



## Notice d'information au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative G0049

### PRÉVOYANCE HOSPITALISATION ACCIDENTELLE

Cette notice d'information est à conserver sans limitation de durée.  
Elle prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020

#### **MFPrévoyance**

4, place Raoul Dautry – 75015 Paris  
Société anonyme à Directoire et Conseil de surveillance, au capital  
de 81 773 850 €, régie par le Code des Assurances.  
RCS 507 648 053 Paris

**LA MUTUELLE FAMILIALE** (siège social)  
52 rue d'Hauteville – 75487 Paris cedex 10  
[www.mutuelle-familiale.fr](http://www.mutuelle-familiale.fr)

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise au livre II.  
SIREN n°784 442 915

## ARTICLE 1

### INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE

1. Le contrat PREVOYANCE HOSPITALISATION ACCIDENTELLE est souscrit par la Mutuelle souscriptrice, dont les mentions légales sont portées en annexe de la présente notice d'information, auprès de MFPrévoyance (ci-après dénommée « l'Assureur ») 4, place Raoul Dautry – 75015 Paris – RCS 507 648 053 Paris.
2. L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur et de la Mutuelle souscriptrice est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
3. Le montant de la cotisation est déterminé en fonction de l'âge de l'Adhérent(e), de la formule choisie et de l'option choisie par l'Adhérent selon les indications portées en annexe de la présente notice d'information et dans les conditions de l'article 17 « Montant de la cotisation » de la présente notice.
4. L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information dure jusqu'au 31 décembre suivant la date d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier. Les dates de prise d'effet et de durée de l'adhésion sont définies à l'article 6 « Prise d'effet et durée de l'adhésion au contrat » de la présente notice d'information.
5. Le contrat relatif à la présente notice d'information a pour objet, tel que mentionné à l'article 10 « GARANTIE HOSPITALISATION ACCIDENTELLE JOURNALIERE » de la présente notice, de garantir le versement d'une prestation forfaitaire journalière lorsque, suite à un Accident, l'Assuré se trouve hospitalisé en milieu hospitalier ou à domicile.
6. Les exclusions sont mentionnées à l'article 13 « EXCLUSIONS » de la présente notice d'information.
7. L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat PREVOYANCE HOSPITALISATION ACCIDENTELLE est valable jusqu'à la date indiquée dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
8. L'adhésion au contrat PREVOYANCE HOSPITALISATION ACCIDENTELLE s'effectuera selon les modalités décrites aux articles 4 « Condition d'adhésion au contrat » et 5 « Formalités d'adhésion au contrat » de la présente notice ainsi que dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
9. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à l'article 18 « Paiement de la cotisation par l'adhérent » de la présente notice.
10. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent(e). Ainsi, les frais d'envois postaux ainsi que les frais d'envois recommandé électronique au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de la Mutuelle souscriptrice et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
11. Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 7 « Délai de renonciation en cas de vente par démarchage ou à distance » de la présente notice d'information.
12. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, la Mutuelle souscriptrice, l'Adhérent et l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur et la Mutuelle souscriptrice s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.
13. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 23 « Renseignements – Réclamations - Médiation » de la présente notice d'information.

## ARTICLE 2

### OBJET

Le contrat relatif à la présente notice d'information, dénommé PREVOYANCE HOSPITALISATION ACCIDENTELLE, est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, souscrit par la Mutuelle Familiale, ci-après dénommée la Mutuelle souscriptrice, auprès de MFPrévoyance, ci-après dénommé l'Assureur.

Il relève de la branche 1 (Accident) de l'article R.321-1 du Code des assurances issues de la classification opérée par l'article R.321-1 du Code des Assurances.

Il est régi par le Code des assurances et est soumis à la législation française.

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

La langue utilisée au titre du contrat est la langue française.

Le contrat PREVOYANCE HOSPITALISATION ACCIDENTELLE a pour objet de garantir à l'Assuré le versement d'une prestation forfaitaire journalière lorsque, suite à un Accident tel que contractuellement défini et survenu après la date d'effet de la garantie, l'Assuré se trouve hospitalisé en service hospitalier ou à domicile.

## ARTICLE 3

### DÉFINITIONS

► **Adhérent** : Toute personne physique Membre participant ou personne physique Membre honoraire de la Mutuelle souscriptrice et adhérente au contrat PREVOYANCE HOSPITALISATION ACCIDENTELLE, objet de la présente notice.

► **Accident** : Toute action soudaine et imprévisible provenant exclusivement et directement d'une cause extérieure qui a pour conséquence une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré. Les maladies ainsi que les événements liés à des opérations chirurgicales ou à des interventions en milieu hospitalier, sauf ceux découlant d'accidents tels que définis ci-dessus, ne sont pas considérés comme accidentels. A titre d'exemple, les accidents vasculaires ou une hémorragie interne sans cause traumatique ne sont pas des accidents.

► **Accident de la circulation** : L'accident de la circulation est un accident répondant aux conditions ci-dessus et se produisant :

- Soit au cours d'un trajet à pied, sur une voie de circulation publique, du fait de la circulation d'un véhicule terrestre à moteur (conformément à la définition de l'article L211-1 du Code des assurances),
- Soit au cours d'un trajet effectué sur une voie de circulation publique avec un véhicule terrestre à moteur.

► **Accident de l'Assuré passager d'un moyen de transport en commun** : Accident qui se produit à bord d'un moyen de transport public commercial terrestre (hors taxi), maritime, fluvial ou aérien, agréé

pour le transport payant de passagers pour un trajet et des horaires déterminés en contrepartie du paiement d'un titre de transport.

▶ **Assuré** : Personne physique sur laquelle repose le risque garanti.

▶ **Assureur** : MFPREVOYANCE, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance régie par le Code des Assurances, immatriculée au RCS Paris sous le n° 507 648 053, dont le siège social est sis 4, place Raoul Dautry – 75015 Paris.

▶ **Bénéficiaire** : Personne à qui sont dues les prestations garanties par l'Assureur en cas de réalisation du risque.

▶ **Certificat d'adhésion** : Document envoyé à l'Assuré par l'Assureur après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend notamment la désignation de personne assurée ainsi que le montant de la garantie souscrite et le montant de la cotisation.

▶ **Concubin** : Personne de sexe différent ou de même sexe vivant en couple avec l'Assuré dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil).

▶ **Conjoint** : Personne mariée à l'Adhérent, non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention de divorce enregistrée par notaire. Il s'agit d'une union légalement constatée entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe. Dans le cadre du contrat relatif à la présente notice, sont assimilés au Conjoint, le Partenaire de PACS et le Concubin tels que définis au présent article.

▶ **Déléataire de gestion** : Personne morale qui se voit confier par l'Assureur, pour une durée limitée éventuellement reconductible, la réalisation, pour son compte, d'actes juridiques, de prestations ou d'activités déterminées concourant à l'accomplissement de ses missions.

Il s'agit de la **MUTUELLE FAMILIALE**, Mutuelle soumise au livre II du Code de la mutualité, Code SIREN numéro 784 442 915 - dont le siège social est sis 52rue d'Hauteville, 75487 Paris Cedex 10.

▶ **Enfant fiscalement à charge** :

Sont considérés comme Enfants fiscalement à charge :

- ✓ Les Enfants à charge de l'Adhérent au sens de la Sécurité sociale, soit les enfants mineurs âgés de moins de dix-huit (18) ans de l'Adhérent,
- ✓ Les enfants mineurs de l'Adhérent, y compris ceux nés ou à naître dans les trois-cents (300) jours après le décès de celui-ci, rattaché au foyer fiscal de l'Adhérent ou recevant de l'Adhérent une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus de l'Assuré ;
- ✓ Les enfants majeurs de l'Adhérent et, le cas échéant, de son Conjoint, Concubin ou Partenaire de PACS, s'ils remplissent les conditions suivantes :
  - être âgés de moins de vingt-et-un (21) ans s'ils sont fiscalement à la charge de l'Assuré, entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus de l'Assuré, ou non imposables.
  - être âgés de moins de vingt-cinq (25) ans, s'ils sont rattaché au foyer fiscal de l'Assuré, entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus de l'Adhérent, ou non imposables, et s'ils justifient, soit :
    - de fréquenter, pendant l'année scolaire ou universitaire, un établissement où est donnée une instruction générale, technologique ou professionnelle comportant des conditions de travail, d'assiduité, de contrôle, de discipline,

- telle que l'exige normalement la préparation de diplômes officiels ou de carrières publiques ou privées ;
  - d'être en apprentissage;
  - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes ;
  - d'être à la recherche d'un emploi rémunéré : inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
  - d'être employés dans un ESAT (Etablissements et services d'aide par le travail) en tant que travailleurs handicapés.
- sans limitation d'âge en cas d'invalidité reconnue avant le vingt-six (26<sup>ème</sup>) anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale, justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé prévue par l'Article L. 821-1 du Code d'Action sociale.

► **La Fraude à l'assurance** : Lorsque l'Adhérent ou la Mutuelle souscriptrice effectue un " acte volontaire afin de tirer un profit illégitime du présent contrat d'assurance ". Cet acte peut être réalisé aussi bien lors de l'adhésion qu'à la souscription du présent contrat d'assurance que lors de son exécution (lors du sinistre).

La fraude est constituée de deux éléments : un élément matériel (la communication de fausses informations à l'assureur) et un élément moral (une irrégularité ou une omission commise de manière intentionnelle).

► **Groupe** : Ensemble des Adhérents au contrat relatif à la présente notice d'information.

► **Hospitalisation en service hospitalier** : Tout séjour, dans un établissement hospitalier ou dans une clinique (Clinique, hôpital public ou privé agréés par les autorités de santé) situés sur le territoire Français, d'au moins 24 heures consécutives, à la suite d'un Accident, afin d'y recevoir des soins ne relevant pas de cas figurant à la liste des exclusions.

► **Hospitalisation à domicile** : L'hospitalisation à domicile d'au moins 24 heures consécutives se définit comme devant répondre aux 5 conditions cumulatives suivantes :

- Elle doit être prescrite en tant que telle par un médecin hospitalier ou médecin exerçant dans une clinique agréée chargé de la coordination des soins.
- Elle doit faire l'objet de bulletins de situation d'hospitalisation à domicile délivrés par l'établissement hospitalier chargé de la gérer.
- Le patient est pris en charge 7 jours sur 7 par l'équipe médicale responsable de ses soins.
- L'équipe médicale effectue des actes médicaux complexes, dont la nature et l'intensité se distinguent des soins habituellement prodigués à domicile à la suite d'un séjour hospitalier.
- L'hospitalisation à domicile doit se situer sur le territoire Français.

► **Membre participant** : Toute personne physique ayant la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice, répondant aux conditions posées par les statuts de la Mutuelle Souscriptrice et aux conditions posées par la présente notice.

► **Membre honoraire** : Toute personne physique ayant la qualité de Membre participant de la Mutuelle souscriptrice, répondant aux conditions posées par les statuts de la Mutuelle Souscriptrice et aux conditions posées par la présente notice et s'engage à ce titre à verser la cotisation correspondante.

► **Mutuelle souscriptrice** : La Mutuelle souscriptrice est la personne morale qui signe le contrat au bénéfice de ses Membres participants et de ses Membres honoraires.

Il s'agit de : La MUTUELLE FAMILIALE, Mutuelle soumise au livre II du Code de la mutualité, Code SIREN numéro 784 442 915 - dont le siège social est sis 52, rue d'Hauteville, 75487 Paris Cedex 10.

► **Partenaire** : est la personne avec laquelle l'Assuré a conclu un Pacte Civil de solidarité (PACS). Ce PACS peut être conclu par deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

► **Personne assimilée au Conjoint** : Sont assimilés au Conjoint les partenaires de PACS et le Concubin tels que définis au présent article.

► **Personnes assurables sont** : L'Adhèrent principal, Son Conjoint ou son Concubin ou son Partenaire, les Enfants de l'Adhèrent fiscalement à sa charge, tels que sont définis dans le présent article.

► **Personnes politiquement exposées ou PPE nationales et/ou étrangères** :

Est défini comme Personne Politiquement Exposée, l'Assuré, le cas échéant son Bénéficiaire effectif, le Bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie ou de capitalisation, le cas échéant son Bénéficiaire effectif, et qui sont exposées à des risques particuliers en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elles exercent ou ont exercées depuis moins d'un an pour le compte d'un État étranger ou d'une institution internationale publique créée par un traité, ou qu'exercent ou ont exercées des membres directs de leur famille ou des personnes connues pour leur être étroitement associées (conformément à la définition de l'article L561-18 du Code monétaire et financier). Il en est de même pour les personnes qui exercent ou ont exercé des fonctions publiques importantes sur le territoire national.

Les fonctions des PPE sont listées aux articles L. 561-18 et R. 561-18 -I du Code monétaire et financier. La qualité de PPE couvre également la famille et les personnes qui sont étroitement associés aux PPE (article R 561-18 II et III du Code monétaire et financier).

► **Prescription** : Délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits. Les modalités sont définies à l'Article 24 « Déclaration de sinistre et Prescription » de la présente notice.

► **Territoire français** : France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-mer (DROM) à l'exclusion de Mayotte.

# TITRE 1 ADHÉSION

## ARTICLE 4

### CONDITIONS D'ADHÉSION

L'inscription de l'Adhérent, assuré principal au titre du contrat est :

FACULTATIVE

L'inscription des Personnes assurables au titre du présent contrat est :

FACULTATIVE

Les personnes assurables sont :

- L'Adhérent principal,
- Son Conjoint ou son Concubin ou son Partenaire tels qu'ils sont définis dans l'Article 3 « Définitions » de la présente notice,
- Les Enfants de l'Adhérent fiscalement à sa charge.

Les personnes assurables doivent :

- ✓ Etre affiliées à l'un des régimes obligatoires français.
- ✓ Etre âgées au jour de l'adhésion de moins de soixante-dix (70) ans et d'au moins dix-huit (18) ans pour l'adhérent principal,

Les personnes assurées au titre du contrat relatif à la présente notice d'information sont mentionnées sur le Certificat d'adhésion dudit contrat.

Il ne peut être enregistré au titre du contrat qu'une seule adhésion par personne.

## ARTICLE 5

### FORMALITES D'ADHESION AU CONTRAT

La demande d'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion selon un modèle établi par l'Assureur, rempli, daté et signé, puis transmis à la Mutuelle souscriptrice. Par le bulletin d'adhésion, l'Adhérent précise son identité et

celle des personnes assurables. Il précise également les informations demandées relatives aux éléments nécessaires à la détermination de sa couverture et au calcul de sa cotisation, donne son consentement à l'assurance et reconnaît avoir pris connaissance de la notice d'information.

L'acceptation de l'Assureur est notifiée par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice par l'envoi d'un Certificat d'adhésion.

Lors de son adhésion au contrat, la première cotisation doit être payée d'avance, c'est-à-dire dès réception de son Certificat d'adhésion.

## ARTICLE 6

### PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION AU CONTRAT

Sous réserve de l'acceptation du dossier et de l'encaissement effectif de la première cotisation par la Mutuelle souscriptrice, l'adhésion prend effet le premier jour du mois suivant la réception du premier paiement et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.

Les adhésions sont conclues pour une durée d'un (1) an. Le renouvellement de l'adhésion et des garanties se fait annuellement par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier sauf cas de résiliation prévus à l'article 8 et 9 ci-après.

Seuls les sinistres survenus postérieurement à l'adhésion sont couverts au titre du présent Contrat.

## ARTICLE 7

### RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE ET EN CAS DE DEMARCHAGE

\* **Si le contrat est vendu à distance :**

a) **Définition**

Le contrat est vendu à distance si toutes les étapes de la vente ont eu lieu via des techniques de communication à distance, notamment vente par correspondance, par courrier, par téléphone ou par Internet sous réserve que la souscription ne rentre pas dans le cadre d'une activité commerciale ou professionnelle.

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination du Conseiller clientèle et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

#### b) Délai de renonciation

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, tout Adhérent ayant adhéré à distance (conformément à la définition énoncée au sein du « a » précédent) a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter :

- ✓ du jour de la conclusion du contrat ou de la date d'effet de l'adhésion,
- ✓ du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L. 222-6 du Code de la consommation (si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu).

La date de conclusion du contrat et/ou la date de prise d'effet de l'adhésion est/sont mentionnée/s dans le Certificat d'adhésion.

L'Adhérent perd son droit de renonciation dès lors qu'il demande expressément l'exécution intégrale par toutes les parties du contrat avant l'échéance du délai de renonciation.

#### c) Modalités d'exercice de la renonciation

L'Adhérent doit faire parvenir à l'Assureur (par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice) la demande de renonciation par :

- lettre recommandée, datée et signée, à l'adresse suivante :

**La Mutuelle Familiale**

52, rue d'Hauteville –  
75487 Paris Cedex 10.

- ou recommandé électronique à l'adresse électronique suivante :  
[courrierAR@mutuelle-familiale.fr](mailto:courrierAR@mutuelle-familiale.fr)

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle de rédaction ci-après :

« Par la présente, je soussigné(e) ..... [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au **Contrat Prévoyance Hospitalisation Accidentelle G0049** conclu le ..... [Date de l'adhésion] à ... ..[Lieu de l'adhésion] et vous prie de me rembourser le montant de la cotisation éventuellement perçu,

soit la somme de .....€ [Montant en euros] conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances. Le ..... [Date et signature] ».

#### d) Effets de la renonciation

A compter de la réception de la lettre recommandée (la date du cachet de la Poste faisant foi) ou de l'envoi recommandé électronique avec avis de réception, l'adhésion au titre du contrat est résiliée sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

- Si l'Adhérent exerce son droit de renonciation, l'intégralité de la cotisation est due par la Mutuelle souscriptrice, dans un délai de trente (30) jours maximal à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique avec avis de réception qui correspond à la date de résiliation du contrat. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.

- L'Assureur peut conserver la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru à condition que l'Adhérent ait expressément demandé un début d'exécution et a été prévenu du coût de cette prestation en cas de renonciation. Dans ce cas, la Mutuelle ne procédera qu'au remboursement de la partie de la cotisation relative à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

#### \* Si le contrat est vendu par démarchage :

##### a) Définition

Le contrat objet de la présente notice est vendu par démarchage, si l'assurance a été proposée au domicile, à résidence ou sur le lieu de travail, en vue de l'adhésion à un contrat qui n'entre pas dans le cadre de l'activité commerciale ou professionnelle.

##### b) Délai de renonciation

Conformément à l'article L. 112-9 du Code des assurances, « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis



de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

Donc, tout Adhérent (ayant souscrit suite à un démarchage conformément à la définition précitée) a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il a été informé de la prise d'effet de l'adhésion. Ce délai expire le dernier jour à minuit. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation, conformément à l'article L112-9 alinéa 3 du Code des assurances.

### c) Modalités d'exercice de la renonciation

L'Adhérent doit faire parvenir la demande de renonciation par :

- lettre recommandée, datée et signée, à l'adresse suivante :

**La Mutuelle Familiale**

52, rue d'Hauteville –  
75487 Paris Cedex 10

- ou recommandé électronique à l'adresse électronique suivante :  
[courrierAR@mutuelle-familiale.fr](mailto:courrierAR@mutuelle-familiale.fr)

Cette renonciation peut notamment être effectuée selon le modèle de rédaction ci-après :

« Par la présente, je soussigné(e) ..... [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au **Contrat Prévoyance Hospitalisation Accidentelle G0049** conclu le ..... [Date de l'adhésion] à ... ..[Lieu de l'adhésion] et vous prie de me rembourser le montant de la cotisation éventuellement perçu, soit la somme de .....€ [Montant en euros] conformément à l'article L. 112-9 du Code des assurances. Je certifie n'avoir connaissance d'aucun sinistre mettant en jeu la garantie du contrat en cause. Le ..... ..[Date et signature] ».

### d) Effets de la renonciation

A compter de l'envoi de la lettre recommandée (la date du cachet de la Poste faisant foi) ou du recommandé électronique, la garantie prend fin

sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. L'adhésion est réputée n'avoir jamais existé seulement si le contrat n'a pas été exécuté.

Dans ce cas si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle procède au remboursement de la cotisation versée par l'Adhérent, dans un délai de trente (30) jours maximal à compter du jour où l'Adhérent à envoyer sa lettre de renonciation pour se rétracter. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.

## ARTICLE 8

### RESILIATION DU CONTRAT OU DE L'ADHESION DE L'ASSURE

#### Article 8.1 Résiliation à l'initiative de l'Adhérent

L'Adhérent peut demander la résiliation de son adhésion par lettre recommandée ou recommandé électronique à la Mutuelle souscriptrice :

- à chaque échéance annuelle de l'adhésion moyennant un préavis de deux (2) mois. La date de réception par la Mutuelle souscriptrice faisant foi ;
- dans les conditions prévues à l'article L.113-16 du Code des assurances à savoir en cas de changement de profession ; de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, La résiliation ne peut intervenir que dans les trois (3) mois de survenance de l'évènement et ne prend effet qu'un mois après information de l'autre partie ;
- en cas de non acceptation de la révision de sa cotisation prévue à l'article 20. La résiliation doit être réalisée dans un délai de trente (30) jours à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la modification du contrat.

Il incombe à la Mutuelle souscriptrice d'informer l'Assureur de toute résiliation par l'Adhérent.

Lorsque la résiliation concerne l'adhésion du Conjoint ou de la Personne assimilée au

conjoint de l'Adhérent, la lettre de résiliation doit être signée conjointement par l'Adhérent Preneur d'assurance et par son Conjoint ou la Personne assimilée au conjoint.

### **Article 8.2 Résiliation à l'initiative de l'Assureur**

L'Assureur peut demander la résiliation du Contrat en cas de :

- non-paiement de la cotisation par l'Adhérent au jour de la prise d'effet de la radiation du contrat conformément à la procédure définie à l'article L.141-3 du Code des assurances et décrite à l'article 19 de la notice ;
- non-acceptation de la révision annuelle des primes prévues à l'article 20 de la notice ;
- fausse déclaration de l'Adhérent ou de la Mutuelle souscriptrice prévue à l'article 25 de la notice .

définie à l'article 3 « définitions » de la présente notice d'information, ou à la date à laquelle l'Adhérent ne répond plus aux définitions de Conjoint ou de Personne assimilées au Conjoint telles que définies à l'article 3 « définitions » de la présente notice d'information

## **ARTICLE 9**

### **FIN DES GARANTIES**

En tout état de cause, l'adhésion au contrat ainsi que les garanties cessent :

- en cas de décès de l'Adhérent, le jour du décès ;
- en cas de perte de la qualité de Membre participant/honoraire de la Mutuelle souscriptrice ou de la perte de la qualité de Conjoint ou de Personne assimilée au conjoint, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité ;
- en cas de prise d'effet de la résiliation de son adhésion par l'Adhérent en cas de modification du contrat d'assurance de groupe, à cette date ;
- en cas de résiliation du contrat par l'Assureur ou par la Mutuelle souscriptrice, à la date de prise d'effet de la résiliation ;
- à la date à laquelle l'Adhérent ne répond plus à la définition de l'Adhérent tel que

## TITRE 2 : CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES DES GARANTIES

### ARTICLE 10

#### GARANTIE HOSPITALISATION ACCIDENTELLE JOURNALIERE

##### Article 10.1 – Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement à l'Assuré d'une prestation forfaitaire journalière lorsque, suite à un Accident (tel que défini à l'article 3 de la notice), survenu après la date d'effet de la garantie, il se trouve hospitalisé en service hospitalier ou à domicile (tel que défini à l'article 3 de la notice).

Le montant de la prestation forfaitaire journalière sera fonction de l'option de garantie choisie par l'Adhérent et des circonstances de la survenance de l'Accident défini dans le contrat.

La prestation journalière forfaitaire est versée pour toute hospitalisation d'une durée d'au moins vingt-quatre (24) heures consécutives. Elle est versée pour une durée d'hospitalisation maximale de trois-cents-soixante-cinq (365) jours, consécutifs ou non, pour un même sinistre.

Cette durée est décomptée à partir du premier jour d'hospitalisation, le jour de sortie ne donnant pas lieu à prestation.

La garantie est limitée à un sinistre tous les deux (2) ans par Assuré. Le délai de deux (2) ans est décompté à partir du premier (1<sup>er</sup>) jour d'hospitalisation.

**Seuls les sinistres survenus postérieurement à l'adhésion au contrat sont couverts**

##### Article 10.2 - Montant de la garantie

Au moment de l'adhésion, l'Adhérent choisit le montant de la prestation forfaitaire journalière à verser en cas d'hospitalisation accidentelle parmi les options qui lui sont proposées.

Ces options sont les suivantes :

Evènements garantis	Prestations forfaitaires journalières		
	Option 1	Option 2	Option 3
Tout Accident entraînant une hospitalisation	25 €	50 €	100 €
Accident de la circulation entraînant une hospitalisation	50 €	100 €	200 €
Accident en tant que passager d'un moyen de transport en commun entraînant une hospitalisation	75 €	150 €	300 €
Accident de l'Enfant fiscalement à charge de l'Adhérent entraînant une hospitalisation	12.5 €	25 €	50 €

Le montant de la prestation forfaitaire journalière est doublé en cas d'Accident de la circulation, tel que défini à l'article 3 de la présente notice d'information, entraînant une hospitalisation.

Le montant de la prestation forfaitaire journalière est triplé en cas d'Accident en tant que passager d'un moyen de transport en commun, tel que défini à l'article 3 de la présente notice d'information, entraînant une hospitalisation.

Pour les Enfants de moins de 25 ans et fiscalement à charge de l'Adhérent, le montant de la prestation forfaitaire journalière est fixe quelles que soient les circonstances de la survenance de l'Accident.

**Non cumul de la garantie :** si les critères d'un Accident relèvent simultanément de deux ou trois accidents garantis définis ci-dessus, seul le montant le plus élevé sera versé.

### Article 10.3 - Modification de la garantie

L'Adhérent peut choisir une autre option que celle choisie lors de son adhésion. Les options sont détaillées dans les Conditions Particulières.

Toute demande de modification de l'option choisie prend effet à la date de renouvellement annuel de l'adhésion (visée à l'article 6 de la notice) qui suit la date de réception de la demande par la Mutuelle souscriptrice, sous réserve :

- de l'encaissement effectif de la cotisation correspondante,
- et qu'entre la date de réception de la demande par la Mutuelle souscriptrice et la date de prise d'effet de la modification, l'Adhérent n'ait pas atteint soixante-dix (70) ans.

L'Adhérent peut également demander le changement de la formule choisie (individuelle, couple, individuelle et enfant(s) ou famille) ainsi que le changement de personnes assurées.

Il formule sa demande auprès de la Mutuelle souscriptrice.

Les modifications de l'option de garantie ou de la formule choisie peuvent entraîner une modification du montant de la cotisation, selon le tarif en vigueur au moment de la prise d'effet de la modification.

Toute demande de modification de la formule choisie (individuelle, couple, individuelle et enfant(s) ou famille) ou des personnes assurées prend effet, le premier (1<sup>er</sup>) jour du mois ou du trimestre, (selon la périodicité de paiement des cotisations choisie) suivant la date de réception de la demande de modification par la Mutuelle souscriptrice.

Toute modification de l'adhésion est constatée par l'envoi du Certificat d'adhésion par la Mutuelle souscriptrice.

### Article 10.4 - Bénéficiaire(s)

Le Bénéficiaire de la prestation forfaitaire journalière est l'Assuré lui-même.

## ARTICLE 11

### ETENDUE TERRITORIALE DE LA GARANTIE D'ASSURANCE

Seules les Hospitalisations situées sur le territoire Français (en France métropolitaine et les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), à l'exclusion de **MAYOTTE** donnent lieu à versement des prestations au titre du contrat relatif à la présente notice d'information.

A l'étranger, les garanties sont acquises pour des Accidents et exclusivement pour des séjours d'une durée inférieure à quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs.

## ARTICLE 12

### FIN DE LA GARANTIE

La garantie prend fin dans les mêmes conditions que l'adhésion, telles que définies aux articles 8 et 9 de la présente notice d'information.

En outre, la garantie prend fin automatiquement :

- Pour tout Assuré, au jour de son décès.
- Le dernier jour du mois qui suit le 75<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré s'agissant de l'Adhérent ou de son Conjoint, Concubin ou Partenaire de PACS.
- S'agissant des Enfants de l'Adhérent, dès lors qu'ils ne sont plus fiscalement à la charge de ce dernier ou le dernier jour du mois qui suit le 25<sup>ème</sup> anniversaire si l'Enfant est à charge.

## ARTICLE 13

### EXCLUSIONS

**Sont toujours exclus du contrat, et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur les accidents dus :**

- **au fait intentionnel ou dolosif de la part de l'Assuré ;**
- **aux guerres civiles, guerres étrangères ;**

- aux conséquences directes ou indirectes d'un acte de terrorisme ;
- au sabotage ou à un attentat, y compris toutes mesures militaires ;
- à une suite et/ou conséquence directe ou indirecte provenant d'une quelconque mise en contact et/ou à une contamination par des substances dites nucléaires, chimiques ou biologiques ;
- au suicide ou à la tentative de suicide de l'Assuré ;
- à l'état de l'Assuré présentant un taux d'alcoolémie supérieur au taux prévu à l'article L 234-1 du Code de la route en vigueur au jour du sinistre ;
- à l'usage de stupéfiants ou substances analogues, médicaments ou traitements à doses non prescrites médicalement ;
- à une participation active de l'Assuré à des rixes (sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger), à des crimes ou paris de toute nature ;
- à une utilisation par l'Assuré, en tant que pilote, membre d'équipage ou passager de tout appareil aérien n'appartenant pas à une compagnie régulière ou "chartée" dûment agréée pour le transport payant des voyageurs sur lignes régulières ;
- à la participation à une course amateur nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur terrestre, aérien ou aquatique ;
- aux effets directs ou indirects provenant d'une transmutation du noyau de l'atome ou d'une radioactivité ainsi que des effets de radiations provoqués par accélération artificielle des particules ;
- à une affection psychique, névrose, psychose, trouble de la personnalité, trouble psychosomatique ou état

dépressif.

Les maladies ainsi que les événements liés à des opérations chirurgicales ou à des interventions en milieu hospitalier, sauf ceux découlant d'Accidents tels que définis ci-dessus, ne sont pas considérés comme accidentels. A titre d'exemple, les accidents vasculaires ou une hémorragie interne sans cause traumatique ne sont pas des accidents.

Sont également exclus du présent contrat au titre des

hospitalisations :

- les séjours effectués en établissement, centre de moyen séjour ou maison médicale, à partir du moment où les soins et traitements effectués le sont pour : convalescence ou soins de suite, réadaptation (fonctionnelle ou motrice), rééducation ou réinsertion sociale et professionnelle, ou pour cure de toute nature ;
- les séjours effectués en maison ou en centre de repos, d'hébergement, de plein air, de retraite, en hospice, en établissement ou en centre héliomarin, en institution médico-pédagogique, en maison d'enfant, en aérium, en établissement ou centre thermal et/ou climatique, de lutte contre la tuberculose, en service, en centre ou en établissement hospitalier spécialisé ;
- en psychiatrie et ce, quel que soit le type de soins reçus dans ces établissements. Ces soins et traitements sont exclus que l'établissement soit répertorié ou non dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (finess) ;
- les séjours effectués en service de gérontologie ou de gériatrie et

ce, quel que soit le type d'établissement ;

- les séjours, quelle que soit la nature de l'établissement, concernant des personnes qui ont perdu, de manière irréversible (l'irréversibilité de l'état de santé est déterminée par rapport aux connaissances médicales effectives au moment du sinistre), leur autonomie de vie ou dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale ou sociale constante et/ou des traitements d'entretien.

## ARTICLE 14

### FORMALITES DE REGLEMENT DE LA PRESTATION

Les demandes de règlement doivent être adressées par l'Adhérent, dans les quinze (15) jours qui suivent le début de l'hospitalisation, à la Mutuelle souscriptrice, qui les transmettra à l'Assureur, au moyen d'un formulaire de demande de prestation accompagné des pièces et justificatifs suivants :

- l'original ou une copie du certificat d'adhésion,
- le certificat médical initial,
- le formulaire de demande de prestation fourni par la Mutuelle souscriptrice, dûment rempli et signé,
- le bulletin de situation ou d'hospitalisation ou de présence mentionnant les jours et horaires d'entrée et de sortie pour l'hospitalisation en centre hospitalier ou de début et de fin pour l'hospitalisation à domicile,
- pour l'hospitalisation à domicile, la prescription du médecin hospitalier comportant les actes médicaux effectués à domicile
- le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre document établissant le caractère purement accidentel et décrivant les circonstances

de l'Accident (témoignage, coupure de presse...),

- en cas d'hospitalisation du Conjoint, le livret de famille,
- en cas d'hospitalisation d'un Enfant, le dernier avis d'imposition sur le revenu ainsi que le livret de famille,
- en cas d'hospitalisation du Concubin, une déclaration sur l'honneur de vie commune ou de concubinage,
- en cas d'hospitalisation du Partenaire de PACS, un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS.

Par ailleurs, l'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier et prévoit la possibilité de diligenter une visite médicale par un médecin conseil.

Toute pièce médicale doit être adressée sous pli confidentiel et fermé au Médecin-conseil de l'Assureur à l'adresse suivante :

#### **MFPrévoyance**

A l'attention du Médecin-Conseil

TSA 90 555

94110 Arcueil Cedex

La preuve du sinistre incombe dans tous les cas au Bénéficiaire.

## ARTICLE 15

### VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties dans le cadre du Contrat sont versées mensuellement par l'Assureur, directement sur le compte du Bénéficiaire ou, à défaut, de son représentant légal, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs mentionnés à l'article 14 de la présente notice d'information.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du Bénéficiaire de la prestation.

## ARTICLE 16

### CONTROLE MEDICAL ET CONCILIATION

A la demande du Médecin-conseil de l'Assureur, l'Assuré s'engage à communiquer toutes les pièces médicales permettant d'apprécier si le sinistre s'inscrit bien dans le cadre de la garantie du contrat.

L'Assureur se réserve le droit :

- de demander tout complément d'information nécessaire à l'instruction du dossier du sinistre,
- de contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- de ne pas suivre la position de la Sécurité sociale et organismes assimilés,
- de faire contrôler, à ses frais, l'état de santé de l'Assuré par un médecin habilité qu'il désignera.

Ces contrôles et examens peuvent être effectués tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de versement de prestation.

Dans ce cas de figure, la prise en charge des échéances sera suspendue jusqu'à obtention du rapport de contrôle médical.

**L'Assuré qui refuserait de se soumettre au contrôle médical perdrait tout droit à la prestation considérée. Il en va de même pour l'Assuré qui refuserait de se soumettre aux examens médicaux complémentaires demandés et ce, quelles que soient les conclusions du contrôle médical.**

En cas de désaccord avec le Médecin-conseil de l'Assureur, l'Assuré peut contester sa décision en lui adressant, dans les trois (3) mois qui suivent cette décision, un certificat médical justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en œuvre de la procédure de conciliation ici décrite et en acceptant les contraintes qu'elle implique.

Si le médecin de l'Assuré et le médecin conseil de l'Assureur ne parviennent pas à un accord signé sur l'évaluation de l'état de santé de l'Assuré, l'Assureur les invite alors à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'Assurance et expert auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourraient être exercés par voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième incombent à la partie perdante, l'Assuré en faisant l'avance

## TITRE 3 DISPOSITIONS DIVERSES

### ARTICLE 17

#### MONTANT DE LA COTISATION

Le montant de la cotisation due par l'Adhérent au contrat est déterminé au moment de l'adhésion ou de la date de prise d'effet de la modification d'adhésion, en fonction de l'âge de l'Adhérent, de la formule choisie (individuelle, couple, individuelle et enfant(s) ou famille) et de l'option choisie selon les indications portées en annexe de la présente notice d'information

Sous réserve de révision tarifaire ou de modification des garanties (dans les conditions définies à l'article 10.3 de la présente notice d'information), le montant de la cotisation est constant.

### ARTICLE 18

#### PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ADHERENT

La garantie est accordée moyennant l'encaissement par la Mutuelle souscriptrice d'une cotisation annuelle fixe, payable d'avance par mois civil.

Aucun *prorata temporis* n'est pratiqué sur le premier prélèvement en fonction de la date de conclusion de l'adhésion. C'est-à-dire que le montant de la prime reste du même montant que la souscription ait lieu au début du mois ou en cours de mois.

La cotisation due au titre de la garantie sera ensuite soit prélevée selon l'échéance périodique choisie, directement sur le compte bancaire de l'Adhérent ouvert en son propre nom ou au nom de son représentant légal, ou versée par chèque libellé à l'ordre de La Mutuelle Familiale.

Cette cotisation peut être fractionnée en échéances périodiques mensuelles ou trimestrielles.

L'Adhérent peut à tout moment modifier le fractionnement choisi. Cette demande de modification est constatée dans le bulletin d'adhésion et prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois de l'échéance périodique choisie par l'Adhérent qui suit la date de réception de la demande par la Mutuelle souscriptrice.

Le prélèvement de la nouvelle cotisation ou le paiement par chèque se fera à compter de la date indiquée dans le Certificat d'adhésion.

Tout mois commencé est dû.

Le choix de l'Adhérent sera dès lors formalisé dans son bulletin d'adhésion et, est mentionné dans le Certificat d'adhésion.

## ARTICLE 19

### DEFAULT DE PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ADHERENT

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation due par l'Adhérent à la Mutuelle souscriptrice, dans les dix (10) jours de son échéance prévue à l'article 18 ci-dessus, la Mutuelle souscriptrice envoie à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le non-paiement de la cotisation entraîne, sans nouvel avis, son exclusion du contrat conformément à la procédure définie à l'article L.141-3 du Code des assurances.

## ARTICLE 20

### REVISION DES COTISATIONS

Le montant des cotisations est révisable chaque année au 1<sup>er</sup> janvier en fonction des résultats du contrat.

En cas de modification, l'Adhérent en est informé par la Mutuelle souscriptrice au plus tard trois (3) mois avant la prochaine date de renouvellement de son adhésion, date à laquelle le nouveau montant de cotisation lui sera applicable.

L'Adhérent dispose alors d'un délai de trente (30) jours pour la refuser à compter du moment où il a eu connaissance de la révision de la cotisation.

## ARTICLE 21

### CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE

#### Article 21.1 - Durée du contrat d'assurance de groupe

Le contrat d'assurance de groupe est souscrit pour une durée allant de sa date de signature jusqu'au 31 décembre de la même année.

Il se renouvelle ensuite chaque 1<sup>er</sup> janvier par tacite reconduction pour des périodes successives d'un an, sauf résiliation notifiée par l'Assureur ou la Mutuelle souscriptrice par lettre recommandée deux (2) mois avant la date de renouvellement.

#### Article 21.2 - Modification du contrat d'assurance de groupe

Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par avenant au contrat d'assurance de groupe conclu entre l'Assureur et la Mutuelle souscriptrice. En cas de modification, l'Adhérent est informé des modifications apportées au contrat au minimum trois (3) mois avant leur entrée en vigueur.

L'Adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications dans un délai d'un (1) mois à compter de celles-ci.

## Article 22

### SECRET MEDICAL

Toute pièce médicale doit être adressée directement sous pli confidentiel au Médecin-conseil de l'Assureur, La Mutuelle souscriptrice tenant à disposition de l'intéressé une enveloppe sur laquelle sont mentionnées les informations suivantes :



## ARTICLE 23

### RENSEIGNEMENTS RÉCLAMATIONS - MEDIATION

Les demandes d'information, de réclamation ou de médiation sont à réaliser selon les indications précisées en annexe de la présente notice d'information.

## ARTICLE 24

### DELAÏ DE DECLARATION ET PRESCRIPTION

#### 24.1 DELAI DE DECLARATION DE SINISTRE

A compter de la réalisation du risque de nature à entraîner la garantie du présent contrat, toute demande de prestations doit être formulée à la Mutuelle souscriptrice dans les quinze (15) jours qui suivent le début de l'hospitalisation et au plus tard dans les conditions définies ci-après.

Toutefois, si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration de sinistre lui a causé un préjudice, il peut réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

#### 24.2 PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 et suivants du Code des assurances, toute action dérivant du Contrat et émanant de l'Assuré ou de l'Assureur ne peut être exercée que pendant un délai de deux (2) ans à compter de l'évènement à l'origine de cette action.

Toutefois, ce délai ne court pas :

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

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

Par ailleurs,

▪ Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances : la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

▪ L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée, avec avis de réception, adressée par l'Assureur à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Pour ce dernier cas, l'Assuré peut également effectuer un envoi recommandé électronique avec avis réception.

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

▪ Conformément à l'article 2240 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

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

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

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

▪ Conformément à l'article 2244 du Code civil : le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

▪ Conformément à l'article 2245 du Code civil : l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

▪ Conformément à l'article 2246 du Code civil : l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

## ARTICLE 25

### FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites par les Assurés à la Mutuelle souscriptrice et à l'Assureur, ainsi que les déclarations faites par la Mutuelle souscriptrice à l'Assureur servent de base à la couverture.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'Assuré par l'Assureur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré ou de la Mutuelle souscriptrice tant lors de l'adhésion qu'au cours du Contrat, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances.

Conformément à l'article L113-9 du Code des assurances, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le Contrat, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Adhérent, soit de résilier le Contrat dix (10) jours après notification adressée à l'Adhérent par lettre recommandée, en restituant la portion de la cotisation payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, les prestations

sont réduites en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

En cas de survenance d'un sinistre ou de toute demande d'intervention, le Bénéficiaire produisant sciemment des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de son droit aux prestations telles que décrites dans le Contrat.

## ARTICLE 26

### AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément aux dispositions du Code des Assurances, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) s'assure du respect des engagements contractés par les organismes assureurs, les Mutuelles à l'égard de leurs assurés, leurs membres participants, honoraires et de leurs bénéficiaires.

Ceux-ci peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser d'éventuelles réclamations au siège de l'Assureur. En outre, lorsque ces réclamations concernent le présent contrat, elles peuvent être adressées à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont les coordonnées sont les suivantes :

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution  
(ACPR)

**Direction du contrôle des pratiques  
commerciales**

4 place de Budapest  
CS 92459  
75436 Paris Cedex 09

## ANNEXE A LA NOTICE D'INFORMATION

# PREVOYANCE HOSPITALISATION ACCIDENTELLE

### 1. Barème des cotisations applicables

Le tableau ci-dessous indique le montant de la cotisation :

Age	Formule choisie	Tarifs TTC		
		Option choisie		
		Option 1	Option 2	Option 3
18-49 ans	Vous seul(e)	0,90 €	1,80 €	3,60 €
	Vous et votre Conjoint ou Concubin ou Partenaire de PACS	1,80 €	3,60 €	7,20 €
	Vous, votre Conjoint ou Concubin ou Partenaire de PACS et vos Enfants	2,05€	4,10 €	8,20 €
	Vous et vos Enfants	1,15 €	2,30 €	4,60 €
50-65 ans	Vous seul(e)	1,25 €	2,50 €	5,00 €
	Vous et votre Conjoint ou Concubin ou Partenaire de PACS	2,50 €	5,00 €	10,00 €
	Vous, votre Conjoint ou Concubin ou Partenaire de PACS et vos Enfants	2,80 €	5,60 €	11,20 €
	Vous et vos Enfants	1,50 €	3,00 €	6,00 €
66-70 ans	Vous seul(e)	2,30 €	4,60 €	9,20 €
	Vous et votre Conjoint ou Concubin ou Partenaire de PACS	4,60 €	9,20 €	18,40 €
	Vous, votre Conjoint ou Concubin ou Partenaire de PACS et vos Enfants	4,85 €	9,70 €	19,40 €
	Vous et vos Enfants	2,55 €	5,10 €	10,20 €

### 2. Mutuelle souscriptrice

**Mutuelle Familiale**, Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise au livre II SIREN n° 784 442 915 – 52, rue d'Hauteville – 75487 Paris cedex 10.

### 3. Renseignements – Réclamations - Médiation

#### – Renseignement et réclamation sur les conditions d'admission dans l'assurance :

Pour toute demande d'information ou réclamation relative à l'admission dans l'assurance, l'Assuré peut, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation s'adresser à :

**MFPrévoyance**  
TSA 90 555  
94110 Arcueil Cedex  
reclamations@mfprevoyance.fr

#### – Renseignement et réclamation sur le règlement des cotisations :

Pour tout renseignement sur le règlement des cotisations, l'Assuré ou ses Ayants-droit peuvent s'adresser à la Mutuelle souscriptrice.

**La Mutuelle Familiale**  
Service des Demandes adhérents  
52 rue d'Hauteville 75010 Paris  
Tél. : 09 71 10 15 15 (Appel non surtaxé)

#### – Renseignement et réclamation en cas de sinistre :

Pour tout renseignement sur la gestion d'un sinistre, ou réclamation relative à un sinistre l'Assuré ou ses Ayants-droit peuvent s'adresser à :

**MFPrévoyance**  
TSA 90 555  
94110 Arcueil Cedex  
reclamations@mfprevoyance.fr

De façon générale, pour toute réclamation (à l'exception des réclamations relatives au règlement des cotisations qui sont à adresser à la Mutuelle souscriptrice), l'Assuré ou ses ayant droits peuvent envoyer un e-mail à l'adresse suivante : [reclamations@mfprevoyance.fr](mailto:reclamations@mfprevoyance.fr)

Après réception d'une réclamation, MFPrévoyance ou, le cas échéant, la Mutuelle souscriptrice, adresse à l'Adhérent ou à ses ayants-droit un accusé de réception de la demande dans un délai maximum de dix (10) jours ouvrables. La réponse est adressée à l'Assuré ou ses ayants-droit dans les deux (2) mois qui suivent sauf circonstances exceptionnelles qui leur seraient alors exposées. Toute demande d'information complémentaire suspend ce délai.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ce dernier, l'Assuré, ses ayants-droit ou les Bénéficiaires pourront s'adresser au Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante :

**La Médiation de l'Assurance**  
TSA 50110 - 75441  
Paris Cedex 09  
Fax : 01 45 23 27 15  
Mail : [le.mediateur@mediation-assurance.org](mailto:le.mediateur@mediation-assurance.org)

La « charte de la médiation » de la FFA est disponible sur le site [www.ffa-assurance.fr](http://www.ffa-assurance.fr).

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents.

Le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.