

# RÈGLEMENT MUTUALISTE

Mise à jour approuvée par le Conseil d'administration du 26 novembre 2020

## Table des matières

Préambule.....	3
TITRE I – ADHÉSION À LA MUTUELLE .....	3
ARTICLE 1 – OBJET ET FORMATION DU CONTRAT MUTUALISTE .....	3
ARTICLE 1-1 – OBJET DU CONTRAT MUTUALISTE.....	3
ARTICLE 1-2 – MODALITES D’ADHESION .....	3
ARTICLE 1-3 – PRISE D’EFFET DE L’ADHÉSION .....	3
ARTICLE 1-4 – DURÉE ET RENOUELEMENT DE L’ADHESION .....	3
ARTICLE 1-5 – CONDITIONS D’ADHÉSION AUX GARANTIES.....	3
ARTICLE 1-6 – DROIT DE RENONCIATION EN CAS D’ADHESION A DISTANCE OU PAR VOIE DE DEMARCHAGE .....	4
ARTICLE 2 – MODIFICATIONS DU CONTRAT MUTUALISTE A L’INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT .....	4
ARTICLE 2-1 – CHANGEMENT DE SITUATION PERSONNELLE OU ADMINISTRATIVE .....	5
ARTICLE 2-2 – CHANGEMENT DE GARANTIE .....	5
ARTICLE 3 – MODIFICATION DU CONTRAT MUTUALISTE A L’INITIATIVE DE LA MUTUELLE .....	5
ARTICLE 3-1 – REVISION DECIDEE PAR LE CONSEIL D’ADMINISTRATION .....	5
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.....	6
ARTICLE 4-4 – CONSEQUENCES .....	7
TITRE II – COTISATIONS.....	7
ARTICLE 5 – DÉTERMINATION DES COTISATIONS .....	7
ARTICLE 5-1 – MONTANT DE LA COTISATION.....	7
ARTICLE 5-2 – LES COTISATIONS.....	7
ARTICLE 5-3 – STRUCTURE STANDARD DES COTISATIONS .....	7
ARTICLE 6 – PAIEMENT DES COTISATIONS.....	8
ARTICLE 6-1 – PAIEMENT DES COTISATIONS .....	8
ARTICLE 6-2 – DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION .....	8
ARTICLE 6-3 – FRAIS D’IMPAYÉS .....	8
TITRE III - PRESTATIONS ET SERVICES ASSOCIÉS .....	9
ARTICLE 7 – CONDITIONS DE REMBOURSEMENTDES PRESTATIONS .....	9
ARTICLE 7-1 – PRINCIPE DE REMBOURSEMENT .....	9
ARTICLE 7-2 – BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS MUTUALISTES.....	9
ARTICLE 7-3 – OUVERTURE DES DROITS.....	9
ARTICLE 7-4 – CESSATION DES DROITS .....	9
ARTICLE 7-5 – TÉLÉTRANSMISSION.....	9
ARTICLE 7-6 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT PAR LA MUTUELLE.....	9
ARTICLE 7-7 – JUSTIFICATIFS.....	10
ARTICLE 7-8 – TIERS PAYANT .....	10
ARTICLE 7-9 – RECOURS SUBROGATOIRE ACCIDENT .....	10
ARTICLE 7-10 – FORCLUSION .....	10
TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES .....	10
ARTICLE 8 – DÉLAI DE PRESCRIPTION.....	10
ARTICLE 9 – INFORMATIQUE ET LIBERTES .....	11
ARTICLE 10 – RÉCLAMATIONS, MÉDIATION.....	11
ARTICLE 10-1 – RÉCLAMATION.....	11
ARTICLE 10-2 – MÉDIATION.....	11
TITRE V – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES .....	11
ARTICLE 11 – GARANTIE ASSURÉE PAR LA MUTUELLE ET SERVICES .....	12
ARTICLE 11-1 – PRESTATION SOLIDARITE FAMILIALE .....	12
ARTICLE 11-2 – RESEAU DE SOINS .....	12
ARTICLE 12 – GARANTIES NON REGIES PAR LE PRESENT REGLEMENT .....	12
ARTICLE 12-1 – ASSISTANCE .....	12
ARTICLE 12-2 – GARANTIES DE PRÉVOYANCE .....	12
ARTICLE 12-3 – PROTECTION JURIDIQUE.....	12
ARTICLE 12-4 – COMPLÉMENT RETRAITE MUTUALISTE (COREM).....	12
ARTICLE 12-5 – GARANTIE FRAIS D’OBSEQUES.....	12
ARTICLE 13 – ALLOCATION DE FIDÉLITÉ.....	13
ARTICLE 14 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE .....	13

## 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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'adhésion à la mutuelle.

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.

La garantie COMPLÉTO est une sur-complémentaire, 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 de la gamme TERREA 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 BS comprenant les garanties BS1 à BS4

La gamme CS comprenant les garanties CS1 à CS3

La gamme DS comprenant les garanties DS1 à DS4

La gamme ES comprenant les garanties ES1 à ES4

La gamme FS comprenant les garanties FS1 à FS4

La gamme GS comprenant les garanties GS1 à GS4

La gamme HS comprenant les garanties HS1 à HS3

La gamme IS comprenant les garanties IS1 à IS2

La gamme JS comprenant les garanties JS1 à JS2

La gamme KS comprenant les garanties KS1 à KS2

La garantie LS 2

La gamme MS comprenant les garanties MS1 à MS2

La gamme NS comprenant les garanties NS1 à NS2

La gamme OS comprenant les garanties OS1 à OS2

La gamme PS comprenant les garanties PS1 à PS2

La gamme QS comprenant les garanties QS1 à QS2

La garantie RS 1

La garantie SS1

La garantie TS1

La garantie US1

La garantie VS1

La garantie WS1

La garantie XS1

La garantie YS1

La garantie ZS1

La garantie AAS1

La garantie ABS1

La garantie ACS1

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.

#### 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 1er 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<sup>er</sup> septembre au 31 août). Toutefois, le membre participant a la possibilité de solliciter, à tout moment, un changement de garantie vers un niveau supérieur ou inférieur à que 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.

En revanche, le changement de garantie pour un niveau inférieur ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de 6 mois à compter de l'adhésion.

Les demandes de changement de formules niveau de garanties 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 changement de garantie, toute demande de prestation sera appréciée par référence à la date des soins dont le remboursement est sollicité.

En cas de changement de niveau de garantie et/ ou de renfort optionnel, un nouveau bulletin 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    | - 35,5 € par mois pour Campus 4 |
| - 12 € par mois pour Campus 2   | - 49,5 € par mois pour Campus 5 |
| - 27,5 € par mois pour Campus 3 |                                 |

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

- |                  |                  |                  |
|------------------|------------------|------------------|
| - de 16 à 24 ans | - de 50 à 59 ans | - de 75 à 79 ans |
| - de 25 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 |

## 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.

#### 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 en place qu'après demande de radiation du précédent 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, notwithstanding 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](mailto: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](mailto: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](http://www.cnil.fr).

Plus d'informations sur [www.mutuelle-familiale.fr/politique-de-confidentialite](http://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 en écrivant au service demandes adhérents :

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

Le membre recevra accusé de réception de sa réclamation, sous 10 jours ouvrables au plus tard à compter de sa 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 sa demande.

### ARTICLE 10-2 – MÉDIATION

Conformément au processus de médiation prévu au titre I du livre VI du Code de la consommation, après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai maximal d'un an après cette réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur :

- soit 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 IAM – 383 24 189 RCS Paris et CNP Assurances –341737062 RCS Paris, régies par le Code des assurances – 4, place Raoul Dautry - 75716 PARIS Cedex 15.
- SA MFPrévoyance, filiale du groupe CNP Assurances – 507648053 Paris, régie par le Code des assurances – 62 Rue Jeanne d'Arc – 75640 Paris cedex 13.
- SA OCIRP VIE -339688608RCSParis, régie par le Code des assurances – 10, rue Cambacérès - 75008 PARIS.
- MUTUELLE GÉNÉRALE DE PRÉVOYANCE -RNM 337 682 660, mutuelle soumise aux dispositions du Livre2 du Code de la mutualité - 39, rue du Jourdil-74960 CRAN– GEVRIER
- MUTUELLE DE FRANCE PRÉVOYANCE – RNM 383 143 617, mutuelle soumise aux dispositions du Livre 2 du Code de la mutualité - 447, avenue de Joucques– BP 1401 – 13785 AUBAGNE Cedex
- MUTUELLE ATLANTIQUE DE PRÉVOYANCE, RNM 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 l'un des partenaires suivants de la Mutuelle Familiale :

- MFPrévoyance, entreprise régie par le code des assurances, sise 62, rue Jeanne d'Arc - 75640 PARIS Cedex 13, n° RCS 507 648 053 ;
- 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.

La garantie Frais d'obsèques peut également bénéficier aux membres honoraires de la Mutuelle. Dans ce cas, cette prestation est assurée par MFPrévoyance.

En tout état de cause, cette prestation n'est déclenchée qu'avec l'accord préalable du prestataire concerné 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 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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 [www.mutuelle-familiale.fr](http://www.mutuelle-familiale.fr). Ils peuvent être également envoyés aux adhérents sur simple demande.

## PRÉAMBULE

La présente notice d'information a pour objet de décrire les garanties du contrat d'assurance intitulé « TOM » (« T'AS AU MAX ») dont les organismes assureurs sont :

**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.

Les garanties du présent contrat ne seront plus acquises aux assurés dès qu'ils cesseront d'être bénéficiaires de l'une des garanties souscrites précédemment cités, soit pour des raisons statutaires, soit pour non renouvellement de leur adhésion.

Les garanties objet de la présente notice d'information ont été souscrites par S2C – Sud Courtage et Conseil – 432, Bd Michelet – 13009 Marseille – Tel 04.91.16.47.12, fax 04.91.16.47.11 – Email : gestion@sud-courtage.fr – SARL de courtage d'assurances au capital de 7622,45 € – RCS Marseille B 395 214 646 00022 – Code APE 672 Z – N° ORIAS 07 030 727, et dont les missions sont les suivantes : conception des garanties, rédaction des conditions particulières, négociation tarifaire, suivi des sinistres, avis d'échéances et encaissement des primes globales auprès de la MEP, règlements compagnie.

## CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES

### Prise d'effet des garanties

Le lendemain du jour de l'adhésion à minuit (0h00). Toutefois, pour toute nouvelle adhésion d'une durée de 12 mois souscrite à la MEP antérieurement au 01/06, il est précisé que la garantie Responsabilité Civile sera acquise du 01/06 de l'année en cours jusqu'au 31 août de l'année suivante.

Exemples :

- Pour une adhésion d'une durée de 3 mois souscrite à la MEP le 10/05 de l'année en cours, la garantie prendra effet le 11/05 à minuit (0h00) de l'année en cours pour se terminer le 31 août de l'année en cours.
- Pour une adhésion d'une durée de 12 mois souscrite à la MEP le 10/05 de l'année en cours, la garantie prendra effet le 01/06 à minuit (0h00) de l'année.
- Pour une adhésion au 15/06 de l'année en cours, la garantie prendra effet le 16/06 à minuit (0h00) de l'année en cours pour se terminer le 31 août de l'année suivante.

### Cessation d'effet des garanties

Lorsque l'Assuré cesse d'être adhérent de la Mutuelle signataire.

### Étendue territoriale

Les garanties Responsabilité Civile (RC) 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. Les garanties Individuelle Accident (IA)/Décès sont acquises quel que soit le lieu de survenance du sinistre. La garantie Assistance Monde Entier produit ses effets partout dans le monde 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 également exclus les pays dont est ressortissant l'Assuré de nationalité étrangère ou de double nationalité.

### Période de garantie

La garantie s'applique aux sinistres dont le fait générateur se situe pendant la période de validité du contrat, c'est-à-dire entre la date de prise d'effet telle que précisée précédemment et la date d'expiration ou de résiliation du contrat.

## GARANTIE RESPONSABILITÉ CIVILE

La MEP adhère au contrat groupe N° 1743420304 souscrit par S2C, auprès de l'assureur AXA France IARD – siège social : 313, terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre cedex – SA au capital de 214 799 030 € – 722 057 460 RCS Paris – Entreprise régie par le Code des assurances.

### Définitions

**Accident** : événement soudain, imprévu et extérieur à la victime et à la chose endommagée constituant la cause de dommages corporels ou matériels.

**Assuré** : les membres participants qui ont souscrit à l'un des contrats mutualistes de la MEP proposé par la Mutuelle Familiale. 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.

### Dommages :

- Dommages corporels : toute atteinte corporelle subie par une personne physique.
- Dommages matériels : détérioration ou destruction d'une chose ou substance, toute atteinte physique à un animal.
- Dommages 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.
- Dommages exceptionnels : dommages 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 AXA France. La franchise s'applique par sinistre, quel que soit le nombre de victimes.

**Sinistre** : événement susceptible de mettre en jeu la garantie.

**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.

**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.

**Article 1. Objet de la garantie**

AXA France garantit l'Assuré contre les conséquences pécuniaires de la Responsabilité Civile pouvant lui incomber en application des articles 1240 à 1244 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 :
  - o de l'usage des cycles sans moteur et de leurs remorques ;
  - o de tous véhicules mus à la main ;
  - o 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 L.211-1 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 ;
  - o de l'immeuble constituant sa résidence principale ;
- des agencements intérieurs ou extérieurs des locaux d'habitation qu'il occupe, à titre privé ;
- des dépendances, antennes de télévision et de radio ;
- d'émanations de gaz provoquées par son installation domestique. Cette garantie ne peut trouver application que si l'Assuré justifie avoir procédé à l'exécution régulière des opérations normales d'entretien.
- 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 babysitting ;

- 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 AXA France renonce au recours que, comme subrogé dans les droits de l'Assuré, il serait en droit d'exercer contre ces personnes.

## **Article 2. Défense et Recours**

### **Objet de la garantie**

En cas de litige opposant l'Assuré à un Tiers, AXA France garantit :

- la mise en œuvre, par les voies amiables ou judiciaires, des moyens nécessaires à la sauvegarde des droits et intérêts de l'Assuré ;
- 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 incombent à l'Assuré.

### **Champ d'application**

AXA France 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 mentionnés à l'article 1 « Objet de la garantie », 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**

À condition d'avoir donné son accord préalable sur l'engagement de ces frais, AXA France 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 AXA France de vous en proposer un.

### **Divergences d'intérêts**

En cas de désaccord entre vous et AXA France 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 s'applique ; 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 (TGI). Sauf décision contraire, c'est AXA France 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 AXA France, de divergences d'intérêts au sens de l'article L.127-5 du Code des assurances.

### **Article 3. Exclusions et déchéances**

#### **A – Responsabilité Civile**

**AXA France ne garantit pas :**

- **votre résidence secondaire ;**
- **votre activité d'assistante maternelle ;**
- **les immeubles ou parties d'immeubles dont vous n'êtes pas occupant ;**
- **les accidents :**
  - **résultant d'une activité professionnelle, étant précisé que les accidents causés au cours de trajets, pour vous rendre sur les lieux de l'établissement scolaire ou en stage, ne sont pas considérés comme résultant d'une activité professionnelle ;**
  - **résultant d'une fonction publique, politique ou sociale ou de dirigeant d'association ;**
  - **résultant de la pratique de la chasse (la chasse sous-marine restant garantie), de l'équitation avec des chevaux vous appartenant, du bobsleigh, des sports aériens, du polo, du yachting avec des voiliers de plus de 5,50 m ou résultant de toute participation à des compétitions de yachting avec des embarcations de plaisance à voiles ou à rames quelles qu'elles soient ;**
  - **résultant de la pratique de tout sport à titre professionnel ;**
  - **causés par les armes à feu et leurs munitions de 1ère ou de 4ème catégorie dont la détention est interdite et dont vous seriez sciemment possesseur ou détenteur sans autorisation préfectorale ;**
  - **causés par les véhicules à traction animale, par les véhicules, leurs remorques et semi-remorques soumis à la législation sur l'assurance automobile obligatoire (tels que les karts, les tondeuses avec siège, les véhicules à moteur destinés aux enfants), par les appareils nautiques de plus de 6 CV et par tout engin ou appareil aérien autre que les engins d'aéromodélisme jusqu'à 5 kg et 10 cm<sup>3</sup> dont vous ou les personnes dont vous êtes civilement responsable ont la propriété, la conduite ou la garde ;**
  - **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 €, 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 4. Tableau des garanties**

#### **Article 5. Responsabilité civile médicale**

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, Sages-femmes, Puéricultrices, Aides-soignantes, Manipulateurs radios, préparation universitaire ou en école privée ou publique au diplôme d'État d'Ergothérapeute, à l'exclusion de tout autre. Les garanties sont accordées jusqu'à la cinquième année d'études pour les disciplines suivantes : Psychologie, Pharmacie et Sages-femmes. 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'Etat en Psychomotricité.

#### **Montant des garanties**

- Dommages corporels : 6 100 000 € - Franchise néant.
- Intoxication alimentaire : 6 100 000 € - Franchise néant.
- Dommages 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**

Païement 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 et déchéances**

**Outre les exclusions prévues dans la cadre de la garantie Responsabilité Civile énumérées à l'article 3, 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 ;
- les conséquences d'un acte à finalité purement esthétique ;
- les dommages qui proviendraient directement ou indirectement de :
  - o prélèvement, transformation, traitement ou fourniture de sang ou de tout produit dérivé de celui-ci et de toute sécrétion ou cellule humaine effectués pour le compte et/ou dans le cadre de tout service ou organisme chargé de cette activité ;
  - o activités consistant à concevoir, étudier, créer de nouveaux médicaments, équipements, produits destinés à tous usages de soins ou de cosmétiques ainsi que toutes expérimentations et tests associés ;
  - o 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. À défaut de cet accord, AXA FRANCE peut néanmoins assumer la défense des intérêts civils de l'Assuré. AXA FRANCE peut exercer toute voie 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 :
  - o 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 € TTC par sinistre ;
  - o 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 convention.

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 1<sup>ère</sup> instance ou transaction en cours de procédure : 1 150 € ;
- décision d'appel : 1 220 € ;
- procédure en cours de cassation, Conseil d'État ou juridiction européenne : 1 530 €.

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 peut 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 (TGI) 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. 6 000 € x taux d'invalidité ; 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 garantie 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 € ;
- les amendes de toute nature ;
- les actions en recouvrement 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.

### **GARANTIE INDIVIDUELLE ACCIDENT / DÉCÈS**

La MEP adhère au contrat groupe 5140740 souscrit par S2C, auprès de l'assureur CHUBB European Group SE – Siège Social : 100 Leadenhall Street – Londres, EC3A 3BP – Royaume-Uni. 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 numéro : 1112892.

Votre contrat est soumis à la loi française et à la réglementation du Code des assurances.

Direction Générale pour la France : Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie. Numéro d'identification 450 327 374 R.C.S. Nanterre – APE 6512Z.

Autorité de contrôle : ACPR – 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.

#### **Article 1. Natures et montants des garanties**

##### **Individuelle Accident/Décès**

##### **Capitaux Individuelle Accident :**

- pour une invalidité de 0 % à 10 % (inclus) : pas de capital versé ;
- pour une invalidité de 11 % à 15 % (inclus) : 2 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 16 % à 20 % (inclus) : 6 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 21 % à 30 % (inclus) : 12 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 31 % à 50 % (inclus) : 15 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 51 % à 75 % (inclus) : 20 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 76 % à 90 % (inclus) : 25 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 91 % à 100 % (inclus) : 35 000 € x taux d'invalidité.

Le taux est un pourcentage (%). A titre d'exemple, pour 60 % d'invalidité, il sera donc versé un capital de 12 000 € (20 000 € x 0,60). La Mutuelle intervient en tant que co-assureur à hauteur de 20 % des montants ci-dessus indiqués (cf règlement mutualiste supra), CHUBB European Group SE intervenant en qualité de co-assureur à hauteur de 80 % des montants ci-dessus indiqués. 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, consultable dans les accueils MEP ou via Internet sur [www.mep.fr](http://www.mep.fr).

##### **Capital en cas de décès consécutif à un accident**

- 610 € pour les adhérents célibataires ;
- plus 305 € pour les adhérents mariés ;
- plus 305 € par enfant à charge, avec un maximum de 1 525 € (soit 2 enfants à charge).
- Les enfants sont considérés comme étant à charge dans les seuls cas énumérés ci-dessous :

- s'ils sont âgés de moins de 21 ans ;
- s'ils ont plus de 21 ans et moins de 25 ans et qu'ils poursuivent leurs études. Les revenus ou rémunérations éventuellement perçus annuellement par ceux-ci devront être inférieurs au montant minimum imposable au titre de l'I.R.P.P. (Impôt sur le Revenu des Personnes Physiques) ;
- s'ils sont infirmes (hors d'état de subvenir eux-mêmes à leurs besoins, quel que soit leur âge) ;
- s'ils ont été conçus nés viables dans les trois cent jours suivant la date de l'accident ayant entraîné le décès de l'Assuré.

### **Définitions**

**Assuré bénéficiaire :** les Assurés (vous) bénéficiant de l'assurance Individuelle Accident/Décès sont les personnes qui ont souscrit l'un des contrats mutualistes proposé par la MEP. Le bénéficiaire est 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, 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, écroulement, 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.

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

#### **L'assurance ne couvre pas les sinistres :**

- causés ou provoqués intentionnellement par l'Assuré ;
- dus à la conduite en état d'ivresse lorsque le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à celui légalement admis dans le pays où a lieu l'accident ;
- dus à l'usage par l'Assuré de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
- survenus lorsque l'Assuré présente 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 de l'Assuré ;
- résultant de la participation de l'Assuré 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 l'Assuré est passager d'un appareil de locomotion aérienne qui n'est pas agréé pour le transport de passagers ;
- provoqués par la guerre étrangère ; l'Assuré ou le bénéficiaire doit prouver que le sinistre résulte d'un autre fait ;
- provoqués par la guerre civile ; il appartient à l'Assureur 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.

## **Article 2. Déclaration de sinistre**

L'Assuré ou le bénéficiaire doit déclarer le sinistre auprès de l'Assureur dans les trente jours ouvrés qui suivent la date à laquelle le sinistre est connu, sauf cas fortuit ou de force majeure.

La déclaration doit comprendre :

- une déclaration écrite précisant les circonstances de l'accident, le nom des témoins et l'identité de l'autorité verbalisatrice si un procès-verbal initial est dressé ;
- le certificat médical initial décrivant les blessures ;
- les pièces établissant la qualité du bénéficiaire en cas de décès et les nom et adresse du notaire chargé de la succession.

L'Assuré ou le bénéficiaire qui intentionnellement fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés dans l'intention de tromper CHUBB European Group SE, 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 de l'Assuré qui doit se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état.

Le médecin de l'Assureur doit avoir libre accès auprès de l'Assuré pour constater son état afin de pouvoir déterminer le taux d'invalidité. L'Assuré accepte que les informations médicales concernant son état de santé soient communiquées au médecin expert de CHUBB European Group SE. 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 mutuelle qui incombera alors à l'Assuré. L'Assuré a la faculté de se faire assister du médecin de son choix. À défaut d'une déclaration dans les délais précités et dans le cas où l'Assureur subit un dommage du fait de l'absence de cette déclaration ou de son caractère tardif, la déchéance peut être opposée à l'Assuré si ce retard a causé un préjudice à l'Assureur.

### **Article 3. Dispositions diverses**

#### **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 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 de l'Assuré. 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 de l'Assuré 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.

#### **Informatique et libertés**

L'Assuré peut demander communication, rectification, effacement ou limitation des données personnelles le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la compagnie CHUBB European Groupe SE. Il dispose également d'un droit d'opposition au traitement de ses données et droit à leur portabilité. Ces droits peuvent être exercés auprès de la Direction Générale pour la France de CHUBB European Group SE (Loi du 6 janvier 1978 et Règlement n°2016/679 dit Règlement Général sur la Protection des Données)

#### **Prescription**

Conformément aux articles L.114-1 et L.114-2 du Code des assurances, toutes les actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans, 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur 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. La prescription est portée à dix ans en cas de garantie contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Quand l'action du membre participant 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 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 L111-1 du Code de la mutualité, 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 membre participant décédé.

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.

L'interruption de la prescription efface le délai de prescription acquis. Elle fait courir un nouveau délai de même durée que l'ancien.

### **Réclamation et médiation**

En cas de difficultés relatives à la distribution ou à l'adhésion au contrat d'assurance, vous pouvez écrire à la Mutuelle Familiale, deux moyens de contact sont à votre disposition :

- par courriel à [reclamations@mutuelle-familiale.fr](mailto:reclamations@mutuelle-familiale.fr) ;
- 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'Assuré recevra une réponse du Service Réclamations au plus tard deux mois après la date de réception de la demande.

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application du contrat d'assurance, vous pouvez écrire à CHUBB European Group SE - Tour Carpe Diem – 31, place des Corolles - Esplanade Nord - 92400 Courbevoie. Si le désaccord persiste après la réponse donnée par CHUBB European Group SE, vous pouvez demander l'avis du médiateur de la Fédération Française de l'Assurance. Ses coordonnées vous seront communiquées sur demande préalable. Si un désaccord subsiste entre l'Assuré et l'Assureur sur l'exécution du présent contrat, l'Assureur mettra l'Assuré en relation avec le Médiateur des Assurances.

### **ASSISTANCE MONDE ENTIER**

La MEP adhère au contrat groupe 5140740 souscrit par S2C, auprès de l'assureur CHUBB European Group SE – Siège Social : 100 Leadenhall Street – Londres, EC3A 3BP – Royaume-Uni. 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 numéro : 1112892.

Votre contrat est soumis à la loi française et à la réglementation du Code des assurances.

Direction Générale pour la France : Tour Carpe Diem – 31, place des Corolles - Esplanade Nord - 92400 Courbevoie. Numéro d'identification 450 327 374 R.C.S. Nanterre – APE 6512Z.

Autorité de contrôle : ACPR – 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.

### **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.

### **Article 1. Objet de la garantie**

Assistance aux personnes :

- transport/rapatriement ;
- présence hospitalisation ;
- prolongation de séjour ;
- frais de secours sur piste ;
- remboursement complémentaire des frais médicaux ;
- avance des frais d'hospitalisation ;
- assistance en cas de décès ;
- aide au voyage ;
- procédure judiciaire à l'étranger.

### **Définitions**

**Assuré :** les Assurés (vous) sont les personnes qui ont souscrit l'un des contrats mutualistes de la MEP proposé par la Mutuelle Familiale.

**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'information accessibles du lundi au samedi de 9h à 19h.

**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 France 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.

## **Article 2. Assistance aux personnes**

### **Transport/Rapatriement**

Procédure préalable : la maladie ou les blessures doivent impérativement être signalées de manière préalable à CHUBB ASSISTANCE qui se charge 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.

#### **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 € TTC 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.

#### **Prolongation de séjour**

Nous organisons et prenons en charge vos frais de prolongation de séjour à l'hôtel et ceux 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.

#### **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.

#### **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 États-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.

#### **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 États-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.

#### **Article 3. Assistance en cas de décès**

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.

#### **Article 4. Aide au voyage**

##### **Avance de fonds à l'étranger**

Une avance de fonds d'un montant pouvant atteindre 2 287 € est proposée 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.

#### **Article 5. Procédure judiciaire à l'étranger**

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 doit intervenir dans un délai de trois mois à compter du jour de l'avance.

## **Article 6. Exclusions**

**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 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 ski ;
- les frais de restaurant ;
- les frais de douane ;
- les dommages survenus aux bénéficiaires se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire.
- les conséquences de l'usage de drogues, 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).**

**POUR TOUTE DEMANDE D'ASSISTANCE**

1) Téléphoner ou télexer à CHUBB ASSISTANCE aux numéros suivants :

- téléphone : 33 140 25 57 25 ;
- télex : 650 254 F ;
- télécopie : 33 1 402552 62.

2) Préciser impérativement votre numéro de convention d'assistance : 620.328/5140740.

3) Vous conformer aux solutions que nous préconisons.

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