



NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT

CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE VIE-ENTIERE EN EUROS A ADHESION FACULTATIVE

Garantie PLURIO Solutions Obsèques

MI.12-004

Cette notice d'information prend effet à compter du
1^{er} janvier 2021 et est à conserver sans limitation de durée.

MFPrévoyance

Société anonyme, à Directoire et Conseil de surveillance au capital de 81 773 850 euros
Entreprise régie par le Code des Assurances.
Immatriculée au RCS Paris sous le numéro 507 648 053
Dont le siège social est situé au 4, place Raoul Dautry – 75015 Paris
Relevant du contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sise au
4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09

FILASSISTANCE INTERNATIONAL

Société anonyme à Conseil d'administration au capital de 4 100 000 euros
Immatriculée au RCS Nanterre sous le numéro 433 012 689
Entreprise régie par le Code des assurances
Dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex

La Mutuelle Familiale

Mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité
Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 784 442 915
Dont le siège social est situé au 52, rue d'Hauteville – 75487 Paris Cedex 10

PREAMBULE

Le présent document constitue la notice d'information du contrat collectif dénommé PLURIO Solutions Obsèques, régi par le Code des Assurances et soumis à la législation française. Il a pour objet de faire bénéficier l'Assuré de prestation destinée au financement de ses obsèques et de prestations d'assistance.

Le capital décès souscrit par l'Assuré est versé dans son intégralité en cas de réalisation du risque selon les modalités définies à l'article 1.2 « Clause de désignation du (des) Bénéficiaire(s) au décès de l'Assuré », à l'article 13.2 « Délai de carence », à l'article 8 « Exclusions » et ce, quelle que soit la date de survenance du décès de l'Assuré sous réserve de la prise d'effet du contrat relatif à la présente notice (Cf. Article 3 - prise d'effet et durée de l'adhésion).

Les garanties d'assistance incluses au contrat PLURIO Solutions Obsèques sont assurées par :

FILASSISTANCE INTERNATIONAL

Ci-après dénommée « **L'ASSISTEUR** ou **FILASSISTANCE** »

Société anonyme à conseil d'administration au capital de 4 100 000 euros

Immatriculée au RCS Nanterre sous le n° 433 012 689

Entreprise régie par le Code des assurances

Dont le siège social est situé 108, Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex.

Le contrat est collectif et à adhésion facultative, il est souscrit par La Mutuelle Familiale, ci-après dénommée « la Mutuelle ou la Mutuelle souscriptrice » auprès de l'Assureur au profit de ses membres, La prestation décès relève de la branches 20 (Vie-Décès) de l'article R. 321-1 du Code des assurances. La prestation assistance relève de la branche 18 (Assistance) de l'article R. 321-1 du Code des assurances.

MFPrévoyance a confié la gestion de toutes les opérations liées à l'émission et à l'encaissement des cotisations à la Mutuelle ainsi que les opérations de gestion des prestations. A cet effet, l'ensemble des demandes de remboursement doivent être transmises au Centre de gestion de la Mutuelle souscriptrice à l'adresse suivante et qui les transmettra ensuite à l'Assureur :

La Mutuelle Familiale

Service Obsèques

52, rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10

DEFINITIONS

Adhérent : Personne physique ayant souscrit au contrat PLURIO Solutions Obsèques et s'engageant à ce titre à verser la cotisation correspondante.

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.

Accident de la circulation : L'Accident de la circulation est un accident provoqué par un véhicule routier, ferroviaire, suspendu, maritime, fluvial ou aérien. L'Assuré victime de l'accident peut être soit un non usager heurté, soit un usager en tant que conducteur ou passager.

Animaux de compagnie : Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ». L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.

Assisteur : FILASSISTANCE INTERNATIONAL, Société Anonyme régie par le Code des assurances, au capital de 4 100 000 euros - siège social : 108, bureaux de la Colline - 92213 Saint-Cloud Cedex – SIREN 433 012 689 RCS Nanterre ci-après dénommé « **L'ASSISTEUR** » et/ou « **FILASSISTANCE** ».

Assuré : Personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie prévue par le présent contrat PLURIO Solutions Obsèques et qui est désignée comme telle dans le Certificat d'adhésion. L'Assuré est l'Adhérent lui-même ou son Conjoint, Partenaire, Concubin.

Assureur : MFPrévoyance, Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance régie par le Code des assurances, au capital de 81 773 850 euros dont le siège social est sis au 4, place Raoul Dautry - 75015 Paris – SIREN 507 648 053 RCS Paris, Relevant du contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sise au 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09

Bénéficiaire(s) :

Dans le cadre de la garantie « Frais d'obsèques », sont Bénéficiaires du capital garanti en cas de réalisation du risque :

- La personne physique et/ou morale ayant pris en charge les frais d'obsèques, à hauteur des frais effectivement exposés ;
- Une fois les frais d'obsèques réglés et en cas de reliquat, les Bénéficiaires sont ceux désignés par l'Assuré dans sa désignation bénéficiaire.

Dans le cadre des garanties « Assistance », sont Bénéficiaires des prestations :

- Au jour de la prise d'effet de l'adhésion : l'Assuré lui-même ;
- Au jour du décès de l'Assuré et dans l'année qui suit celui-ci : son Conjoint, son Partenaire, son Concubin, ses Proches parents ou la (les) personne(s) physique(s) désignées en tant que Bénéficiaire(s) du présent contrat, sous réserve des cas particuliers propres à chacune des prestations d'assistance.

Candidat à l'assurance : Assuré potentiel au contrat d'assurance PLURIO Solutions Obsèques, tel que défini ci-dessus.

Certificat d'adhésion : Document envoyé à l'Assuré par la Mutuelle souscriptrice après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend notamment la désignation de la 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 le Membre participant, le Membre honoraire ou 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 au Membre participant ou au Membre honoraire 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.

Délai de carence : Le Délai de carence est la période pendant laquelle aucune prestation n'est due ni versée par l'Assureur.

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 régie par le Code de la Mutualité et soumise au livre II Registre national des mutuelles n° 784 442 915 – 52, rue d'Hauteville – 75487 Paris Cedex 10.

Fonds de garantie : Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25/06/99 - art. L. 423-1 du Code des assurances) ainsi qu'un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (Loi n° 90-86 du 23 janvier 1990).

France : France métropolitaine, la Corse et les Départements-Régions d'Outre-Mer (DROM) français suivants : Guadeloupe, Guyane française, Martinique et la Réunion

Fraude à l'assurance : est un acte ou une omission, volontaire ou délibéré, effectué(e) en vue d'obtenir par des moyens illégaux ou irréguliers, pour soi-même ou pour un tiers, un avantage matériel ou moral qu'il soit direct ou indirect.

Cet acte peut être réalisé aussi bien lors de l'adhésion qu'à la souscription du Contrat d'assurance que lors de son exécution (lors du sinistre).

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

Membre honoraire : Toute personne physique ayant la qualité de Membre honoraire du Souscripteur, répondant aux conditions posées par les statuts de la Mutuelle souscriptrice et par le contrat.

Membre participant : Membre participant de la Mutuelle souscriptrice tel que défini par ses statuts.

Mutuelle souscriptrice : Personne morale ayant souscrit le contrat, au profit de ses Membres participants, de ses Membres honoraires de leurs Conjoints, Partenaires ou Concubins.

Il s'agit de La Mutuelle Familiale, Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise au livre II Registre national des mutuelles n° 784 442 915 – 52, rue d'Hauteville – 75487 Paris Cedex 10.

Partenaire : Personne avec laquelle le Membre participant, le Membre honoraire ou 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 L. 515-1 du Code civil).

Personne assurable : Toute personne physique ayant la qualité de Membre participant ou de Membre honoraire de la Mutuelle souscriptrice ou son Conjoint, Partenaire ou Concubin tels qu'ils sont définis, répondant aux conditions du contrat et s'engageant à verser la cotisation correspondante.

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, ou de celles qu'exercent ou ont exercées des membres directs de leur famille ou des personnes connues pour leur être étroitement associées, ou le deviennent en cours de relation d'affaires.

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.

Proche parent : Toute personne ayant un lien de parenté avec l'Assuré.

Provision mathématique : La Provision mathématique est constituée par les sommes que l'Assureur doit mettre en réserve pour faire face à ses engagements à long terme envers l'Assuré.

Relevé annuel de situation : Chaque année, un Relevé relatif aux éléments évolutifs du contrat, énumérés à l'article L. 132-22 du Code des assurances, est envoyé à l'Assuré.

Titre de transport : dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures, il est remis un billet de train, aller et retour, 1^{ère} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion, aller et retour, classe économique.

Zone de résidence :

Notice d'information du contrat collectif à adhésion facultative MI.12-004 - MFPrévoyance / LA MUTUELLE FAMILIALE
Version : 01/2021

La garantie d'assistance obsèques est fournie depuis et au sein de la zone de résidence de l'Assureur, telle que définie ci-dessous:

- Pour l'Assuré résidant en France métropolitaine et la Corse : zone France métropolitaine et la Corse.
- Pour l'Assuré résidant dans les départements-régions d'Outre-Mer (DROM) français : zone limitée au département-région dans lequel se trouve le domicile de l'Assuré, soit la Guadeloupe, la Guyane française, la Martinique et la Réunion

INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE

- ✓ Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative dénommé **PLURIO Solutions Obsèques MI-12-004** est souscrit par La Mutuelle Familiale, mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise au livre II Registre national des mutuelles n° 784 442 915 – 52, rue d'Hauteville – 75487 Paris Cedex 10, ci-après dénommée « la Mutuelle souscriptrice » auprès de MFPrévoyance, Société anonyme, à directoire et conseil de surveillance, au capital de 81 773 850 euros, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS PARIS sous le n°507 648 053 dont le siège social est situé au 4, place Raoul Dautry – 75015 Paris, ci-après dénommée « l'Assureur ».
- ✓ L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur de la Mutuelle souscriptrice et de **L'ASSISTEUR** est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sise 4 place de Budapest -CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
- ✓ Le contrat PLURIO Solutions Obsèques MI.12-004 a pour objet de faire bénéficier l'Assuré de prestation destinée au financement de ses obsèques et de prestations d'assistance (Cf. Titre 2 Caractéristiques spécifiques de la garantie Décès et Titre 3 Caractéristiques spécifiques de la garantie Assistance de la notice d'information).

Le capital décès souscrit par l'Assuré est versé dans son intégralité en cas de réalisation du risque selon les modalités définies à l'article 1.2 « Clause de désignation du (des) Bénéficiaire(s) au décès de l'Assuré » de la notice d'information, à l'article 13.2 « Délai de carence » et à l'Article 8 « Exclusions » et ce, quelle que soit la date de survenance du décès de l'Assuré sous réserve de la prise d'effet de son adhésion au contrat relatif à la notice d'information (Cf. Article 3 - " Prise d'effet et durée de l'adhésion » de la notice d'information).

- ✓ Les exclusions du contrat sont mentionnées à l'Article 8 « Exclusions ».
- ✓ L'adhésion dure jusqu'au 31 décembre suivant la date d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par la Mutuelle ou l'Assureur, moyennant un préavis de 2 mois avant son échéance annuelle par lettre recommandée.
- ✓ En cas de résiliation du contrat PLURIO Solutions Obsèques MI.12-004, les garanties liées au décès souscrites par les Assurés avant la date de prise d'effet de la résiliation sont maintenues jusqu'à extinction des droits.
- ✓ L'offre contractuelle définie dans la notice d'information est valable sans limitation de durée.
- ✓ Pour adhérer au contrat, le Candidat à l'assurance doit compléter, signer et dater un bulletin d'adhésion remis par la Mutuelle souscriptrice et mentionnant son identité et les éléments nécessaires à la détermination de sa couverture et au calcul de sa cotisation.

Le bulletin d'adhésion doit être envoyé par voie postale au siège social de la Mutuelle souscriptrice. Les frais liés à la constitution du dossier sont à la charge du Candidat à l'assurance.

- ✓ Le montant de la cotisation due par l'Assuré est déterminé, au moment de l'adhésion, en fonction de l'option choisie et de son âge (Cf. Annexe 2 « Montant de la cotisation » de la présente notice d'information). En cas d'adhésion simultanée (soit le même jour) du Membre participant ou du Membre honoraire et de son Conjoint, Partenaire ou Concubin tels que définis à la Rubrique « Définitions » de la présente notice d'information, celui des deux dont la cotisation est la moins élevée bénéficie d'une réduction de 10 % sur le montant total de sa cotisation hors garantie Assistance (pendant toute la durée de l'adhésion).
- ✓ Des frais sont prélevés dans les conditions définies à l'article 14 « Frais de gestion et d'acquisition » de la présente notice.
- ✓ Sous réserve de la réception du dossier complet, de l'encaissement de la première cotisation par la Mutuelle souscriptrice, l'adhésion prend effet à la date indiquée dans le Certificat d'adhésion, soit en principe le premier jour du mois suivant la demande d'adhésion et vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Le renouvellement des garanties se fait ensuite annuellement par tacite reconduction à la date du 1^{er} janvier. Le Délai de carence appliqué à la garantie Décès est mentionné à l'article 13.2. « Délai de carence » de la notice.
- ✓ Au choix de l'Assuré formalisé dans le bulletin d'adhésion, la cotisation due au titre des garanties sera ensuite versée par ce dernier dans les conditions définies à l'article 25 « Paiement de la cotisation » de la présente notice d'information.

- ✓ Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Assuré. Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination la Mutuelle souscriptrice et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Assuré, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
- ✓ Conformément aux l'article L. 112-2-1 et L. 132-5-1 du Code des assurances, l'Assuré dispose d'un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter des modalités définies à l'article 4 « Faculté de renonciation » de la présente notice d'information, pour se rétracter dans le cadre de la vente en face à face, vente à distance ou par démarchage.
- ✓ Pour exercer son droit à renonciation sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, l'Assuré doit adresser au siège social de la Mutuelle souscriptrice – **La Mutuelle Familiale** - Service des Demandes adhérents - 52, rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10, une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique à l'adresse suivante : : courrierAR@mutuelle-familiale.fr rédigée selon le modèle de rédaction ci-après.

Modèle de rédaction :

Je soussigné(e) M. (ou Mme) (Nom, Prénom) demeurant à (Adresse de l'Assuré) déclare renoncer à mon adhésion au **contrat PLURIO Solution Obsèques MI-12-004** que j'ai signé le (Date) à (Lieu d'adhésion) et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros].
A (Ville) Le (Date).
Signature

En cas de renonciation :

- ✓ **Dans le cadre de la vente en face à face**, à compter de de la réception de la lettre recommandée (la date du cachet de la poste faisant foi) avec avis de réception ou de l'envoi recommandé électronique, l'adhésion au titre du contrat est résiliée et est réputée n'avoir jamais existée.
Dans ce cas si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle souscriptrice procède au remboursement de la cotisation versée par l'Assuré, dans un délai de 30 jours maximal à compter du jour de l'envoi de la lettre recommandée ou du recommandé électronique. Au-delà du délai de 30 jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur majoré de moitié durant 2 mois, puis, à l'expiration de ce délai de 2 mois, au double du taux légal en vigueur.
- ✓ **Dans le cadre de la vente à distance**, à compter de la réception de la lettre recommandée (la date du cachet de la poste faisant foi) ou de l'envoi recommandé électronique, l'adhésion au titre du contrat est résiliée.
Si l'Assuré exerce son droit de renonciation, l'intégralité de la cotisation payée est due par la Mutuelle souscriptrice, dans un délai de 30 jours maximal à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou du recommandé électronique qui correspond à la date de résiliation de l'adhésion. Au-delà du délai de 30 jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur. L'Assureur peut conserver la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru à condition que l'Assuré ait expressément demandé un début d'exécution et a été prévenu du coût de cette prestation en cas de renonciation.
- ✓ **Dans le cadre de la vente par démarchage**, à compter de la réception de la lettre recommandée (la date du cachet de la poste faisant foi) ou du recommandé électronique, l'adhésion au titre du contrat est résiliée et réputée n'avoir jamais existée.
Dans ce cas si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle souscriptrice procède au remboursement de la cotisation versée par l'Assuré, dans un délai de 30 jours maximal à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou du recommandé électronique, qui correspond à la date de résiliation de l'adhésion. Au-delà du délai de 30 jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.
- ✓ Les adhésions conclues dans le cadre d'une vente à distance ou d'un démarchage ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme du délai de renonciation sans l'accord expresse de l'Assuré formalisé dans le bulletin d'adhésion.
- ✓ Pour tout renseignement et/ou réclamation relative aux conditions d'admission dans l'assurance, l'Assuré peut, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation, s'adresser à :

La Mutuelle Familiale
Service des Demandes adhérents
52, rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10

▪ **Renseignement et/ou réclamation sur le règlement des cotisations :**

Pour tout renseignement et/ou réclamation sur le règlement des cotisations, l'Assuré peut s'adresser à :

La Mutuelle Familiale
Service des Demandes adhérents
52, rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10

▪ **Renseignement et/ou réclamation en cas de sinistre :**

Pour tout renseignement et pour toute réclamation sur la gestion d'un sinistre ou sur le versement d'une prestation, le(s) Bénéficiaire(s) peut (peuvent) s'adresser à :

La Mutuelle Familiale
Service des Demandes adhérents
52, rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10

▪ **Renseignement et réclamation sur les prestations d'assistance obsèques**

Pour tout renseignement ou pour toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.), l'Assuré et/ou le Bénéficiaire doit s'adresser dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande soit par téléphone au numéro indiqué à l'article 18 « Objet » de la présente notice d'information, soit à **L'ASSISTEUR**, qui veillera à répondre dans les meilleurs délais (dans un délai maximum de 15 jours).

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, l'Assuré et/ou le Bénéficiaire peut adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE INTERNATIONAL
Service Réclamations

108, Bureaux de la Colline – 92213 Saint-Cloud Cedex

La réclamation peut être également formulée via le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

Une réponse est formulée dans un délai de 15 jours à compter de la réception du courrier de réclamation. Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, **L'ASSISTEUR** envoie un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur ou de l'Assisteur et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ces derniers : l'Assuré 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
Mail : le.mediateur@mediation-assurance.org

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.

Par ailleurs, conformément aux dispositions du Code monétaire et financier, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) exerce une mission de protection de la clientèle des secteurs de la banque et de l'assurance. Les Assurés et/ou les Bénéficiaires peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer et des réclamations qu'ils peuvent formuler à la Mutuelle souscriptrice et/ou **L'ASSISTEUR**, s'adresser à l'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

- ✓ Il existe un Fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes (instauré par la loi n° 99-532 du 25/06/99 - article. L. 423-1 du Code des assurances) ainsi qu'un Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et autres infractions (Loi n° 90-86 du 23 janvier 1990).
- ✓ Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, **L'ASSISTEUR**, la Mutuelle souscriptrice et l'Assuré, sont régies par la législation française, et notamment le Code des assurances. L'Assureur, la Mutuelle souscriptrice, **L'ASSISTEUR** et l'Assuré s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles.
- ✓ Tout litige relatif au contrat sera de la compétence exclusive des tribunaux français.

NOTE D'INFORMATION

Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention du Candidat à l'assurance sur certaines dispositions essentielles de la proposition d'assurance (ou du projet de contrat N° MI.12-004). Il est important que le Candidat à l'assurance lise intégralement la proposition d'assurance et la notice d'information, et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer le bulletin d'adhésion au contrat.

Nature du contrat

Contrat PLURIO Solutions Obsèques est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative couvrant le risque décès et libellé en euros.

Garanties

Contrat PLURIO Solutions Obsèques MI-12-004 comporte une garantie d'assurance en cas de décès de l'Assuré qui donne droit au versement dans son intégralité d'un capital forfaitaire au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) selon les modalités définies à l'article 1.2 « Clause de désignation du (des) Bénéficiaire(s) au décès de l'Assuré » de la notice d'information et une garantie d'assistance.

Le contrat ne comporte pas de garantie en capital au moins égale aux sommes versées nettes de frais sur versement.

Faculté de renonciation

Le Contrat PLURIO Solutions Obsèques comporte une faculté de renonciation (Cf. article 4 « Faculté de renonciation » de la présente notice d'information).

Participation aux bénéfices

Le contrat prévoit une participation annuelle contractuelle aux bénéfices (Cf. article 15 « La participation aux bénéfices » de la notice d'information).

Faculté de rachat

Contrat PLURIO Solutions Obsèques MI-12-004 comporte une faculté de rachat total du contrat. Le délai de versement par l'assureur des sommes au titre du rachat ne peut excéder 2 mois suivant la réception par la Mutuelle souscriptrice de la demande de rachat par l'Assuré sur papier libre, datée et signée, selon les modalités prévues à l'article 16 « Frais et indemnités de rachat du contrat » de la présente notice d'information (Cf. Annexe 1 « Valeur de rachat/Exemple »).

Frais

Le contrat mentionne les frais sur cotisations destinés à financer les coûts d'acquisition et de gestion du contrat.

- Frais à l'entrée et sur versement : Néant
- Frais en cours de vie du contrat (ces frais exprimés en pourcentage (%) des cotisations) : Ils s'élèvent à 5 % des cotisations. Ces frais sont compris dans le tarif mentionné à l'Annexe 2 « Montant de la cotisation » de la notice d'information et ne viennent pas en conséquence diminuer le capital garanti.

En cas d'avenant de modification du mode de paiement des cotisations, les frais de la nouvelle cotisation seront calculés selon les mêmes modalités et sur les mêmes bases tarifaires en fonction de l'âge de l'Assuré, de la durée résiduelle de paiement des cotisations et du capital garanti à la date d'effet de l'Avenant.

- Frais de sortie : En cas de rachat pendant LES DIX PREMIERES ANNEES de l'adhésion, une pénalité sera appliquée sur le montant racheté. Cette pénalité s'élève à 5 % de la valeur de rachat la 1^{ère} année d'adhésion, pour être ensuite diminuée de 0,5 % par année. Elle est nulle AU-DELA DE LA DIXIEME ANNEE.
- Autres frais : Aucun

Durée de l'adhésion recommandée

La durée recommandée du contrat dépend notamment de la situation patrimoniale de l'Assuré, de son attitude vis-à-vis du risque, du régime fiscal en vigueur et des caractéristiques du contrat choisi. L'Assuré est invité à demander conseil auprès de la Mutuelle souscriptrice.

Désignation du (des) Bénéficiaire(s)

L'Assuré peut désigner le(s) Bénéficiaire(s) en cas de décès au moment de de l'adhésion ou ultérieurement par avenant au formulaire de désignation du (des) Bénéficiaires (Cf. article 1.2 « Clause de désignation du (des) Bénéficiaire(s) au décès de l'Assuré » de la présente notice d'information).

La désignation du (des) Bénéficiaire(s) peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

TITRE 1. ADHESION

Article 1. Conditions d'adhésion au contrat d'assurance groupe

1.1 Conditions d'adhésion de l'Assuré

Toute personne physique ayant la qualité de Membre participant, de Membre honoraire ou Conjoint, Partenaire ou Concubin du Membre participant ou du Membre honoraire de la Mutuelle peut adhérer au contrat sans formalités médicales.

Les Membres participants, Membres honoraires ou Conjoint, Partenaire ou Concubin des Membres participants ou Membres honoraires doivent répondre aux conditions posées par les statuts de la Mutuelle souscriptrice et aux conditions posées par le contrat.

En cas d'adhésion simultanée (le même jour) du Membre participant ou du Membre honoraire et de son Conjoint, Partenaire ou Concubin, celui des deux dont la cotisation est la moins élevée bénéficie d'une réduction de 10 % sur le montant total de sa cotisation hors garantie assistance.

Outre ces conditions, les Candidats à l'assurance doivent également répondre aux deux conditions suivantes :

- Avoir leur résidence fiscale en France métropolitaine, en Corse ou dans les Collectivités d'Outre-Mer.
- Etre âgés, à la date de demande d'adhésion d'au moins dix-huit (18) ans et de moins de soixante-six (66) ans.

Le niveau de garantie de l'Assuré est déterminé à l'adhésion.

La personne assurée est mentionnée sur le Certificat d'adhésion du contrat. Il ne peut être enregistré au titre du contrat qu'une seule adhésion par personne.

1.2 Clause de désignation du (des) Bénéficiaire(s) au décès de l'Assuré(e)

Le capital est versé soit à la personne physique soit à la personne morale désignée (exemple l'organisme de pompes funèbres), ayant financé les frais obsèques, dans la limite du capital garanti et des frais effectivement engagés.

Lorsque le capital souscrit est supérieur au montant des frais d'obsèques engagés, le reliquat éventuel est versé à au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) selon les modalités définies ci-dessous.

La Mutuelle souscriptrice remet à l'Assuré un document, établi par l'Assureur, relatif à la désignation de Bénéficiaire(s), dans lequel celui-ci désigne le(s) Bénéficiaire(s) de son choix.

Sauf stipulation contraire, le capital garanti est attribué selon la clause type suivante :

- ✓ A mon Conjoint survivant non séparé de corps, non divorcé par un jugement définitif ou par

convention de divorce enregistrée par notaire ou convention homologuée par le juge, ou à mon Partenaire non séparé ou à défaut à mon Concubin,

- ✓ A défaut, à mes descendants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant,
- ✓ A défaut à mes ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux,
- ✓ A défaut à mes autres héritiers par parts égales entre eux.

Si l'Assuré désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, il doit désigner expressément le ou les Bénéficiaire (s) de son choix dans le formulaire de désignation de Bénéficiaire(s) établi par l'Assureur.

La désignation du ou des Bénéficiaires peut également être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. L'Assuré conserve un exemplaire de ce document, un autre étant envoyé à l'Assureur, dans les plus brefs délais, par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice. Il n'aura alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsque l'acte lui aura été notifié par écrit.

Lorsque le (ou les) Bénéficiaire (s) est (sont) nommément désigné (s), l'Assuré est invité à renseigner au moins les noms, prénoms, date (s) et lieu (x) de naissance du (ou des) Bénéficiaire(s), ainsi que les coordonnées de ce(s) dernier (s) qui seront utilisés par l'Assureur en cas de décès de l'Assuré.

L'Assuré doit modifier sa clause Bénéficiaire(s) lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation du (ou des) Bénéficiaire(s). Cette modification s'effectue dans les mêmes conditions que celles de la désignation initiale.

Le Bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'adhésion à tout moment. Il devient alors Bénéficiaire acceptant.

Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé de l'Assuré, du Bénéficiaire et de l'Assureur.

L'acceptation peut également prendre la forme d'un acte authentique ou sous seing privé signé de l'Assuré et du Bénéficiaire et n'aura alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle lui aura été notifiée par écrit.

Cette acceptation rend la désignation du Bénéficiaire(s) irrévocable.

Ainsi, la modification de la clause Bénéficiaire(s), le rachat total de l'adhésion ou le nantissement ne seront possibles qu'avec l'accord écrit du Bénéficiaire acceptant, sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances (tentative de meurtre sur l'Assuré, inexécution, des conditions sous lesquelles la libéralité a été consentie, etc..) et le Code civil (ingratitude du Bénéficiaire envers l'Assuré).

Le Bénéficiaire acceptant pourra notamment être révoqué, si la clause Bénéficiaire(s) le prévoit, en cas de survenance du 1^{er} enfant de l'Assuré.

Le capital décès est versé sur un compte bancaire ouvert au nom du (ou des) Bénéficiaire(s) ou le cas échéant sur le compte bancaire de leur (leurs) représentant(s) légal (légaux).

Article 2. Formalités d'adhésion

Le Candidat à l'assurance répondant à la définition de l'article précédent doit remplir un bulletin d'adhésion selon un modèle établi par l'Assureur. Il y précise notamment son identité et les éléments nécessaires à la détermination de sa couverture et au calcul de sa cotisation, donne son consentement à l'assurance, reconnaît avoir pris connaissance de la notice d'information ainsi que du document d'informations clés et indique son choix sur les modalités de versement de la cotisation définies à l'article 25 « Paiement de la cotisation » de la notice d'information. Le Candidat à l'assurance joint à son bulletin d'adhésion, la désignation bénéficiaire(s).

Le Conjoint, Partenaire ou Concubin du Candidat à l'assurance, devra remplir une demande d'adhésion sous réserve qu'il remplisse les conditions définies à l'article 1.1 « Conditions d'adhésion de l'Assuré » de la présente notice d'information et qu'il fournisse, à la demande de l'Assureur, toute pièce justifiant sa situation familiale et notamment : copie du Pacte Civil de Solidarité (PACS), copie du livret de famille.

Chacun doit renseigner, dater et signer son bulletin d'adhésion ainsi que son propre formulaire de désignation de Bénéficiaire(s).

A compter de l'acceptation de la demande par la Mutuelle, l'Assuré règle d'avance sa première cotisation selon les modalités définies à l'article 25 « Paiement de la cotisation ».

Article 3. Prise d'effet et durée de l'adhésion

Sous réserve de l'acceptation du dossier et de l'encaissement de la première cotisation par la Mutuelle souscriptrice, l'adhésion prend effet à la date indiquée dans le Certificat d'adhésion, soit en principe le premier jour du mois suivant la demande d'adhésion et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.

En tout état de cause, l'adhésion ne pourra prendre effet que sous réserve que l'Adhérent, le(s) bénéficiaire(s) du contrat d'assurance vie nommément désigné(s) ne fassent pas l'objet d'une mesure de gel des avoirs au jour de la signature du bulletin d'adhésion et également sous réserve de l'accord de l'Assureur prévu par l'article R.561-20-2 du Code monétaire et financier lorsque l'Adhérent est une Personne politiquement exposée au jour de la signature du bulletin d'adhésion.

En cas de défaut du paiement de la première cotisation, la date de prise d'effet du contrat est reportée au premier jour du mois suivant la date effective du paiement de celle-ci.

Le renouvellement des garanties se fait ensuite annuellement par tacite reconduction à la date du 1^{er} janvier, sauf résiliation par la Mutuelle souscriptrice ou l'Assureur.

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

Article 4. Faculté de renonciation

4.1 Délai de renonciation

En cas de vente en face à face

Le contrat est vendu en face à face si au moins une des étapes de la vente a lieu en face à face avec le Candidat à l'assurance.

Conformément à l'article L. 132-5-1 du Code des assurances, tout Assuré a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec avis de réception pendant dans un délai de 30 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 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La date de prise d'effet de l'adhésion est mentionnée dans le Certificat d'adhésion.

L'Assuré perd son droit de renonciation dès lors qu'il demande expressément l'exécution du contrat avant l'échéance du délai de renonciation.

En cas de vente à distance

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 l'adhésion 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. Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, tout Assuré a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique dans un délai de 30 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).

L'Assuré perd son droit de renonciation dès lors qu'il demande expressément l'exécution du contrat avant l'échéance du délai de renonciation.

En cas de vente par démarchage

Le contrat 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.

Conformément à l'article L. 132-5-1 Code des assurances, tout Assuré a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception dans un délai de 30 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 24 heures.

S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

L'Assuré perd son droit de renonciation dès lors qu'il demande expressément l'exécution du contrat avant l'échéance du délai de renonciation.

4.2 Modalités d'exercice de la renonciation sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

L'Assuré doit faire parvenir la demande de renonciation à la Mutuelle souscriptrice à l'adresse suivante : **La Mutuelle Familiale** Service des Demandes adhérents, 52, rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10 ou à l'adresse électronique suivante : courrierAR@mutuelle-familiale.fr.

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

Je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au **contrat PLURIO Solutions Obsèques MI.12-004** que j'ai signé le [Date de l'adhésion] à[Lieu de l'adhésion] et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros].
Le[Date et signature] ».

4.3 Effets de la renonciation

En cas de vente en face à face

A compter de la date de réception de la lettre recommandée (la date du cachet de la poste faisant foi), ou du recommandé électronique, l'adhésion au titre du contrat, est résiliée sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, l'adhésion étant réputée n'avoir jamais existée.

Dans ce cas si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle souscriptrice procède au remboursement de la cotisation versée par l'Assuré, dans un délai de 30 jours maximal à compter du jour où l'Assuré a envoyé sa lettre de renonciation pour se rétracter. Au-delà du délai de 30 jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur majoré de moitié durant 2 mois, puis, à l'expiration de ce délai de 2 mois, au double du taux légal.

En cas de vente à distance

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

Si l'Assuré exerce son droit de renonciation, l'intégralité de la prime est due par l'Assureur, dans un délai de 30 jours maximal à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou du recommandé électronique qui correspond à la date de résiliation du contrat. Au-delà du délai de 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'Assuré ait expressément demandé un début d'exécution et a été prévenu du coût de cette prestation en cas de renonciation.

En cas de vente par démarchage

A compter de la date de réception 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 existée.

Dans ce cas si des cotisations ont été perçues, l'Assureur procède au remboursement de la cotisation versée par l'Assuré, dans un délai de 30 jours maximal à compter du jour où l'Assuré a envoyé sa lettre recommandée ou son recommandé électronique pour se rétracter. Au-delà du délai de 30 jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.

Article 5. Fin de l'adhésion au contrat d'assurance de groupe

Outre la résiliation à l'échéance prévue à l'article 3 « Prise d'effet et durée de l'adhésion » ci-dessus, l'adhésion au contrat cesse :

- ✓ A la date de prise d'effet de la renonciation au contrat par l'Assuré telle que prévue à l'article 4 « Faculté de renonciation », de la présente notice,
- ✓ A la date de prise d'effet de la résiliation de son adhésion par l'Assuré en cas de modification du contrat,
- ✓ En cas de rachat total de la garantie dans les conditions fixées à l'article 16 « Frais et indemnités de rachat » de la notice d'information, l'Assuré peut dès lors mettre fin à l'adhésion au contrat à tout moment selon l'article précité,
- ✓ En cas de non-paiement de la cotisation, au jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat, conformément à l'article 26 « Défaut de paiement de la cotisation par l'Assuré » de la présente notice,
- ✓ En cas de fausse déclaration de l'Assuré prévue à l'article 9 « fausse déclaration »
- ✓ En cas de décès de l'Assuré, soit au jour de son décès, à l'exception des garanties d'assistance pour les Proches parents qui expirent le dernier

jour à 24 heures du 12^{ème} mois qui suit le décès de l'Assuré.

- ✓ En cas de perte de la qualité de Membre participant. L'Adhérent se voit alors proposer de demander la qualité de Membre honoraire, à défaut d'une telle demande il sera radié du contrat.
- ✓ En cas de perte de la qualité de Membre honoraire.

La résiliation entraîne l'arrêt du versement des cotisations et la cessation définitive de la garantie décès de l'Assureur.

En cas de résiliation du contrat par l'Assureur, les garanties liées au décès et à l'assistance souscrites par l'Assuré avant la date de prise d'effet de la résiliation sont maintenues jusqu'à extinction des droits.

Article 6. Information des Assurés

La Mutuelle souscriptrice s'engage à remettre à chaque Assuré un exemplaire de la présente notice d'information ainsi que l'ensemble des documents contractuels et précontractuels relatifs au contrat et s'engage à conserver la preuve de cette remise.

La Mutuelle souscriptrice s'engage à aviser les Assurés par écrit de toute modification apportée à leurs droits et obligations concernant le contrat.

Par ailleurs, si la Provision mathématique (PM) constituée par l'Assureur est égale ou supérieure à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de l'économie, la Mutuelle souscriptrice s'engage à remettre aux Assurés chaque année, un Relevé annuel de situation, approuvé par l'Assureur précisant un certain nombre d'éléments définis aux articles L. 132-22 et A. 132-7 du Code des assurances, notamment le montant garanti ainsi que le montant de la cotisation à verser.

Article 7. Cas de nullité

Sont nulles :

Toutes clauses générales frappant de déchéance l'Assuré en cas de violation des lois et des règlements, à moins que cette violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel.

Toutes clauses frappant de déchéance le Bénéficiaire a raison de simple retard à la déclaration du sinistre aux autorités ou à des productions de pièces, sans préjudice du droit pour l'Assureur de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

Article 8. Exclusions

Sont exclus des garanties, et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur ou de l'Assistéur :

Les risques de guerres :

- ✓ Pour les risques survenant dans les Etats composant l'espace économique européen : les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire ;
- ✓ Pour les risques survenant hors des Etats composant l'espace économique européen : au cas où la France est impliquée dans une action militaire ou de police et sauf convention contraire particulière, les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire se produisant dans le ou les pays où la France est impliquée. Dans le cas contraire, l'exclusion ne s'applique que lorsque l'Assuré prend une part active à l'évènement.

Les risques aériens :

- ✓ Les conséquences d'un accident survenu au cours de compétitions, démonstrations aériennes, acrobaties, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activité de navigant militaire. Par ailleurs, les conséquences d'un accident de la navigation aérienne ne sont garanties que dans le cas où l'Assuré se trouve à bord d'un avion muni d'un certificat de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmés, le pilote pouvant être l'Assuré lui-même.

Les autres risques :

- ✓ Le suicide de l'Assuré, au cours de la première année d'assurance ;
- ✓ Du meurtre commis sur la personne de l'Assuré(e) par l'un des Bénéficiaires ayant fait l'objet d'une condamnation pénale. Toutefois, le contrat produit ses effets au profit des autres Bénéficiaires de même rang à concurrence de la quote-part du

capital garanti leur revenant dans la désignation initiale ;

- ✓ Les conséquences d'un attentat, ou d'une tentative d'attentat, sauf si l'Assuré n'y prend pas une part active ou s'il se trouve dans l'exercice de son activité professionnelle ;
- ✓ Directement ou indirectement des effets de la transmutation de l'atome ;
- ✓ De la participation à des paris, des défis, des courses, des tentatives de records, des compétitions.

Sont exclus des garanties d'assistance, et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assisteur :

- ✓ Des états résultant de l'usage de stupéfiants, médicaments ou drogues lorsqu'ils n'entrent pas dans le cadre d'un traitement médicalement prescrit.
- ✓ D'un état alcoolique caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang ou une concentration d'alcool dans l'air expiré égales ou supérieures aux taux visés, en fonction du lieu de survenance du décès, par le Code de la route français ou la législation étrangère équivalente.
- ✓ De la pratique d'un sport à titre professionnel, à titre de loisir dans le cadre d'une compétition ou d'une tentative de record et leurs essais, et d'une manière générale, les conséquences de la pratique d'un sport aérien, marin ou entraînant l'utilisation d'engins motorisés.
- ✓ Des infractions à la législation en vigueur en France, commises de façon volontaire (faits intentionnellement causés ou provoqués par le Bénéficiaire, la participation à un crime ou un délit).
- ✓ Les décès survenus à l'occasion de tout séjour à l'étranger supérieur à 90 jours consécutifs.
- ✓ Les frais de taxi ou d'hôtel engagés à l'initiative du Bénéficiaire sans l'accord préalable de FILASSISTANCE (sauf en cas de force majeure).

En outre, l'Assisteur ne peut intervenir pour l'organisation des premiers secours, qui restent à la charge des autorités locales.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'Adhérent lors de la durée de la garantie excluent un remboursement à posteriori ou une indemnité compensatoire.

Article 9. Fausse déclaration

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 ou par l'Assisteur 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.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

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 ou 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 ou les Bénéficiaire(s) produisant sciemment des documents inexacts ou frauduleux sera (seront) déchu(s) de son (leur) droit aux prestations telles que décrites dans le Contrat.

Article 10. 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 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.

La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte de l'Assuré et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'Assuré.

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.

TITRE 2 - CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DE LA GARANTIE DECES

Article 11. Objet de la garantie

L'Assureur garantit à l'Assuré le versement d'un capital en cas de Décès destiné au financement de ses obsèques et versé à la personne ayant acquitté la facture.

Ce capital est versé, soit à la personne physique ayant financé les obsèques, soit à l'organisme de pompes funèbres ayant pris en charge les obsèques de l'Assuré, à hauteur des frais engagés et dans la limite du capital garanti.

Lorsque le capital souscrit est supérieur au montant des frais d'obsèques engagés, le reliquat éventuel est versé au (aux) Bénéficiaire(s) désigné(s) selon les modalités définies à l'article 1.2 « Clause de désignation du (ou des) Bénéficiaire(s) au décès de l'Assuré » de la présente notice d'information.

Le montant du capital choisi à l'adhésion peut être insuffisant pour couvrir les frais d'obsèques.

Article 12. Montant de la garantie

Au moment de l'adhésion, l'Assuré bénéficie d'un capital décès garanti au titre du présent contrat de **3 500 Euros**.

Article 13. Prise d'effet de la garantie et délai de carence

13.1 Prise d'effet de la garantie

Sous réserve de la réception du dossier complet, et de l'encaissement de la 1^{ère} cotisation, l'adhésion prend effet dans les conditions définies à l'article 3 « Prise d'effet et durée de l'adhésion ».

13.2 Délai de carence

Le Délai de carence est la période pendant laquelle aucune prestation n'est due ni versée par l'Assureur. Tout sinistre intervenant en dehors de la période de garantie prive le(s) Bénéficiaire(s) du paiement de la garantie.

Ce délai est décompté à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion mentionnée dans le Certificat d'adhésion. Il varie selon la cause du décès comme il s'ensuit :

Evènements garantis	Délai de carence ⁽¹⁾ ferme appliqué
En cas de décès consécutif à un Accident ⁽²⁾	Aucune carence
En cas de décès consécutif à un Accident de la circulation ⁽²⁾	Aucune carence
En cas de décès consécutif à une Maladie ^{(3) et (4)}	DELAI DE CARENCE DE 1 AN ⁽⁴⁾

(1) Délai de carence appliqué : période pendant laquelle aucune prestation n'est versée par l'Assureur.

(2) La notion d'Accident, d'Accident de la circulation et de Maladie : est définie à la rubrique « Définitions » de la notice d'information.

(3) La survenance, pendant le délai de carence, d'un décès suite à une Maladie, met fin à l'adhésion.

(4) A compter de la date de prise d'effet de l'adhésion tel que mentionné dans le Certificat d'adhésion remis par la Mutuelle souscriptrice à l'Assuré

En cas de décès par Maladie pendant le Délai de carence, le versement du capital garanti ne sera pas effectué et l'Assureur procède au remboursement de la totalité des cotisations nettes de frais à la succession de l'Assuré.

La preuve de l'Accident incombe au(x) Bénéficiaire(s) du capital et toute classification d'un autre organisme, notamment de la Sécurité sociale, ne saurait être opposable à l'Assureur.

Article 14. Frais de gestion et d'acquisition

La notice d'information mentionne les frais sur cotisations destinés à financer les coûts d'acquisition et de gestion du contrat.

Ces frais, exprimés en pourcentage (%) des cotisations s'élèvent à :

- ✓ 5 % des cotisations.

Ces frais sont compris dans le tarif mentionné à l'Annexe 2 « Montant de la cotisation » à la présente notice.

Article 15. La participation aux bénéfices

Au 31 décembre de chaque année, le compte de participation aux bénéfices commun à l'ensemble des contrats de même nature est alimenté à hauteur de 85 % des produits financiers et 90 % des résultats techniques dégagés par cette catégorie de contrat, et diminué des intérêts crédités aux Provisions mathématiques (PM). L'intégralité du solde de ce compte est affectée à la provision pour participation aux bénéfices (PB).

L'Assureur détermine alors, pour les contrats en cours au 31 décembre de l'année, la participation aux bénéfices qui peut être attribuée. La part restant en provision sera distribuée ultérieurement selon la réglementation en vigueur.

Article 16. Frais et indemnités de rachat

A tout moment, sous réserve des restrictions légales et contractuelles notamment la clause de (ou des) Bénéficiaire(s) ou le nantissement, l'Assuré peut, à tout moment, demander le rachat total du contrat.

Les valeurs de rachat individualisées seront communiquées à l'Assuré dans son Relevé annuel de situation. L'Assureur sera chargé d'envoyer le Relevé annuel de situation de l'Assuré à la Mutuelle souscriptrice, à charge pour cette dernière de le transmettre à l'Assuré concerné.

Le rachat total met fin à l'adhésion et à toutes ses garanties.

Le versement de la valeur de rachat à l'Assuré ne peut excéder deux (2) mois suivant la réception par la Mutuelle souscriptrice de la demande de rachat sur papier libre, datée et signée.

Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal en vigueur majoré de moitié durant deux (2) mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux (2) mois au double du taux légal en vigueur.

16.1 Calcul de la valeur de rachat

La valeur de rachat à une date « t » est la différence entre l'engagement futur de l'Assureur et celui de l'Assuré tel que définis ci-dessous :

- ✓ L'engagement de l'Assureur est le versement du capital garanti au décès de l'Assuré,
- ✓ L'engagement de l'Assuré est le paiement des cotisations.

La valeur de rachat du contrat pourra être augmentée chaque 31 décembre de la participation aux bénéfices. Cette participation aux bénéfices est le produit de la valeur de rachat du contrat au 31 décembre et du taux de participation aux bénéfices, déduction faite des prélèvements sociaux.

Le capital garanti supplémentaire en découlant est le rapport entre la participation aux bénéfices et un coefficient correspondant à une cotisation viagère nette de chargements à cette date pour une garantie en capital d'un euro (1 €) en cas de décès.

La valeur de rachat est égale à la Provision mathématique (PM) constituée et calculée au jour de la demande.

En cas de rachat au cours des DIX PREMIERES ANNEES de l'adhésion, une pénalité sera appliquée sur le montant racheté. Cette pénalité s'élève à 5 % de la valeur de rachat la première année d'adhésion, pour être ensuite diminuée de 0,5 % PAR ANNEE. Elle est nulle au-delà de la DIXIEME ANNEE.

La valeur minimale de rachat aux termes de chacune des 8 premières années anniversaires est indiquée à chaque Assuré à la suite de son adhésion dans l'annexe 1 « Valeur de rachat/Exemple » de la présente notice d'information.

Demande de valeur de rachat et Modalités de versement de la valeur de rachat :

Le règlement de la valeur de rachat est effectué par l'Assureur dans un délai de 2 mois suivant la réception par la Mutuelle souscriptrice de la demande de rachat sur papier libre, datée et signée en précisant le régime fiscal choisi et accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- ✓ L'exemplaire original du dernier Certificat d'adhésion,
- ✓ Un justificatif d'identité en cours de validité au nom de l'Assuré,
- ✓ S'il existe, l'accord du Bénéficiaire acceptant,

- ✓ Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) au nom de l'Assuré.

La demande de l'Assuré sera envoyée à la Mutuelle souscriptrice, qui la transmettra à l'Assureur, à l'adresse suivante :

La Mutuelle Familiale
Service des Demandes adhérents
52, rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10

16.2 Calcul de la valeur de réduction

La valeur de réduction à une date « t » correspond au nouveau capital garanti en cas de décès de l'Assuré, si celui-ci cessait de payer les cotisations à cette date. Si toutes les cotisations ont été réglées, cette valeur est égale au capital garanti.

La valeur de réduction à la date « t » est le rapport entre la valeur de rachat à cette date et un coefficient correspondant à une cotisation viagère nette de chargements à cette date pour une garantie en capital d'un euro (1 €) en cas de décès.

La mise en réduction du met fin aux prestations d'assistance.

Article 17. Fin de la garantie

Les garanties prennent fin dans les mêmes conditions que l'adhésion, telles que définies à l'article 5 « Fin de l'adhésion au contrat d'assurance groupe » de la notice d'information.

TITRE 3 - CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DE LA GARANTIE ASSISTANCE

Article 18. Objet

A la garantie Décès, sont associées des prestations d'assistance assurées par **L'ASSISTEUR** dont les coordonnées sont les suivantes :

COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE ?	
Téléphone	09 77 40 21 86 (depuis la France)
	(+) 33 9 77 40 21 86 (depuis l'étranger)
Télécopie	01 47 11 24 63 (Appel non surtaxé)
Adresse postale	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex

Pour bénéficier des garanties d'assistance, **L'ASSISTEUR** doit avoir été contacté (par téléphone ou télécopie ou message électronique) par l'Assuré, par le Bénéficiaire ou, le cas échéant, ses ayants-droit et avoir donné son accord préalable.

Article 19. GENERALITES

19.1 Prise d'effet – durée des garanties

a. Prise d'effet

Les garanties entrent en vigueur à l'adhésion au contrat, sous réserve du règlement de la cotisation.

b. Durée

L'ASSISTEUR garantit les prestations d'assistance obsèques pendant toute la durée de l'adhésion au contrat.

Le droit à garantie cesse pour chaque Assuré :

- ✓ en cas de résiliation du contrat liant l'Assureur et L'ASSISTEUR, dans ce cas l'Assureur informera les Assurés et le(s) Bénéficiaire(s),
- ✓ en cas de résiliation de l'adhésion de l'Assuré au contrat PLURIO Solutions Obsèques,
- ✓ en cas de mise en réduction du contrat et ce, conformément aux articles L.132-20 et R.132-2 du Code des assurances.

Pour les Proches parents, la garantie assistance entre en vigueur à la même date mentionnée à l'article 19.1.a. ci-avant et cesse le dernier jour à vingt-quatre (24) heures du douzième (12^{ème}) mois qui suit le décès de l'Assuré.

19.2 Validité territoriale

Les prestations d'assistance obsèques s'appliquent en France métropolitaine, en Corse ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) français : Guadeloupe, Guyane française, Martinique et la Réunion.

La prestation « rapatriement du corps », prévue à l'article 20.3.a de la notice, s'applique dans le monde entier, sauf restrictions expressément stipulées dans l'article précité.

La garantie assistance obsèques est fournie exclusivement depuis et au sein de la Zone de résidence de l'Assureur.

Événement(s) garanti(s)

Sous réserve des cas d'exclusion prévus dans la présente notice, le(s) événement(s) donnant lieu à la mise en place des prestations d'assistance garanties par le contrat est (sont) le(s) suivant(s) :

- ✓ décès de l'Assuré ;
- ✓ décès d'un Proche parent de l'Assuré.

19.3 Mise en œuvre de la garantie et engagement financier

a. Nécessité de l'appel préalable

L'ASSISTEUR est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable et sauf stipulation contraire, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (hors jours fériés)

Pour bénéficier des prestations d'assistance, L'ASSISTEUR doit avoir été prévenu au préalable par

téléphone ou par télécopie, avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable.

Les prestations garanties ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de L'ASSISTEUR. Ainsi, il est indispensable de contacter L'ASSISTEUR en précisant le n° **F15 O 0384**, afin d'obtenir un numéro de dossier, qui seul justifiera une prise en charge des interventions.

Les coordonnées de L'ASSISTEUR sont mentionnées à l'article 18 « Objet » de la présente notice d'information.

À DEFAUT DE RESPECTER CET ACCORD PREALABLE, AUCUNE DEPENSE EFFECTUEE D'AUTORITE PAR LE BENEFICIAIRE N'EST REMBOURSEE.

b. Règlement des prestations

Pour obtenir le remboursement des dépenses ayant reçu l'accord préalable de L'ASSISTEUR, le Bénéficiaire ou la personne ayant engagé les frais devra obligatoirement adresser toute pièce justificative originale que L'ASSISTEUR jugerait utile.

Le règlement des prestations interviendra dans un délai de quinze (15) jours ouvrés suivant la réception desdites pièces par L'ASSISTEUR sauf contestation notifiée à la personne concernée.

Ce règlement sera versé soit au Bénéficiaire, soit à la personne ayant engagé les frais.

c. Conditions d'ordre médical

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de L'ASSISTEUR, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

L'équipe médicale de L'ASSISTEUR peut être contactée à l'adresse suivante : medical@filassistance.fr

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

Afin de permettre à l'équipe médicale de L'ASSISTEUR de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées **sous pli confidentiel** à l'attention du service médical de L'ASSISTEUR.

d. Conditions relatives à l'assistance information

L'assistance information consiste à orienter et informer le Bénéficiaire dans les thématiques couvertes.

La prestation est exclusivement téléphonique et ne fait en aucun cas l'objet d'une confirmation écrite.

L'ASSISTEUR s'engage à fournir une réponse, si possible immédiatement, et sinon dans un délai de 72 heures maximum.

La responsabilité de **L'ASSISTEUR** ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- d'interprétation inexacte du ou des renseignement(s) que le Bénéficiaire aura obtenu(s),
- de difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.

▪ INFORMATION JURIDIQUE

L'ASSISTEUR oriente et informe l'Assuré dans les domaines de la vie pratique et juridique (sociétés, affaires, allocations retraite, impôts, fiscalité, famille). Sont exclues les demandes ne portant pas sur le droit français.

Le contenu de l'information juridique délivrée a un caractère uniquement documentaire (au sens de l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971) et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.

19.4 Subrogation

Conformément à l'article L. 121-12 du Code des assurances, **L'ASSISTEUR** est subrogé dans les droits et actions de l'Assuré contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Assuré doit informer **L'ASSISTEUR** de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

19.5 Exonération de responsabilité

L'ASSISTEUR est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux Bénéficiaires des garanties. Toutefois :

- ✓ la responsabilité de **L'ASSISTEUR** est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère, notamment, aux délais et/ou aux difficultés d'obtention de documents administratifs (visas d'entrée et de sortie de territoire, passeports...) qui constituent des conditions essentielles et préalables, fixées par certains Etats, à la circulation et/ou au transport des personnes ou des biens sur un territoire ou entre deux Etats donnés.
- ✓ la responsabilité de **L'ASSISTEUR** ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le Bénéficiaire est consécutif(ve) à l'insuffisance des disponibilités locales.
- ✓ **L'ASSISTEUR** ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :
 - soit, de cas de force majeure,
 - soit, d'événements tels guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires

émeutes ou grèves (article L.121-8 alinéa 2 du Code des assurances),

- soit, des saisies ou contraintes par la force publique,
- soit, des interdictions officielles,
- soit, des actes de piraterie, de terrorisme ou d'attentats soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage,
- soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

Article 20. Garanties accordées

20.1 Résumé des garanties

Les pièces justificatives à fournir seront communiquées par **L'ASSISTEUR** dont les coordonnées sont mentionnées à l'article 18 « Objet » de la présente notice.

PRESTATIONS ACCESSIBLES A L'ASSURE DES L'ADHESION

• <u>Informations sur l'organisation des obsèques</u>	Sur simple appel téléphonique
• <u>Résolution de questions administratives et juridiques</u>	Sur simple appel téléphonique
• <u>Mise à disposition de courriers types</u>	Mise à disposition
• <u>Ecoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique</u>	Sur simple appel téléphonique
• <u>Aide à la recherche d'un opérateur funéraire</u>	Sur simple appel téléphonique
• <u>Gestion des volontés essentielles</u>	Recueil volontés essentielles
• <u>Aide à l'organisation anticipée des obsèques de l'Assuré</u>	Demande et analyse de devis

PRESTATIONS ACCESSIBLES LORS DU DECES DE L'ASSURE

• <u>Rapatriement du corps</u>	Organisation et prise en charge Coût du cercueil à concurrence de 800 euros Un Titre de transport aller-retour pour le Conjoint, Partenaire ou Concubin survivant. Prise en charge hébergement pendant 3 nuits avec un maximum de 150 euros
• <u>Accompagnement dans les déplacements</u>	Organisation et prise en charge à hauteur de 150 € TTC maximum
• <u>Garde ou transfert des enfants ou petits-enfants</u>	Organisation et prise en charge de la garde à domicile (maximum 2

<u>âgés de moins de 15 ans ou ascendants</u>	jours) ou 1 Titre de transport aller-retour pour le transfert chez un proche
• <u>Garde des Animaux de compagnie de l'Assuré décédé</u>	Organisation et prise en charge (maximum 10 jours consécutifs après le décès)
• <u>Aide à la recherche d'un opérateur funéraire</u>	Sur simple appel téléphonique
• <u>Transmission des messages urgents</u>	Transmission
• <u>Aide-ménagère</u>	Mise en place (3 heures par jour réparties pendant les 10 jours faisant suite au décès de l'Assuré)
• <u>Téléassistance pour le Bénéficiaire survivant</u>	Prise en charge des frais d'installation
• <u>Communication des volontés essentielles</u>	Communication des volontés essentielles
• <u>Accompagnement, coordination et aide à la préparation des obsèques</u>	Informations téléphoniques

PRESTATIONS ACCESSIBLES AU CONJOINT, PARTENAIRE, CONCUBIN SURVIVANT ET AUX AUTRES BENEFICIAIRES DU CONTRAT D'ASSURANCE PENDANT L'ANNEE QUI SUIT LE DECES DE L'ASSURE

• <u>Service de renseignement et d'informations téléphoniques</u>	Sur simple appel téléphonique
• <u>Résolution de questions administratives et juridiques</u>	Sur simple appel téléphonique
• <u>Mise à disposition de courriers types</u>	Mise à disposition
• <u>Ecoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique</u>	Sur simple appel téléphonique

Les prestations d'assistance qui suivent seront octroyées sous les conditions et dans les limites prévues par le synoptique des garanties ci-avant.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

20.2 Prestations accessibles à l'Assuré dès l'adhésion

Service de renseignement et d'informations téléphoniques en cas de décès d'un Proche parent

a. Informations sur l'organisation des obsèques

L'ASSISTEUR met à la disposition de l'Assuré, dès son adhésion au présent contrat un service d'information et d'aide administrative.

Des informations téléphoniques et des renseignements peuvent être délivrés dans les domaines suivants :

- obsèques civiles ou religieuses,
- prélèvement d'organes,
- don du corps,
- constatation,
- déclaration,
- chambres funéraires,
- transports,
- services de Pompes Funèbres,
- inhumation,
- coût des obsèques.

b. Résolution de questions administratives et juridiques

L'ASSISTEUR fournit toute information d'ordre général pour les démarches à accomplir dans les domaines administratifs (déclarations de décès, les aides sociales, les pensions veuvage, etc.), sociaux et juridiques (successions, etc.).

Le contenu de l'information délivrée a un caractère purement documentaire au sens de l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 : aucune des informations dispensées par L'ASSISTEUR ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, avoués, huissiers, etc. En aucun cas elles ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

La responsabilité de L'ASSISTEUR ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- D'interprétation inexacte du ou des renseignement(s) que le Bénéficiaire aura obtenu(s) ;
- De difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.

c. Mise à disposition de courriers types

L'ASSISTEUR assure la mise à disposition de l'Assuré des « courriers types » nécessaires aux organismes et administrations, et lui communique, le cas échéant, leurs coordonnées pour les informer du décès et prendre les mesures adéquates dans les domaines suivants :

- Employeurs, Pôle emploi ou Caisses de retraite selon la situation du défunt.
- Banques.
- Compagnie d'électricité, compagnie des eaux, opérateurs téléphoniques, divers assureurs (automobile, vol, Multi Risques Habitation, etc...).
- Mutuelle et Caisses de retraite principale et complémentaire.
- Le Centre des impôts.
- La Sécurité sociale.

d. Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique

Sur simple appel de l'Assuré, lors de la survenance du décès d'un Proche parent, **L'ASSISTEUR** peut mettre l'Assuré en relation avec sa plate-forme d'écoute médico-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

e. Aide à la recherche d'un opérateur funéraire

Sur simple appel téléphonique, **L'ASSISTEUR** aide l'Assuré dans la recherche d'un opérateur funéraire et le met en relation avec ce dernier pour l'organisation des obsèques.

f. Gestion des volontés essentielles

L'Assuré a la possibilité de transmettre des volontés dites essentielles concernant l'organisation de ses obsèques. Dans ce cas, à l'aide du document « Recueil des volontés essentielles » (intégré à la Notice d'information remise à l'Assuré lors de l'adhésion), l'Assuré communique, s'il le souhaite, à **L'ASSISTEUR** le mode et lieu de sépulture, le caractère civil ou religieux désirés.

L'ASSISTEUR vérifie alors la cohérence des informations au regard de la législation et prend contact le cas échéant avec l'Assuré. **L'ASSISTEUR** enregistre les volontés essentielles. Cette déclaration confidentielle est enregistrée et conservée par **L'ASSISTEUR**.

L'Assuré peut changer ses volontés essentielles, selon une procédure identique à la mise en place initiale, avec application de frais de dossier à compter de la 4^{ème} modification de 25 euros TTC (tarif au 1^{er} janvier 2017). Ce tarif s'applique à chaque modification supplémentaire et suit l'évolution de l'indice des prix à la consommation, France entière, Ensemble des ménages, autres services (4013 E).

Lorsque **L'ASSISTEUR** aura connaissance du décès, les volontés essentielles seront communiquées aux proches, à l'opérateur concerné et le cas échéant au mandataire nommé par l'Assuré pour les guider dans l'organisation des obsèques. **L'ASSISTEUR** s'engage à conserver les données et les restituer le moment venu : sa responsabilité ne pourra en aucun cas être recherchée si le(s) proche(s), le mandataire ou l'opérateur funéraire ne respecte(nt) pas les volontés essentielles.

g. Aide à l'organisation anticipée des obsèques de l'Assuré

Sur simple demande, **L'ASSISTEUR**, peut aider l'Assuré ou la famille :

- à analyser les devis transmis et vérifier, le cas échéant, la cohérence de ces devis avec les volontés essentielles,
- en sollicitant de sa part des devis auprès de plusieurs opérateurs funéraires.

Dans les deux cas, **L'ASSISTEUR** donne à tout Bénéficiaire visé à Rubrique « Définitions » de la notice, les éléments d'aide à l'analyse des devis et à

la décision sans prendre parti et sans négocier les devis.

Par ailleurs **L'ASSISTEUR** peut communiquer à l'Assuré ou aux Proches du défunt, sur demande, la liste des opérateurs funéraires les plus proches.

20.3 Prestations accessibles lors du décès de l'Assuré

a. Rapatriement du corps

En cas de décès de l'Assuré survenu au cours d'un voyage ou d'un déplacement touristique de moins de 90 jours consécutifs et à plus de 50 Km du domicile, **L'ASSISTEUR** organise et prend en charge le transfert du corps jusqu'au lieu d'inhumation en France.

L'ASSISTEUR s'occupe de toutes les formalités à accomplir sur place, et prend en charge les frais (de manutention, de mise en bière, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de formalités) accessoires au transport du corps, ainsi que le coût d'un cercueil de modèle simple à concurrence de 800 € indispensable à ce transport, à l'exclusion des frais d'obsèques et d'inhumation.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement (Pompes Funèbres, transporteurs, etc...) est du ressort de **L'ASSISTEUR**, sous réserve du choix éventuellement exprimé par l'Assuré avant le décès.

Si la présence sur place du Conjoint, Partenaire ou Concubin survivant s'avère indispensable pour effectuer les formalités de reconnaissance ou de rapatriement de corps, **L'ASSISTEUR** met à sa disposition un titre de transport aller et retour.

Dans ce cas **L'ASSISTEUR** prend en charge sur justificatifs son hébergement sur place pendant 3 nuits dans la limite de 150 euros TTC par événement ou, le cas échéant, son rapatriement s'il n'est pas titulaire d'un billet de retour.

De même, si à la suite du rapatriement de l'Assuré par **L'ASSISTEUR**, le Conjoint, Partenaire ou Concubin survivant qui voyageait avec le Membre participant ou avec le Membre honoraire doit être rapatrié prématurément, **L'ASSISTEUR** prend en charge les conséquences pécuniaires dues à ce retour anticipé (absence de billet retour, billet retour non échangeable, surcoût de billet).

Les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge.

b. Accompagnement dans les déplacements

Si à la suite du décès de l'Assuré, le Bénéficiaire tel que défini à la rubrique « Définitions » de la notice d'information, ne peut se déplacer **L'ASSISTEUR** recherche des services d'aide au déplacement pour régler les démarches administratives et organise le cas échéant la venue d'un accompagnateur (taxi ou prestataire qui se déplace avec son propre véhicule).

La prise en charge ne peut excéder 150 euros TTC.

c. Garde ou transfert des enfants ou petits-enfants âgés de moins de 15 ans ou des ascendants

Au moment du décès et/ou le jour des obsèques, si aucun Proche parent n'est à même de s'occuper des enfants ou des petits enfants, ou des ascendants restés au domicile, **L'ASSISTEUR** organise et prend en charge :

- leur garde pendant deux (2) jours maximum, ou
- leur transfert chez un Proche parent résidant en France, en mettant à leur disposition un titre de transport.

d. Garde des Animaux de compagnie de l'Assuré décédé

Si à la suite du décès de l'Assuré, aucun Proche parent n'est en mesure de s'occuper des Animaux de compagnie (chiens, chats) de l'Assuré, **L'ASSISTEUR** organise et prend en charge leur garde à l'extérieur ou leur entretien à domicile, sous réserve que ceux-ci aient reçu les vaccinations obligatoires.

La prise en charge ne peut excéder une période de 10 jours consécutifs après le décès de l'Assuré.

e. Aide à la recherche d'un opérateur funéraire

Sur simple appel téléphonique, **L'ASSISTEUR** aide le Bénéficiaire dans la recherche d'un opérateur funéraire et le met en relation avec ce dernier pour l'organisation des obsèques.

f. Transmission des messages urgents

En cas de décès de l'Assuré, à la demande du Bénéficiaire visé à la rubrique « Définitions », et si celui-ci n'a pas pu le faire lui-même, **L'ASSISTEUR** se charge de transmettre les messages urgents relatifs à ce décès aux proches, dans la limite de la clause de territorialité telle que prévue à l'article 19.2 « Validité territoriale » de la notice d'information.

D'une manière générale, la transmission des messages est subordonnée à :

- une justification de la demande,
- une expression claire et explicite du message à transmettre,
- une indication précise des noms, prénoms, adresse complète et éventuellement numéro de téléphone des personnes à contacter.

Cette transmission est effectuée sous la responsabilité de la personne ayant sollicité cette prestation.

g. Aide-ménagère

L'ASSISTEUR met à la disposition du Bénéficiaire visé à la rubrique « Définitions » de la présente notice, une aide-ménagère pour le soulager d'une partie des tâches ménagères.

La prise en charge de sa rémunération s'effectue à raison de 3 heures par jour au maximum, réparties pendant les 10 jours ouvrés faisant suite au décès de l'Assuré, dans la limite de 30 heures maximum.

h. Téléassistance pour le Conjoint, Partenaire ou Concubin survivant

Si du fait du décès du Membre participant ou du Membre honoraire, le Conjoint, Partenaire ou Concubin survivant se trouve seul à son domicile sans la présence d'un Proche parent (dans un rayon de 50 kilomètres de son domicile), **L'ASSISTEUR** met à la disposition du Conjoint, Partenaire ou Concubin survivant, à sa demande, un appareil de téléassistance qui lui permet de garder un contact privilégié avec l'extérieur.

D'un simple geste, il peut alerter la centrale de réception qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler.

Prestations liées à la mise en place du centre de réception d'appels :

- gestion de la « fiche médicale » de l'abonné,
- écoute 24 heures sur 24 par les équipes d'assistance,
- présence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 d'une équipe spécialisée dans le centre d'appels,
- dialogue, si nécessaire, avec l'équipe médicale de **L'ASSISTEUR**,
- mise en relation, si nécessaire, avec les structures d'urgence (sans prise en charge).

L'ASSISTEUR prend en charge la mise en service d'un appareil par foyer, les frais d'abonnement restant à la charge du Conjoint, Partenaire ou Concubin survivant.

i. Communication des volontés essentielles

L'ASSISTEUR communique à la personne désignée dans les volontés essentielles, au mandataire ou à l'opérateur funéraire concerné le recueil des volontés essentielles afin de le(s) guider dans l'organisation des obsèques.

L'ASSISTEUR est également en mesure d'aider les proches dans la mise en œuvre des services nécessaires au bon déroulement des obsèques de l'Assuré.

j. Accompagnement, coordination et aide à la préparation des obsèques

Sur simple demande et si l'Assuré n'a pas désigné d'opérateur funéraire, **L'ASSISTEUR** peut guider les proches dans le choix des prestations en cohérence avec le capital disponible et les volontés essentielles déclarées.

L'ASSISTEUR communique aux proches du défunt, sur demande, la liste d'opérateurs funéraires les plus proches et le cas échéant **L'ASSISTEUR** organise le rendez-vous avec l'entreprise de Pompes Funèbres choisie par la famille ou le mandataire (sous réserve du choix éventuellement exprimé par l'Assuré avant le décès).

20.4 Prestations d'assistance accessibles au Conjoint, Concubin, Partenaire survivant ou au(x) Bénéficiaires du contrat pendant l'année qui suit le décès de l'Assuré

a. Service de renseignements et d'informations téléphoniques

L'ASSISTEUR met à la disposition du Conjoint, Partenaire, Concubin survivant Bénéficiaire visé à la

Rubrique « Définitions » de la présente Notice, un service d'information, de conseils et d'aides administratives.

Ce service comprend des informations téléphoniques et des renseignements concernant les domaines suivants :

- Obsèques civiles ou religieuses,
- Prélèvement d'organes,
- Don du corps,
- Constatation,
- Déclaration,
- Chambres funéraires,
- Transports,
- Services de Pompes Funèbres,
- Inhumation,
- Coût des obsèques.

b. Résolution de questions administratives et juridiques

L'ASSISTEUR fournit, par téléphone, toute information d'ordre général pour les démarches à accomplir dans les domaines administratifs (déclarations de décès, les aides sociales, les pensions veuvage, etc.), sociaux et juridiques (successions, etc.).

c. Mise à disposition de courriers types

L'ASSISTEUR assure la mise à disposition du Conjoint, Partenaire, Concubin survivant ou d'un Bénéficiaire, des « courriers types » nécessaires aux organismes et administrations, et lui communique, le cas échéant, leurs coordonnées pour les informer du décès et prendre les mesures adéquates dans les domaines suivants :

- Employeurs, Pôle emploi ou Caisses de retraite selon la situation du défunt.
- Banques.
- Compagnie d'électricité, compagnie des eaux, opérateurs téléphoniques, divers assureurs (automobile, vol multi risques Habitation, etc.).
- Mutuelle et Caisses de retraite principale et complémentaire.
- Le Centre des impôts.
- La Sécurité sociale.

d. Écoute et aide à la recherche de professionnels assurant la prise en charge psychologique

Sur simple appel du Conjoint, Partenaire, Concubin survivant ou d'un Bénéficiaire, lors de la survenance du décès de l'Assuré, L'ASSISTEUR peut le mettre en relation avec sa plate-forme d'écoute médico-sociale composée de chargés d'assistance spécialisés, de psychologues cliniciens, de médecins, d'assistantes sociales destinée à lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

TITRE 4 - CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES LIEES A LA DECLARATION DU RISQUE DECES

Article 21. Délai de déclaration de sinistre

Sous peine de déchéance, à compter de la réalisation du risque de nature à entraîner la garantie du contrat, toute demande de prestations doit être formulée à la Mutuelle et au plus tard dans les conditions définies à l'article 10 de la présente notice.

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.

Article 22. Modalités et formalités à accomplir pour le versement de la prestation

Déclaration de décès de l'Assuré(e)

Le capital est versé, au choix de l'Assuré, soit à l'organisme de pompes funèbres soit à la personne physique ayant pris en charge les frais d'obsèques de l'Assuré et à hauteur des frais facturés, dans la limite du capital souscrit.

Lorsque le capital garanti est supérieur au montant des frais d'obsèques, le reliquat éventuel est versé au (aux) Bénéficiaire(s) nominativement désigné(s) selon les modalités définies à l'article 1.2 « Clause de désignation du (ou des) bénéficiaire(s) au décès de l'Assuré » de la notice.

Le formulaire de demande de prestation établi par l'Assureur, doit être adressé au siège social de la Mutuelle souscriptrice par le(s) Bénéficiaire(s), à l'adresse suivante : **La Mutuelle Familiale** - Service Obsèques - 52, rue d'Hauteville - 75487 Paris cedex 10, qui le transmettra à l'Assureur, accompagné des pièces et justificatifs mentionnés ci-après. Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du (des) Bénéficiaire(s) de la prestation.

22.1 Pour chaque dossier, les pièces suivantes doivent être adressées à la Mutuelle souscriptrice en vue du règlement du capital garanti :

- ✓ Un extrait d'acte de décès ou un bulletin de décès de l'Assuré,
- ✓ Un certificat médical, indiquant les circonstances du décès, mentionnant en particulier s'il s'agit de suicide, homicide, mort naturelle ou accidentelle,
- ✓ Un justificatif de la personne physique ou morale ayant réglé les obsèques (facture acquittée détaillée attestant de la réalisation des prestations funéraires).

Les pièces fiscales suivantes :

- ✓ Si des cotisations ont été versées avant le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré, le(s) Bénéficiaire(s) doit (doivent) produire une attestation sur l'honneur au titre de l'article 990 I du Code général des impôts (CGI),
- ✓ Si des cotisations ont été versées après le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré, un certificat d'acquiescement ou de non exigibilité des droits au

titre de l'article 757 B du Code général des impôts (CGI),

✓ Et toute autre pièce exigée par la législation fiscale en vigueur.

En cas de Décès accidentel, les pièces suivantes :

✓ Le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou tout document établissant le caractère purement accidentel du décès et décrivant les circonstances de l'Accident.

En cas de Décès lié à une Maladie (pendant ou hors du Délai de carence de 1 an), les pièces suivantes :

✓ Toute attestation médicale d'un professionnel de santé.

22.2 Pour chaque Bénéficiaire, les pièces suivantes :

- ✓ Un formulaire de demande de prestation complété et signé,
- ✓ Toute pièce justifiant de la qualité de Bénéficiaire ou la facture acquittée détaillée attestant de la réalisation des prestations funéraires,
- ✓ Un Relevé d'identité Bancaire (RIB) au nom du (ou de chaque) Bénéficiaire.

En cas de décès, l'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier, y compris d'ordre médical, et se réserve le droit de faire effectuer un contrôle de sinistre.

Toute pièce médicale doit être adressée directement sous pli confidentiel au Médecin-conseil de l'Assureur par le ou les Bénéficiaire (s). La Mutuelle souscriptrice tenant à disposition de l'intéressé ou des intéressés une enveloppe sur laquelle sont mentionnées les informations suivantes :

MFPrévoyance
A l'attention du Médecin-Conseil
TSA 90 555,
94116 Arcueil Cedex

Article 23. Revalorisation de la garantie exprimée en euros en cas de décès de l'Assuré

Évolution des garanties exprimées en euros :

En application de l'article L. 132-5 du Code des assurances, dès la date du décès de l'Assuré, et jusqu'à la réception des pièces mentionnées aux articles 21 « Délai de déclaration de sinistre » et 22 « Modalités et formalités à accomplir pour le versement de la prestation » de la présente notice d'information, et le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L. 132-27-2 du Code des assurances, le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

a) La moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;

b) Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

TITRE 5 - DISPOSITIONS DIVERSES - COTISATION

L'Assureur est soumis au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et la corruption en application des dispositions du Code monétaire et financier. C'est pourquoi la Mutuelle a l'obligation d'identifier et de connaître les Assurés. Les informations ainsi recueillies sont rendues accessibles à l'Assureur afin de lui permettre de respecter les obligations auxquelles il est soumis. La Mutuelle souscriptrice peut vérifier l'origine des fonds destinés au paiement des cotisations.

Article 24. Montant et révision de la cotisation

24.1 Montant de la cotisation

Le montant de la cotisation due par l'Assuré est déterminé, en fonction de son âge.

Sous réserve de révision tarifaire prévue à l'article 24.2 « Révision de la cotisation » ci-après, son montant est fixe quelles que soient les modalités de versement choisies par l'Assuré dans les conditions définies ci-après.

En cas d'adhésion simultanée (soit le même jour) du Membre participant ou du Membre honoraire et de son Conjoint, Partenaire ou son Concubin et sous réserve des conditions prévues à l'article 1.1 « Conditions d'adhésion de l'Assuré » de la notice celui des deux dont la cotisation est la moins élevée, bénéficie d'une réduction de 10 % sur le montant total de sa cotisation hors garantie Assistance (pendant toute la durée de l'adhésion).

Le montant de la cotisation applicable est précisé à la présente Annexe 2 « Montant de la cotisation » de la notice d'information et, est mentionné dans le Certificat d'adhésion.

Le montant de la cotisation au titre des prestations d'assistance est rajouté au montant de la cotisation figurant en Annexe 2. « Montant de la cotisation ».

24.2 Révision de la cotisation

Le montant de la cotisation à verser et tel que fixé à l'annexe 2 « Montant de la cotisation » de la notice d'information est révisable chaque année, au 1^{er} janvier en fonction des résultats techniques du contrat, de l'évolution démographique et de la réglementation en vigueur.

La cotisation peut en outre être modifiée par tout impôt ou taxe établis postérieurement à la date d'entrée en vigueur du contrat et qui s'ajouterait au montant de la cotisation ; l'Assureur se réserve le droit de proposer à la Mutuelle souscriptrice, pour la date d'effet des modifications en cause, les changements rendus nécessaires.

Dans le cas où une nouvelle tarification serait établie par l'Assureur, elle sera notifiée à la Mutuelle souscriptrice, 4 mois avant la date prévue pour le renouvellement annuel du contrat et il disposera d'un délai de 30 jours pour l'accepter. A défaut d'acceptation dans ce délai, le contrat est résilié à son échéance annuelle.

Toute modification tarifaire, quelle que soit la modification en cause, fera l'objet d'un avenant conclu entre la Mutuelle souscriptrice et l'Assureur, dont les nouvelles conditions seront notifiées par écrit aux Assurés par la Mutuelle souscriptrice.

La modification tarifaire n'entraîne pas pour autant une augmentation du capital garanti.

En cas d'acceptation de la nouvelle tarification, l'Assuré en est informé par la Mutuelle souscriptrice, au plus tard 3 mois avant la prise d'effet de la nouvelle tarification, soit au 1^{er} janvier, date à laquelle le nouveau montant de cotisation lui sera applicable sauf résiliation du contrat par ce dernier dans un délai de 30 jours suivant la connaissance de cette modification.

Lorsqu'une décision législative ou réglementaire vient à modifier la portée des engagements de l'Assureur, celui-ci se réserve le droit de proposer, pour la date d'effet des modifications en cause, les changements rendus nécessaires. En modification réglementaire La demande de résiliation doit intervenir, dans un délai de 2 mois à compter de la date à laquelle l'Assuré a eu connaissance de la modification du contrat.

L'Assuré peut mettre fin à son adhésion au contrat, par l'envoi d'une lettre recommandée à la Mutuelle souscriptrice à l'adresse suivante : La **Mutuelle Familiale** - Service des Demandes adhérents - 52, rue d'Hauteville – 75487 Paris Cedex 10 ou par recommandé électronique au : courrierAR@mutuelle-familiale.fr, à charge pour celle-ci d'en informer l'Assureur, avec un préavis de 2 mois avant l'échéance annuelle du contrat.

La résiliation prend effet à la réception de la demande par l'Assureur qui procèdera dès lors, au versement de la valeur de rachat dans les conditions définies à l'article 16 « Frais et indemnités de rachat du contrat » de présente la notice.

Article 25. Paiement de la cotisation

La garantie est accordée moyennant l'encaissement par la Mutuelle souscriptrice d'une cotisation fixe, payable d'avance par l'Assuré selon les modalités fixées ci-après.

Contrôle des fonds en euros investis

L'Assuré accepte par avance de fournir tout renseignement ou pièce justificative sur l'origine ou la destination des fonds versés sur son contrat dans le cadre des obligations auxquelles est soumis tout Assureur en matière de Lutte contre le blanchiment des capitaux et le Financement du terrorisme.

25.1 Modalités de versement, paiement de la cotisation par l'Assuré

La cotisation due au titre des garanties est versée par l'Assuré pendant toute la durée de l'adhésion.

La cotisation pourra être fractionnée en échéances périodiques mensuelles. Elle est :

- ✓ soit prélevée, directement, sur le compte bancaire de l'Assuré ouvert en son propre nom ou au nom de son représentant légal ;
- ✓ soit réglée par chèque libellé à l'ordre de La Mutuelle Familiale.

Tout mois commencé est dû.

Le montant de la cotisation de la 1^{ère} année est calculé en mois entiers *pro rata temporis* pour la période comprise entre la date d'adhésion et le 31 décembre suivant.

Article 26. Défaut de paiement de la cotisation par l'Assuré

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation due par l'Assuré à la Mutuelle souscriptrice, dans le délai de 10 jours de leur échéance prévu à l'article 25 « Paiement de la cotisation » de la notice d'information, la Mutuelle souscriptrice informe l'Assuré qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le non-paiement de la cotisation entraîne, sans nouvel avis (C. ass., art. L. 132-20) :

- ✓ Soit la résiliation de l'adhésion au contrat en cas d'inexistence ou d'insuffisance de la valeur de rachat,
- ✓ Soit la mise en réduction de la valeur du contrat, conformément aux articles L.132-20 et R.132-2 du Code des assurances. Si la valeur de rachat est inférieure ou égale à la moitié du montant brut mensuel du salaire minimum de croissance (SMIC) applicable en France, calculé sur la base de la durée légale hebdomadaire du travail, en vigueur au 1^{er} juillet précédant la date à laquelle la réduction est demandée, l'adhésion se poursuit avec une garantie décès réduite. La mise en réduction du contrat met fin aux prestations d'assistance,
- ✓ Soit le rachat de la garantie, si la valeur de rachat du contrat est supérieure au montant défini ci-dessus. L'Assureur procède alors au versement de la valeur de rachat sur le compte bancaire ouvert au nom de l'Assuré ou de son représentant légal. Le rachat met fin à l'adhésion et par conséquent aux garanties.

TITRE 6 - PROCEDURE DE RECLAMATIONS

Article 27. Réclamation

Pour tout renseignement et/ou réclamation relative à la présente notice d'information et indépendamment du droit pour l'intéressé de poursuivre l'exécution du

contrat en justice, il peut s'adresser aux interlocuteurs suivants :

✓ **Renseignement et/ou réclamation sur les conditions d'admission :**

Pour tout renseignement et/ou réclamation relative aux conditions d'admission dans l'assurance, l'Assuré peut, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation, s'adresser à :

La Mutuelle Familiale
Service des Demandes adhérents
52, rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10

✓ **Renseignement et/ou réclamation sur le règlement des cotisations :**

Pour tout renseignement et/ou réclamation sur le règlement des cotisations, l'Assuré peut s'adresser à :

La Mutuelle Familiale
Service des Demandes adhérents
52, rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10

✓ **Renseignement et/ou réclamation en cas de sinistre :**

Pour tout renseignement sur la gestion d'un sinistre et/ou pour toute réclamation relative à un sinistre au versement d'une prestation, le(s) Bénéficiaire(s) peut (peuvent) s'adresser à :

La Mutuelle Familiale
Service des Demandes adhérents
52, rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10

✓ **Renseignement et réclamation sur les prestations d'assistance obsèques**

Pour toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.), l'Assuré et/ou le Bénéficiaire doivent s'adresser dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande soit par téléphone au numéro indiqué à l'article 18 « Objet » de la notice, soit à **L'ASSISTEUR**, qui veillera à répondre dans les meilleurs délais (dans un délai maximum de 15 jours). Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, l'Assuré et/ou le Bénéficiaire peut adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante :

FILASSISTANCE INTERNATIONAL
Service Réclamations
108, Bureaux de la Colline
92213 Saint-Cloud Cedex

La réclamation peut être également formulée via le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

Une réponse est formulée dans un délai de 15 (quinze) jours à compter de la réception du courrier de réclamation. Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, **L'ASSISTEUR** envoie un courrier

accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse.

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur ou de l'Assisteur et après avoir épuisé les voies de recours auprès de ces derniers : l'Assuré 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
Mail : le.mediateur@mediation-assurance.org

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.

Par ailleurs, conformément aux dispositions du Code monétaire et financier, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) exerce une mission de protection de la clientèle des secteurs de la banque et de l'assurance.

Les Assurés et/ou les Bénéficiaires peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer et des réclamations qu'ils peuvent formuler à la Mutuelle souscriptrice et/ou **L'ASSISTEUR**, s'adresser à l'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

TITRE 7 - DISPOSITIONS DIVERSES – CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE MI.12-004

Article 28. Contrat d'assurance groupe à adhésion facultative

28.1 Durée du contrat d'assurance groupe

Le contrat est souscrit par La Mutuelle Familiale, Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise au livre II Registre national des mutuelles n° 784 442 915 – 52, rue d'Hauteville – 75487 Paris Cedex 10, au profit de ses membres tels que mentionnés à l'article 1.1 « Conditions d'adhésion » de la notice d'information, pour une durée allant de sa date de signature jusqu'au 31 décembre de la même année.

Il se renouvelle ensuite chaque 1^{er} janvier par tacite reconduction pour des périodes successives d'un an, sauf résiliation notifiée par l'Assureur ou la Mutuelle souscriptrice, par lettre recommandée ou par recommandé électronique 2 mois avant la date de renouvellement.

La résiliation entraîne l'arrêt du versement des cotisations et la cessation définitive de la garantie Décès de l'Assureur.

28.2 Modification du contrat d'assurance groupe

La Mutuelle souscriptrice et l'Assureur peuvent convenir de modifications au Contrat.

Toute modification sera notifiée à la Mutuelle souscriptrice, 4 mois avant leur entrée en vigueur et il disposera d'un délai de 30 jours pour l'accepter. A défaut d'acceptation dans ce délai, le contrat collectif sera résilié à son échéance annuelle.

En cas d'acceptation, la Mutuelle souscriptrice est tenue d'informer les Assurés par écrit de toutes modifications apportées à leurs droits et obligations 3 mois au moins avant leur entrée en vigueur, date à laquelle la modification lui sera applicable sauf résiliation de son adhésion par ce dernier dans un délai de 30 jours suivant la connaissance de cette modification.

La résiliation prend effet à la réception de la demande par l'Assureur qui procédera dès lors, au versement de la valeur de rachat dans les conditions définies à l'article 16 « Frais et indemnités de rachat du contrat » de la présente notice d'information.

Lorsqu'une décision législative ou réglementaire vient à modifier la portée des engagements de l'Assureur, celui-ci se réserve le droit de proposer, pour la date d'effet des modifications en cause, les changements rendus nécessaires.

En cas de modification, l'Assuré en est informé par la Mutuelle souscriptrice dans les mêmes conditions précitées. La résiliation doit être réalisée par l'Assuré, dans un délai de 2 mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la modification du contrat. Toute modification, quelle que soit la modification en cause, fera l'objet d'un avenant conclu entre la Mutuelle souscriptrice et l'Assureur, dont les nouvelles conditions seront notifiées par écrit aux Assurés par la Mutuelle souscriptrice.

Toute modification éventuelle de la convention d'assistance par **L'ASSISTEUR** est portée à la connaissance de l'Assuré par la Mutuelle souscriptrice et, est opposable à l'Assuré et aux Bénéficiaires selon les mêmes conditions précitées au présent article.

28.3 Résiliation du contrat d'assurance de groupe par l'Assureur

Le contrat peut être résilié par l'Assureur en cas :

- ✓ de défaut de paiement des primes par la Mutuelle souscriptrice,
- ✓ de non acceptation de la modification du contrat d'assurance groupe par la Mutuelle souscriptrice.

A compter de la date d'effet de résiliation du contrat, plus aucune adhésion n'est recevable et les demandes d'adhésion en cours prennent fin.

En cas de résiliation du contrat par l'une ou l'autre des parties, les garanties liées au décès souscrites par les Assurés avant la date de prise d'effet de la résiliation sont maintenues jusqu'à extinction des droits.

ANNEXE 1 : VALEUR DE RACHAT/EXEMPLE

Le tableau ci-dessous indique le montant de la valeur minimale de rachat aux termes de chacune des huit (8) premières années anniversaires à compter de l'adhésion au contrat :

Tableaux de valeurs de rachat et de réductions minimales
au terme des 8 premières années (hors garantie assistance).

Les valeurs de rachat ne tiennent pas compte du montant des cotisations afférentes aux prestations d'assistance ainsi que des éventuels prélèvements sociaux et fiscaux.

Exemples :

Date de conclusion du contrat : 1^{er} janvier 2021

Capital garanti à l'adhésion : 3 500 €

Age de l'Assuré(e) à l'adhésion : 65 ans

Cotisation annuelle égale à : 230,11 €

Année	Somme des cotisations brutes versées depuis l'adhésion	Somme des cotisations nettes versées depuis l'adhésion	Valeurs de rachats minimales	Valeurs de réduction minimales
1	230,11 €	218,60 €	138,70 €	162,48 €
2	460,21 €	437,20 €	276,63 €	320,81 €
3	690,32 €	655,81 €	413,76 €	475,08 €
4	920,43 €	874,41 €	549,97 €	625,29 €
5	1 150,54 €	1 093,01 €	685,16 €	771,46 €
6	1 380,64 €	1 311,61 €	819,17 €	913,56 €
7	1 610,75 €	1 530,21 €	951,87 €	1 051,57 €
8	1 840,86 €	1 748,82 €	1 083,30 €	1 185,67 €

Les frais de sortie sont déjà déduits des valeurs de rachat minimales indiquées ci-dessus.

ANNEXE 2 : MONTANT DE LA COTISATION

Le montant de la cotisation due par l'Assuré est déterminé en fonction de son âge.

Le tableau ci-dessous indique le montant en euros de la cotisation pour chaque adhésion et inclue la **cotisation relative à la garantie assistance, soit 0,49 €**.

Cotisations mensuelles pour un capital garanti de : 3 500 €

Age	Montant de la cotisation mensuelle
18	5,10 €
19	5,19 €
20	5,30 €
21	5,40 €
22	5,50 €
23	5,62 €
24	5,73 €
25	5,84 €
26	5,97 €
27	6,10 €
28	6,23 €
29	6,37 €
30	6,52 €
31	6,67 €
32	6,82 €
33	6,99 €
34	7,16 €
35	7,34 €
36	7,53 €
37	7,73 €
38	7,93 €
39	8,15 €
40	8,36 €
41	8,60 €
42	8,83 €
43	9,09 €
44	9,36 €
45	9,62 €
46	9,91 €
47	10,21 €
48	10,52 €
49	10,85 €
50	11,20 €
51	11,56 €
52	11,94 €

53	12,35 €
54	12,77 €
55	13,22 €
56	13,70 €
57	14,20 €
58	14,75 €
59	15,32 €
60	15,93 €
61	16,58 €
62	17,28 €
63	18,03 €
64	18,82 €
65	19,67 €