuliers
- la chasse sous-marine

Article 3 - RESPONSABILITE CIVILE

Objet de l'assurance

L'assureur garantit l'assuré contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité Civile pouvant lui incomber en application des articles 1240 à 1243 du Code Civil en raison des dommages corporels, matériels et immatériels qui en sont directement la conséquence, causés aux Tiers au cours ou à l'occasion des activités définies ci-dessus et provenant du fait :

- de l'assuré.
- de son personnel domestique en service,
- des animaux domestiques lui appartenant ou dont il a la garde à titre gratuit,
- des choses lui appartenant ou dont il a la garde, notamment :
 - de l'usage des cycles sans moteur et de leurs remorques
 - de tous véhicules mus à la main
 - de remorques de camping ou de caravanes sauf lorsque, attelées ou non à un véhicule automobile tracteur, elles sont assujetties à l'obligation d'assurance automobile selon les termes des Articles L211 -1 et suivants du Code des Assurances, de l'outillage et des appareils ménagers, de l'outillage

de jardin avec ou sans moteur, sous réserve que ce matériel ne soit pas soumis à l'obligation d'assurance automobile,

- de l'intoxication ou de l'empoisonnement causés par les boissons et aliments servis à sa table,

- de l'usage, à son insu ou à l'insu de son conjoint, par un de ses enfants mineurs d'un véhicule terrestre à moteur ne lui appartenant pas et dont il n'est pas gardien autorisé. Cette garantie s'applique également aux dommages subis par le véhicule. Dans tous les cas, la garantie s'applique tant aux dommages causés aux tiers qu'à ceux subis par le véhicule à la suite d'un accident. Toutefois, elle n'interviendra qu'en l'absence de tout contrat d'assurance relatif au véhicule considéré.

- de la pratique de tous les sports non exclus ci-après, même au cours de compétitions, pourvu qu'elles soient réservées à des amateurs.
- d'une personne qui lui prête assistance à titre gratuit, sous réserve toutefois que l'intervention de cette personne soit occasionnelle et inopinée.
- des dommages causés à un enfant dont il aurait la garde en qualité de simple particulier et à titre gratuit. Cette garantie est étendue à la pratique occasionnelle ou régulière du baby-sitting.
- des dommages occasionnés au matériel (animaux compris) dont il a l'usage, lorsque ce matériel lui est confié dans le cadre d'un stage de formation, rémunéré ou non, ordonné ou conseillé par l'établissement d'enseignement (y compris les stages de formation agricole).
- des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers, à l'occasion de ses activités de stagiaire qu'il est appelé à effectuer en sa qualité d'étudiant, y compris au cours de déplacements, notamment par les SAMU, SMUR, lors de convois sanitaires. La garantie s'applique également aux accidents de trajet.

Sont notamment considérées comme tiers les personnes physiques et morales de droit privé ou de droit public accueillant l'assuré (y compris leur personnel).

Il est précisé que nous renonçons au recours que, comme subrogé dans les droits de l'assuré, il serait en droit d'exercer contre ces personnes.

Article 4 - DEFENSE ET RECOURS

Objet de la garantie

En cas de litige vous opposant à un tiers, l'Assureur garantit :

- la mise en œuvre, par les voies amiables ou judiciaires, des moyens nécessaires à la sauvegarde de vos droits et intérêts,
- la prise en charge, dans la limite de la garantie, du coût d'intervention de tout auxiliaire de justice, des frais et dépens, y compris les frais d'expertise qui vous incombent.

Champ d'application

L'Assureur intervient :

- pour votre défense pénale, si vous êtes l'objet de poursuites ayant pour fait générateur un événement dont la garantie est prévue au contrat, ou à la suite d'un délit ou d'une contravention en matière de circulation des piétons et des bicyclettes sans moteur ;

- en recours amiable ou judiciaire à l'encontre du responsable identifié du dommage corporel ou matériel subi par vous, dès lors que ce préjudice est survenu dans le cadre de l'un des événements ou situations de la vie privée énumérés au paragraphe "Responsabilité civile", ou à la suite d'un dommage corporel subi par l'Assuré en tant que piéton du fait d'un véhicule terrestre à moteur dont il n'a ni la propriété, ni la conduite ni la garde, et dont il n'est pas le passager lors du sinistre.

Débours pris en charge

A condition d'avoir donné son accord préalable sur l'engagement de ces frais, l'Assureur acquitte directement :

- les frais de constitution de dossier, à l'exception des frais engagés pour vérifier la réalité du préjudice ou en faire la constatation, - les honoraires d'experts judiciaires,
- les frais et honoraires des auxiliaires de justice.

Libre choix de l'avocat

Si un litige implique l'intervention d'un avocat, vous pouvez le choisir parmi ceux inscrits au Barreau du Tribunal saisi, ou demander à l'Assureur de vous en proposer un.

Divergences d'intérêts

En cas de désaccord entre vous et l'Assureur sur l'opportunité d'engager ou de poursuivre une action en justice, la procédure prévue par l'article L.127-4 du Code des Assurances est appliquée ; en voici le résumé :

"Le différend est soumis à l'appréciation d'une tierce personne choisie d'un commun accord ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance. Sauf décision contraire, c'est l'assureur qui supporte, dans la limite de la garantie, les frais de cette procédure".

Les mêmes modalités sont appliquées en cas de survenance, entre vous et l'Assureur, de divergences d'intérêts au sens de l'article L.127-5 du Code des Assurances.

Article 5 - EXCLUSIONS

A - Responsabilité civile

Nous ne garantissons pas les dommages causés lors de la pratique :

- **de la chasse, y compris la destruction d'animaux nuisibles lorsqu'elle relève du champ d'application de la RC chasse (MAIS LA CHASSE SOUS MARINE EST GARANTIE)**
- **de toute activité sportive exercée dans des associations, clubs, fédérations qui ont assuré leurs adhérents conformément à l'article L 321-1 du Code du sport,**
- **d'activités ne relevant pas de la vie privée qu'elles soient :**
 - o exercées ou non à titre temporaire,
 - o exercées à titre lucratif ou syndical,
 - o liées à une fonction publique ou d'organisation de manifestations ouvertes au public,
- **de l'utilisation d'un Engin de Déplacement Personnel Mobile électrique (trottinettes, skates, hoverboards, gyropodes, gyroroues, etc...):**

Sont exclus tous dommages causés par la participation à des émeutes, manifestations, mouvements populaires, actes de terrorisme et sabotage.

Nous ne garantissons pas les dommages résultant :

- D'obligations contractuelles réalisées à titre onéreux (à l'exclusion du baby-sitting qui est garanti),
- De la pratique de tous sports à titre professionnel
- De toute activité professionnelle, y compris les accidents du travail, étant précisé que les accidents causés au cours de trajet pour vous rendre sur les lieux de l'établissement scolaire ou en stage, ne sont pas considérés comme résultant d'une activité professionnelle.
- De l'organisation et de la participation à toutes épreuves, concours, courses ou compétition, ainsi qu'à toutes épreuves préparatoires nécessitant une autorisation préalable ou soumise à une obligation d'assurance,
- De votre activité en qualité de tuteur ou curateur familial,
- De l'exercice d'une fonction publique, politique ou sociale ou de dirigeant d'Association.
- D'une activité d'assistante maternelle.

Nous ne garantissons pas les dommages causés par :

- Une personne assurée aux biens, objets ou animaux lui appartenant ou appartenant à une personne de son entourage,
- Les équidés ou les animaux non domestiques appartenant ou gardés par une personne assurée,
- Les chiens relevant des catégories 1 et 2 au sens de la loi relative aux animaux dangereux (article L 211-12 du Code Rural),
- Les armes à feu et leurs munitions de catégorie A ou B dont la détention est interdite et dont vous seriez sciemment possesseur ou détenteur sans autorisation préfectorale.
- Tout voilier de plus de 6 m ou tout bateau à moteur de plus de 6 CV ou tout véhicule nautique à moteur tels que jet ski, jet à bras, scooter et moto des mers,
- Tout véhicule terrestre à moteur soumis à l'obligation d'assurance automobile dont l'assuré est propriétaire, gardien ou locataire, y compris :
 - o les remorques attelées ou non attelées si leur poids est supérieur à 750 kg,
 - o les caravanes,
 - o tout autre appareil terrestre lorsqu'il est attelé à un véhicule,
- Les appareils de navigation aérienne et engins aériens, autres que les engins d'aéromodélisme jusqu'à 5 kg et 10 cm³ dont vous ou les personnes dont vous êtes civilement responsable ont la propriété, la conduite ou la garde.

Nous ne garantissons pas les dommages :

- Causés aux biens confiés, loués ou empruntés par une personne assurée,
- Causés dans le cadre des stages d'études lorsqu'ils ont pour origine des actes prohibés par la réglementation en vigueur ou exécutés par des personnes non habilitées à les faire.
- Causés aux biens ou animaux, dont vous ou les personnes dont vous êtes civilement responsable avez la propriété, l'usage ou la garde (sauf dans le cadre des stages).
- Matériels et immatériels consécutifs causés par les eaux, un incendie ou une explosion s'ils résultent de sinistres ayant pris naissance dans les locaux ou caravane dont vous êtes propriétaire, locataire ou occupant à titre quelconque.

B - Défense et Recours

Outre les exclusions générales du contrat et celles spécifiques à la garantie responsabilité civile, l'extension Défense et Recours ne s'applique pas aux :

- Litiges dont l'intérêt financier en principal porte sur un montant inférieur à 225 euros
 - Montants des condamnations tant civiles que pénales ;
 - Litiges relevant d'un acte intentionnel ou de la procédure dite des « amendes de composition » ;
 - Litiges dont le fait générateur est survenu soit avant la prise d'effet du contrat, soit après la date de prise d'effet de la résiliation, soit au cours d'une période de suspension des garanties ;
 - Litiges de mitoyenneté
 - Litiges découlant d'opération de construction, de restauration ou réhabilitation immobilières dans les risques assurés ou dans les risques voisins ;
 - Litiges intervenant dans le cadre d'une succession, d'une cessation d'indivision, d'une opération de partage familial ;
- Litiges provoqués par une interruption d'activité, une dissolution de société ou d'association ;
procédures engagées sans l'accord préalable de l'assureur.

Article 6 -TABLEAU DES GARANTIES

TABLEAU DE GARANTIES (sauf RC médicale)	MONTANTS	FRANCHISES
Dommages corporels	20 000 000,00 €	néant
Dommages exceptionnels	4 575 000,00 €	néant
Intoxication alimentaire	763 000,00 €	néant
Dommages matériels et immatériels	763 000,00 €	91,00 €
Dommages aux biens confiés lors de stages (y compris dommages immatériels consécutifs)	15 250,00 €	121,00 €
Dommages au matériel informatique confié par les Universités et Facultés (à l'exclusion du vol et de la perte)	2 500,00 €	150,00 €
Dommages au matériel non informatique confié par les écoles des Beaux-arts (à l'exclusion du vol et de la perte)	8000,00 €	150,00 €
Défense recours	compris dans les montants ci-dessus	Seuil d'intervention: 225 €

Article 7 - RESPONSABILITE CIVILE MEDICALE

Les garanties du contrat sont étendues aux conséquences pécuniaires de la responsabilité civile pouvant incomber à l'assuré en raison des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux tiers au cours de toutes activités liées à l'exercice de professions médicales, chirurgicales et paramédicales.

Ces dommages sont couverts dans le cadre de stages, gardes, soins, imposés ou non, rémunérés ou non, en externat ou internat, que l'assuré pourra effectuer dans un service hospitalier, une clinique ou auprès d'un professionnel exerçant en libéral, dans la limite des actes qu'il est légalement autorisé à pratiquer. Sont notamment garanties les activités de dissection et les travaux pratiques d'anatomie.

- Cette extension de garantie est acquise uniquement pour les assurés inscrits dans l'une des quatre premières années d'études en : Médecine, Pharmacie, Orthophonie, Orthoptie, Kinésithérapie, Dentaire, écoles d'infirmiers, Puéricultrices, Aide-soignante, Manipulateurs radios, préparation universitaire ou en école privée ou publique au diplôme d'État de pédicure-podologue (DEPE), préparation universitaire ou en école privée ou publique au diplôme d'État d'audioprothésiste, à l'exclusion de tout autre.

Les garanties sont accordées jusqu'à la cinquième année d'études pour les disciplines suivantes : psychologie, pharmacie et sage-femme.

Les garanties sont accordées jusqu'à la sixième année d'études pour les disciplines suivantes :

- Ostéopathes
- La préparation universitaire ou en école privée ou publique au diplôme d'Etat d'Ergothérapeute.
- La préparation universitaire ou en école privée au diplôme d'État en Psychomotricité.

MONTANT DES GARANTIES

Dommmages corporels : 6 100 000 € - Franchise néant

Intoxication alimentaire : 6 100 000 € - Franchise néant

Dommmages matériels et immatériels : 458 000 € - Franchise 45 €

Défense : comprise dans les montants ci-dessus

Recours : 15 250 € - Seuil d'intervention : 305 €

Extensions :

- RC du fait des salariés et préposés légalement autorisés,
- Fonctions hospitalières : la garantie est étendue à la responsabilité que l'assuré peut encourir à titre personnel dans le cadre de ses fonctions hospitalières au sein d'un établissement public à la suite d'une faute détachable de ses fonctions.

Période de garantie :

- la garantie s'applique aux réclamations formulées à quelque époque que ce soit, dans la mesure où elles se rattachent à des faits survenus entre les dates de prise d'effet et de cessation du contrat.
- Inopposabilité des déchéances : aucune déchéance motivée par un manquement de l'assuré à ses obligations commis postérieurement au sinistre n'est opposable aux personnes lésées ou à leurs ayants droit. AXA FRANCE conserve néanmoins la faculté d'exercer contre l'assuré une action en remboursement de toutes les sommes qu'elle aura payées ou mises en réserve à sa place.

Délai de règlement : paiement des indemnités dans les 15 jours suivant l'accord amiable ou la décision judiciaire exécutoire. En cas d'opposition, ce délai ne court qu'à compter du jour de la mainlevée.

EXCLUSIONS :

Outre les exclusions prévues dans la cadre de la garantie Responsabilité Civile Familiale, sont exclus de la présente extension de garantie :

- **les dommages résultant d'actes professionnels prohibés par les dispositions légales ou réglementaires, ou exécutés par des personnes non habilitées à les faire.**
- **les conséquences de faits antérieurs à la présente extension et les actions engagées à leur sujet**

- la faute intentionnelle de l'assuré, sauf recours intenté par la Sécurité sociale en vertu des articles L 452-2, L 452-5 du Code de la sécurité sociale.
- les dommages engageant la responsabilité de l'assuré à l'égard de personnes se prêtant à des recherches biomédicales lorsque la responsabilité de l'assuré est recherchée à titre de promoteur (loi du 20/12/1988).
- les dommages résultant de la prescription de spécialités pharmaceutiques n'ayant pas obtenu le visa légalement exigé.
- les conséquences d'un acte à finalité purement esthétique.
- les dommages qui proviendraient directement ou indirectement de :
 - fourniture de sang ou de tous produits dérivés de celui-ci et de toutes sécrétions ou cellules humaines effectuées pour le compte et/ou dans le cadre de tout service ou organisme chargé de cette activité,
 - activités consistant à concevoir, étudier, créer de nouveaux médicaments, équipements, produits destinés à tous usages de soins ou de cosmétique ainsi que toutes expérimentations et tests associés.
 - les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosions ou irradiations provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de radioactivité, accélération artificielle des particules.

L'assuré est cependant garanti en cas d'usage médical de la radioactivité en sa qualité d'utilisateur de substances radioactives et des installations les contenant, de propriétaire ou gardien de substances radioactives et des installations les contenant lorsque l'activité « corrigée » des substances radioactives se trouvant ensemble dans un même établissement ne dépasse pas un curie.

- les conséquences d'engagements contractuels dans la mesure où elles excèdent celles auxquelles serait tenu l'assuré en vertu des textes légaux ou réglementaires sur la responsabilité civile.
- les dommages matériels et dommages immatériels qui ne sont pas la conséquence de dommages corporels, subis par les assurés lorsqu'ils ont la qualité de tiers entre eux.
- les conséquences pécuniaires de la responsabilité incombant à l'assuré du fait des dommages qui trouvent leur origine dans un dysfonctionnement provenant ou affectant des matériels électroniques ou informatiques, dès lors que ce dysfonctionnement est imputable au codage ou à la gestion des dates.

DÉFENSE

En cas d'action mettant en cause une responsabilité assurée par la présente extension :

- devant les juridictions civiles, commerciales, ou administratives, Axa France, dans la limite de sa garantie, assume la défense de l'assuré, dirige le procès et exerce toutes voies de recours,
- devant les juridictions pénales : si la ou les victimes n'ont pas été désintéressées, Axa France a, dans la limite de sa garantie, la faculté, avec l'accord de l'assuré, de s'associer à sa défense sur le plan pénal. A défaut de cet accord, Axa France peut néanmoins assumer la défense des intérêts civils de l'assuré.

Axa France peut exercer toutes voies de recours au nom de l'assuré, y compris le pourvoi en cassation, lorsque l'intérêt pénal de l'assuré n'est plus en jeu. Dans le cas contraire, elle ne peut les exercer qu'avec l'accord de l'assuré.

Axa France choisit les auxiliaires de justice à qui sont confiés les dossiers et les rémunère en totalité.

Si l'assuré avait l'intention de choisir lui-même ses auxiliaires, il devrait en aviser Axa France :

- si Axa France accepte : elle prendra en charge les frais et honoraires de ces conseils sur production des pièces justificatives dans la limite de 4 600 Euros TTC par sinistre.

- si Axa France fait intervenir ses conseils aux côtés de ceux de l'assuré, ce dernier fera son affaire personnelle des frais et honoraires des conseils qu'il aura choisis.

PROTECTION JURIDIQUE PROFESSIONNELLE

Ce contrat garantit la protection juridique, c'est à dire la prise en charge de tout litige entendu comme une situation conflictuelle conduisant l'assuré devant une juridiction, pour y faire valoir un droit, résister à une prétention ou s'y défendre, lorsque le litige résulte de l'activité faisant l'objet de la présente extension.

En cas de décès de l'assuré, Axa France poursuit et soutient jusqu'à leur liquidation les actions engagées du vivant de l'assuré. L'assistance d'Axa France est accordée au conjoint et aux héritiers, à condition qu'ils se conforment aux mêmes obligations que celles incombant à l'assuré pour tout procès en demande ou en défense fondé sur des faits antérieurs au décès.

Procédure : l'assuré doit obtenir l'accord d'Axa France relatif au litige auquel il est confronté. Il peut faire appel à l'avocat de son choix. S'il choisit l'un des avocats correspondants de Axa France, celle-ci prend en charge la totalité de ses frais et honoraires.

Si l'assuré choisit un avocat personnel, Axa France lui rembourse les frais judiciaires sur présentation des pièces justificatives et des mémoires d'honoraires d'avocat, d'huissier, dans un délai de deux mois de la production desdites pièces dûment taxées, et moyennant les sommes maximum suivantes TTC prévues au barème ci-après :

- référé : 382 €
- jugement de 1ère instance ou transaction en cours de procédure : 1150 €
- décision d'appel : 1220 €
- procédure en cours de cassation, Conseil d'État ou juridiction européenne : 1530 €

En cas de prétention insoutenable en fait ou en droit, lorsque les frais envisagés sont hors de proportion avec l'intérêt pécuniaire du litige ou lorsqu'elle juge raisonnable les offres de l'adversaire, Axa France peut à tout moment refuser ou retirer son appui dans une procédure par décision motivée.

En cas de pareil désaccord entre Axa France et l'assuré pour régler un différend, cette difficulté pourra être soumise à l'appréciation d'un arbitre désigné d'un commun accord par les deux parties, ou, à défaut par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge d'Axa France ; sauf si le Président du TGI en décide autrement (mise en œuvre abusive).

En tout état de cause, l'assuré conserve la pleine liberté d'action. S'il obtient une solution plus favorable que celle proposée par Axa France ou l'arbitre, Axa France lui rembourse les frais exposés pour l'exercice de cette action, dont le montant n'a pas été supporté par l'adversaire, dans la limite du montant de la garantie.

D'une manière générale, l'assuré a la liberté de choisir un avocat ou une personne qualifiée pour l'assister à chaque fois que survient un conflit d'intérêt entre lui-même et Axa France.

Exclusions supplémentaires propres à la Protection juridique : outre les exclusions prévues dans le cadre de la garantie responsabilité civile, restent exclus :

- les litiges dont la valeur pécuniaire est inférieure à 305 euros
- les amendes de toute nature

- les actions en recouvrements d'honoraires ou de créances

Obligations de l'assuré

Si les risques garantis par ce contrat viennent à être couverts par une autre assurance, l'assuré doit obligatoirement le déclarer à AXA FRANCE, en identifiant l'autre assureur et en détaillant le montant des garanties souscrites. En cas de sinistre, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation des dommages en s'adressant à l'assureur de son choix.

ARTICLE 8 - DISPOSITIONS DIVERSES

A - Étendue territoriale

Les garanties Responsabilité Civile et Défense Recours s'exercent dans le monde entier, à l'exclusion des États Unis et du Canada en ce qui concerne la RC médicale et la Protection Juridique médicale.

Pour les adhérents dont la nationalité est celle d'un pays ne faisant pas partie de la CEE, les garanties du présent contrat ne sont pas acquises pour tout sinistre survenu en dehors du territoire de la CEE.

B - Période de garantie

La garantie s'applique aux sinistres dont le fait générateur se situe pendant la période de validité du contrat.

ASSISTANCE RAPATRIEMENT

Conformément aux dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances, la présente Notice a été établie par CHUBB European Group SE, en sa qualité d'assureur du contrat.

Police collective 5 140 740 / adhésion UMGP

Assureur : Chubb European Group SE, entreprise régie par le Code des assurances, au capital social de 896 176 662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374. Courtier : S2C – Sud Courtage et Conseil (SARL de courtage d'assurances au capital de 7 622,45 € – Siège social : 432, Bd Michelet 13009 Marseille – ORIAS : 07 030 727 - RCS Marseille B 395 214 646 00022).

1 – DÉFINITIONS ET CONDITIONS D'ACCÈS AUX PRESTATIONS

ASSUREUR

Chubb European Group SE.

SOUSCRIPTEUR

S2C – Sud Courtage et Conseil – 432, Bd Michelet – 13009 Marseille

ASSURÉS

Les adhérents des Mutuelles ayant adhéré à la présente police groupe. Sont concernés tous les adhérents qui ont souscrit l'une des garanties mutualistes proposée par la MEP.

BÉNÉFICIAIRE

La personne qui reçoit de l'Assureur les sommes dues au titre des sinistres.

En cas de décès de l'Assuré, à moins qu'une autre personne n'ait été désignée par l'Assuré, le Bénéficiaire est le conjoint survivant, ni divorcé ni séparé de corps judiciairement et à défaut ses ayants droit.

Dans les autres cas, les sommes dues seront payées à l'Assuré. Sont exclues du bénéfice de l'assurance, les personnes qui auraient volontairement provoqué l'Accident.

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un Assuré et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure et toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle, sous réserve des exclusions énumérées ci-après.

- Sont assimilés aux accidents :

Les infections causées directement par un accident garanti, à l'exclusion de toute infection résultant de l'intervention humaine après un accident garanti.

Les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives.

L'asphyxie due à l'action imprévue de gaz ou de vapeurs.

La noyade et les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute dans l'eau ou dans un liquide infecté. Les gelures, coups de chaleur, insolation ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écoulement, avalanche, et inondation.

Les lésions corporelles résultant d'agression ou d'attentat dont l'Assuré serait victime sauf s'il est prouvé qu'il aurait pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements.

MALADIE

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

DECHEANCE

Privation du droit aux sommes prévues dans le contrat par suite du non-respect par l'Assuré de certaines obligations qui lui sont imposées.

TERRITORIALITE

Les prestations d'assistance s'appliquent à l'occasion de déplacements de loisirs sans franchise kilométrique dans le monde entier à l'exclusion des pays en état de guerre ou d'instabilité politique notoire ou qui restreignent strictement la libre circulation des personnes dans leur territoire.

Sont exclus du présent contrat les événements survenus dans le pays dont est ressortissant un bénéficiaire de nationalité étrangère résidant en France et dans le pays de deuxième nationalité pour un bénéficiaire ayant une double nationalité dont celle française et résidant en France.

CHAMP D'APPLICATION

Les prestations d'assistance aux personnes s'appliquent lorsque vous voyagez ou êtes en déplacement pour une durée maximum de 120 jours consécutifs et ce pour des voyages ou déplacements de loisirs à l'exclusion de tout déplacement à caractère professionnel.

Les stages sont couverts dans la mesure où ils sont conseillés ou ordonnés par l'établissement scolaire ou universitaire dont dépend le bénéficiaire qu'ils soient rémunérés ou non.

HOSPITALISATION

Toute hospitalisation prescrite par un médecin consécutive à un accident ou à une maladie survenant inopinément.

MISE EN ŒUVRE DU SERVICE

Le service est accessible par téléphone 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 à l'exception des prestations d'informations accessibles du lundi au samedi de 9H à 19 H.

2 – LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application de la présente convention d'assistance, vous vous engagez à réserver à CHUBB ASSISTANCE le droit d'utiliser le titre de transport que vous détenez, ou à rembourser CHUBB ASSISTANCE des montants dont vous obtiendriez le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre de transport.

2.1 – ASSISTANCE AUX PERSONNES

2.1.1 - Transport / Rapatriement

- Procédure préalable :

La maladie ou les blessures doivent impérativement être signalées de manière préalable à CHUBB ASSISTANCE qui se chargera alors d'organiser le meilleur parcours de santé possible de l'Assuré et notamment son transport. À cet égard, CHUBB ASSISTANCE se réserve le droit de demander le titre de transport de la personne concernée.

- Mise en œuvre :

Le mode d'évacuation de la personne malade ou blessée, la date et le lieu de son hospitalisation, choisis et à la charge de CHUBB ASSISTANCE, sont adaptés en fonction de la gravité du cas.

Le seul critère retenu pour ce choix est le critère médical.

2.1.2 - Présence hospitalisation

Vous êtes hospitalisé sur le lieu de votre maladie ou de votre accident et nos médecins ne préconisent pas un transport avant 10 jours : nous organisons et prenons en charge le déplacement aller et retour par train en première classe ou avion de ligne en classe économique d'une personne choisie et résidant en France pour lui permettre de se rendre à votre chevet. Nous prenons également en charge les frais d'hôtel de cette personne sur place, à concurrence de 46 € T.T.C. par nuit pendant 10 nuits maximum (chambre et petit déjeuner).

Cette personne doit :

- Être domiciliée en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco ou d'Andorre si vous y êtes domicilié,
- Être domiciliée dans le même département ou territoire d'Outre-Mer que vous si vous êtes domicilié dans les DOM-TOM.

2.1.3 - Prolongation de séjour

Nous organisons et prenons en charge vos frais de prolongation de séjour à l'hôtel et d'une personne bénéficiaire demeurant à votre chevet si vous ne pouvez entreprendre votre retour à la date prévue pour des raisons médicales validées par notre service médical.

Nous prenons en charge les frais d'hôtel à concurrence de 46 € TTC par nuit et par personne pour vous et votre accompagnant pendant 10 nuits maximum (chambre et petit déjeuner). Les prestations « retour d'un accompagnant », « présence hospitalisation » et « prolongation de séjour » ne sont pas cumulables entre elles.

2.1.4 - Frais de secours sur piste

Lorsque vous êtes accidenté sur une piste de ski balisée ouverte aux skieurs au moment de l'accident nous prenons en charge les frais de secours sur piste de l'accident jusqu'au centre de soins le plus proche à concurrence de 381€. Les frais de recherche en montagne s'il y a lieu restent à votre charge.

2.1.5 - Remboursement complémentaire des frais médicaux

Vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement hors de France : nous remboursons, à hauteur de 5.336 € TTC et de 76.225 € TTC pour les Etats-Unis, le Canada, l'Australie, le Japon et l'Asie du Sud Est par bénéficiaire et pendant la durée de validité du contrat le montant des frais médicaux engagés hors de France et restant à votre charge après remboursement effectué par la Sécurité sociale, la mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance.

Une franchise de 31 € par bénéficiaire et par événement est appliquée dans tous les cas.

Les soins dentaires sont remboursés dans les mêmes conditions avec un plafond de 77 € TTC.

Nature des frais médicaux : honoraires médicaux, frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien, frais d'ambulance ordonnée par un médecin pour un trajet local, frais d'hospitalisation tant que le bénéficiaire a été jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local. Le remboursement complémentaire de ces frais d'hospitalisation cesse à compter du jour où nous sommes en mesure d'effectuer le transport du bénéficiaire, urgence dentaire.

2.1.6 - Avance des frais d'hospitalisation

En cas de maladie ou de blessures lors d'un déplacement hors de France tant que vous vous trouvez hospitalisé, nous pouvons faire l'avance des frais d'hospitalisation dans la limite de 5.336 € et de 76.225 € pour les Etats-Unis, le Canada, le Japon, l'Australie et l'Asie du Sud Est par bénéficiaire et pendant la durée de validité du contrat sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- Pour des soins prescrits en accord avec nos médecins,
- Tant que vous êtes jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local.

Aucune avance n'est accordée à dater du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre transport.

2.2 - ASSISTANCE EN CAS DE DECES

Quel que soit le prix (exception faite des frais de cercueil garantis à hauteur de 458 € TTC), CHUBB ASSISTANCE assure le transport du corps et les frais funéraires induits par le rapatriement et ce jusqu'au lieu d'inhumation devant se situer en France.

2.3 - AIDE AU VOYAGE

- Avance de fonds à l'étranger

Une avance de fonds d'un montant pouvant atteindre 2.287 € est proposé à l'assuré par CHUBB ASSISTANCE, après son accord préalable et contre un chèque certifié en cas de vol de vos moyens de paiement (carte(s) de crédit, chéquier(s))

- Envoi de médicaments

Si en cours de déplacement à l'étranger l'assuré est dans l'impossibilité de trouver des médicaments indispensables à son traitement ou d'obtenir leur équivalent, CHUBB ASSISTANCE met tout en œuvre afin d'acheminer ces médicaments, dont le coût reste dans tous les cas à la charge de l'assuré.

2.4 - PROCEDURE JUDICIAIRE A L'ETRANGER

Une assistance juridique est proposée à l'assuré en cas de poursuites judiciaires dont il fait l'objet et résultant d'un accident de la circulation intervenu à l'étranger. Dans ce cas, CHUBB ASSISTANCE avance les honoraires d'avocat à concurrence de 1.525 € maximum et la caution pénale à concurrence de 7.623 € TTC maximum, dont le remboursement devra intervenir dans un délai de trois mois à compter du jour de l'avance.

3 – EXCLUSIONS ET CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

3.1 - Sont exclus :

- **Les frais engagés sans notre accord préalable ou dont la prise en charge n'est pas prévue par la présente convention d'assistance,**
- **Les frais non justifiés par des documents originaux,**
- **Les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité des contrats,**
- **Les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions motorisées (ou leurs essais) lorsque vous y participez en qualité de concurrent**
- **Les maladies ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance,**

- Les maladies mentales ayant déjà fait l'objet d'un traitement,
- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement,
- L'organisation et la prise en charge du Transport/Rapatriement pour des affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour,
- Les conséquences de l'usage de drogue, stupéfiants ou produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif d'alcool,
- Les conséquences d'actes intentionnels de votre part ou les Conséquences d'actes dolosifs, tentatives de suicide ou suicide
- Les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le départ et dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse à partir de la 28ème semaine, les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicalement assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse,
- Les situations liées à des faits de grève,
- Les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous,
- Les frais médicaux engagés en France, qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie ou à un accident survenu hors de France,
- Les frais d'optique (lunettes ou verres de contact par exemple),
- Les frais liés aux appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires notamment),
- Les frais d'annulation de séjour,
- Les frais de cure thermale,
- Les frais liés à des interventions à caractère esthétique,
- Les frais de séjour en maison de repos,
- Les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie,
- Les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination,
- Les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant,
- Les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- Les frais médicaux engagés en France,
- Les frais de recherche et de secours de personne en montagne, en mer ou dans le désert,
- Les frais de secours hors-piste de ski,
- Les frais de restaurant,
- Les frais de douane,
- Les dommages survenus aux bénéficiaires se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire.

3.2 - Les circonstances exceptionnelles

CHUBB ASSISTANCE ne peut être tenue pour responsable des manquements à l'exécution des prestations résultant des cas de force majeure ou d'évènements tels que guerres civiles ou étrangères, instabilité politique notoire, émeutes, mouvements populaires, représailles, actes de terrorisme, restrictions à la libre circulation des personnes ou des biens, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, ni des retards dans l'exécution des prestations résultant des mêmes causes.

4 – SUBROGATION

Conformément à l'article L121-12 du code des assurances, CHUBB ASSISTANCE est subrogée à concurrence des indemnités payées et des services fournis dans vos droits et actions ou ceux de votre représentant contre toute personne responsable des faits ayant nécessité son intervention.

Dans le cas où il s'avèrerait à posteriori que CHUBB ASSISTANCE aurait été amenée à déclencher une intervention alors que vous n'étiez plus ou pas bénéficiaire, les frais engagés vous seraient refacturés, de même si vous aviez

volontairement fourni de fausses informations sur les causes vous amenant à demander l'intervention de CHUBB ASSISTANCE alors que les faits réels n'auraient pas dû donner droit à l'intervention de CHUBB ASSISTANCE.

5 – PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat d'assurance sont prescrites à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions prévues aux articles L.114-1 à L.114-3 et L.145-9 du Code des assurances.

Article L 114-1 du Code des assurances : Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assuré en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

N.B : Par dérogation à l'article L. 114-1, pour la mise en œuvre des opérations relevant de l'article L.145-1 du Code des assurances, (notamment contrats groupe souscrits par un employeur en vue de couvrir les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité) la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail. »

Article L 114-2 du Code des assurances : La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. 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 l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L 114-3 du Code des assurances : Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après. Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site Officiel « www.legifrance.gouv.fr »

Article 2240 du Code civil : La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil : La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil : L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil : L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil : Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 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 interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil : L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

POUR TOUTE DEMANDE D'ASSISTANCE

- 1) Téléphoner ou télexer à CHUBB Assistance aux numéros suivants :
Téléphone : 33 1 44 85 47 85
Télex : 650 254 F Télécopie : 33 1 40 25 52 62
- 2) Préciser impérativement : Votre numéro de convention d'assistance : 620 328 / Contrat 5140740.
- 3) Vous conformer aux solutions que nous préconisons.

Toute dépense engagée sans l'accord préalable CHUBB ASSISTANCE ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

Annexe 1 : Modèle de lettre de renonciation

Votre nom :
Votre prénom :
Votre adresse :
Votre date de naissance :

Par courrier recommandé avec accusé de réception

La Mutuelle Familiale
52 rue d'Hauteville
75487 Paris Cedex 10

A....., le

Vos références :

N° de Sécurité sociale :
N° d' membre participant :
N° de transaction bancaire (si paiement par carte ou virement) :

Objet : Annulation d'une souscription dans le délai de 14 jours.

Madame, Monsieur,

Le (date de la demande), j'ai souscrit un contrat : (nom de la garantie).

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, le délai de 14 jours à compter de la date de souscription n'étant pas expiré, je vous demande d'annuler ma souscription et de me retourner..... (L'acompte versé, le montant versé).

Dans cette attente, veuillez accepter Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Signature,

P.J. : - Copie de mon bulletin d'adhésion.

- Original de mon RIB pour remboursement de la cotisation acquittée au titre de la garantie souscrite.