

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT

CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE A ADHESION FACULTATIVE

MFPrévoyance Allocations Funéraires

G0409

Cette notice d'information prend effet à compter du 1^{er} janvier 2020 et est à conserver sans limitation de durée.

MFPREVOYANCE

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)

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
Relevant du contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)

PREAMBULE

CONTEXTE : La Mutuelle Familiale a souscrit, au 1^{er} janvier 2018, un contrat Remboursement frais d'obsèques auprès de MUTAC qui en était l'Assureur. Ce contrat ayant été résilié par la Mutuelle à effet du 1^{er} janvier 2020, le portefeuille adhérent de ce contrat a été placé auprès de MFPrévoyance qui en est désormais l'Assureur à compter de cette même date.

NATURE DU CONTRAT : Le contrat MFPrévoyance Allocations funéraires est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit auprès de MFPrévoyance. Le contrat n'accueille aucune nouvelle adhésion.

Il s'agit d'une assurance temporaire de durée annuelle en cas de décès de l'assuré, membre participant de La Mutuelle Familiale, ou de son (ses) ayant(s) droit, âgés de 12 ans et plus.

Le contrat peut être modifié par avenant conclu entre MFPrévoyance et La Mutuelle Familiale. Les adhérents sont informés des modifications.

GARANTIES : En cas de décès de l'assuré, membre participant de La Mutuelle Familiale, ou de son (ses) ayant(s) droit, remboursement de tout ou partie des frais d'obsèques engagés en raison du décès dans la limite du montant garanti :

PARTICIPATION AUX EXCEDENTS : Compte tenu de la nature du contrat et de son caractère temporaire, il ne comporte pas de participation aux excédents.

RACHAT : Compte tenu du caractère temporaire de la garantie, le contrat est dépourvu de valeur de rachat.

VERSEMENTS : MFPrévoyance procédera au remboursement des frais d'obsèques réellement engagés et acquittés par les bénéficiaires de l'assuré dans la limite du montant garanti de DEUX MILLES TROIS CENT QUATRE-VINGT EUROS (2 380 €).

DUREE DE L'ADHESION : Le contrat collectif peut être résilié chaque année par La Mutuelle Familiale ou MFPrévoyance. En cas de résiliation toutes les garanties prennent fin à la date d'effet de la résiliation. Seules les prestations relatives à des sinistres survenus antérieurement à la date de résiliation restent acquises.

BENEFICIAIRES EN CAS DE DECES : le remboursement des frais d'obsèques est réalisé auprès du prestataire funéraire qui aura effectivement réalisé les prestations funéraires ou des personnes qui justifieront avoir pris en charge le coût des prestations, à hauteur des frais engagés et dans la limite du montant garanti.

DEFINITIONS

Adhérent : Membre participant de la Mutuelle souscriptrice, adhérents au contrat Remboursement Frais d'Obsèques précédemment assuré par MUTAC et qui s'engage 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.

Assuré : Personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie prévue par le présent contrat et qui est désignée comme tel dans le Certificat d'adhésion.

Il s'agit de l'Adhérent et, le cas échéant, de ses Ayants-droit. L'Assuré doit être âgé de douze (12) ans et plus.

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 situé 4, place Raoul Dautry - 75015 Paris – SIREN 507 648 053 RCS Paris.

Ayants-droit : Il s'agit du Conjoint, du Partenaire (PACS), du Concubin ou des Enfants à charge de l'Adhérent.

Bénéficiaire(s) : Sont Bénéficiaires du capital garanti en cas de réalisation du risque, la personne physique ou morale ayant pris en charge les frais d'obsèques, à hauteur des frais effectivement exposés et dans la limite du capital garanti.

Candidat à l'assurance : Assuré potentiel au présent contrat.

Certificat d'adhésion : Document envoyé à l'Adhérent par la Mutuelle souscriptrice après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend notamment la désignation de la ou des personnes assurées ainsi que les montants de la garantie et de la cotisation.

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

Conjoint : Personne mariée à l'Adhérent, non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention de divorce enregistrée par notaire ou par convention homologuée par le juge. Il s'agit d'une union légalement constatée entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe.

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.

Enfants à charge : Sont considérés comme Enfants à charge et peuvent donc être assurés :

- ✓ Les enfants mineurs âgés de douze (12) ans et plus de l'Adhérent et, le cas échéant, de son Conjoint, Concubin ou Partenaire, fiscalement à la charge de l'Adhérent ou recevant de l'Adhérent une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus de l'Adhérent ;
- ✓ Les enfants majeurs de l'Adhérent et, le cas échéant, de son Conjoint, Concubin ou Partenaire de PACS, s'ils remplissent les conditions suivantes :
 - être âgés de moins de vingt-et-un (21) ans s'ils sont fiscalement à la charge de l'Adhérent, entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus de l'Adhérent, ou non imposables.
 - être âgés de moins de vingt-six (26) ans, s'ils sont fiscalement à la charge de l'Adhérent, entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus de l'Adhérent, ou non imposables, et s'ils justifient, soit :
 - de fréquenter, pendant l'année scolaire ou universitaire, un établissement où est donnée une instruction générale,

technologique ou professionnelle comportant des conditions de travail, d'assiduité, de contrôle, de discipline, telles que l'exige normalement la préparation de diplômes officiels ou de carrières publiques ou privées;

- d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès de Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle;
 - d'être employés dans un ESAT (Etablissements et services d'aide par le travail) en tant que travailleurs handicapés.
- sans limitation d'âge en cas d'invalidité reconnue avant le vingt-sixième (26^{ème}) anniversaire, équivalente à l'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale, justifiée par un avis médical, ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé prévue par l'article L.821-1 du Code de la Sécurité sociale.

La qualité d'Enfant à charge s'apprécie à la date de survenance du sinistre.

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).

Fraude à l'assurance : Lorsque l'Adhérent, l'Assuré ou le Souscripteur effectue un " acte volontaire afin de tirer un profit illégitime du présent contrat d'assurance ".

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

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

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

Membre participant : Tout 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 et de leurs Ayants-droit. 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 liée à l'Adhérent par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) en cours de validité et conclu conformément à l'article L. 515-1 du Code civil.

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, qui est exposé à des risques particuliers en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'il exerce ou a exercées pour le compte d'un Etat ou de celles qu'exercent ou ont exercées des membres directs de sa famille ou des personnes connues pour lui être étroitement associées ou le devient en cours de relation d'affaires.

Prescription : Délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits.

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.

TITRE 1. ADHESION

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

Les Adhérents au présent contrat sont les Adhérents du contrat Remboursement Frais d'obsèques précédemment assuré par MUTAC. Aucune nouvelle adhésion ne peut être admise au présent contrat.

Article 2. Formalités d'adhésion

Conformément à l'article L. 2223-33-1 du code général des collectivités territoriales, il est rappelé que le remboursement des frais objet du présent contrat ne peut être utilisé à des fins étrangères au financement des obsèques et peut s'avérer insuffisant pour couvrir les frais prévisibles d'obsèques.

Article 3. Durée de l'adhésion

La date de conclusion du contrat correspond à la date de prise d'effet du présent contrat collectif. Seuls les sinistres survenus postérieurement à l'adhésion au contrat sont couverts au titre du présent contrat.

Le renouvellement de l'Adhésion se fait ensuite annuellement par tacite reconduction à la date du premier (1^{er}) janvier.

Article 4. Fin de l'adhésion au contrat d'assurance de groupe

Le contrat cesse :

- ✓ A la date de prise d'effet de la résiliation du présent contrat par l'Assureur ou par le Souscripteur,
- ✓ A la date à laquelle, l'Adhérent perd la qualité de membre participant de la Mutuelle souscriptrice ou pour les autres Assurés à la date à laquelle les ayants-droit ne répondent plus aux conditions ci-avant définies à la rubrique Définitions,
- ✓ A la date de prise d'effet de la résiliation de son adhésion par l'Adhérent en cas de modification du contrat d'assurance de groupe,
- ✓ En cas de non-paiement de la cotisation, au jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat conformément à la procédure définie à l'article L. 132-20 du Code des assurances et de l'article 17 « Défaut de paiement de la cotisation par l'Adhérent » de la présente notice,
- ✓ En cas de fausse déclaration de l'Adhérent prévue à l'article 8 « Fausse déclaration de l'Adhérent et/ou du Souscripteur » des présentes Dispositions Communes,
- ✓ En cas de décès de l'Adhérent, soit au jour de son décès.

Article 5. Information des Assurés

La Mutuelle souscriptrice s'engage à remettre à chaque Assuré un exemplaire de la présente notice d'information ainsi 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.

Article 6. 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 à raison de simple retard apporté par lui 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 7. Exclusions

Ne sont pas couverts les décès qui proviennent :

- a) du suicide de l'Assuré dans la première année d'assurance,
- b) des faits de guerre sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- c) d'émeutes, d'insurrection et leurs conséquences dès lors que l'Assuré y prend une part active,
- d) de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- e) des compétitions, démonstrations acrobatiques, records, vols d'essai, la pratique du delta-plane, de vols sur ailes volantes, U.L.M.,

de l'éthylisme, de l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrites médicalement

Article 8. Fausse déclaration

Les déclarations faites par les Assurés au Souscripteur et à l'Assureur, ainsi que les déclarations faites par le Souscripteur 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 du Souscripteur 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 où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, les prestations sont réduites en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

En cas de survenance d'un sinistre ou de toute demande d'intervention, le ou les Bénéficiaire(s) produisant sciemment des documents inexacts ou frauduleux seront déchus de leur droit aux prestations telles que décrites dans le Contrat.

Article 9. Prescription

Toutes actions nées du contrat sont prescrites, dans les conditions prévues à l'article L.114-1 du Code des assurances, au terme d'un délai de deux (2) ans à compter de l'évènement qui lui a donné naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 ont ignoré l'évènement jusque-là.

La prescription est portée à dix (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 trente (30) ans à compter du décès de l'Assuré.

Conformément aux dispositions de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires de prescription, par la citation en justice, le commandement, la saisie, l'acte d'exécution forcée ou l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit du créancier.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ainsi que de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par la Mutuelle à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Assuré au Souscripteur ou à l'Assisteur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

TITRE 2 - CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DE LA GARANTIE

Article 10. Objet de la garantie

L'Assureur garantit, en cas de décès de l'Adhérent et de ses Ayants-droit âgés de douze (12) ans et plus, le versement d'un capital destiné au financement de tout ou partie de leurs obsèques dans la limite du capital garanti.

Article 11. Montant de la garantie

Le montant de la garantie est égal au montant des frais d'obsèques engagés pour les obsèques de l'Assuré. Cette indemnité est plafonnée à **DEUX MILLES TROIS CENT QUATRE-VINGT EUROS (2 380 €)**.

Article 12. Fin de la garantie

Les garanties prennent fin dans les mêmes conditions que l'adhésion, telles que définies à l'article 4 « Fin de l'adhésion au contrat d'assurance groupe » de la présente notice d'information

TITRE 3 - CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES LIEES A LA DECLARATION DU RISQUE DECES

Article 13. Délai de déclaration de sinistre

A compter de la réalisation du risque de nature à entraîner la garantie du présent contrat, toute demande de prestations doit être formulée au Souscripteur et au plus tard dans les conditions définies ci-après. Toutefois, si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration de sinistre lui a causé un préjudice, il peut réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

Article 14. Modalités et formalités à accomplir pour le versement de la prestation

Déclaration de décès de l'Assuré

Le remboursement des frais d'obsèques est effectué auprès soit de l'organisme de pompes funèbres soit de la personne physique ou morale ayant pris en charge les frais d'obsèques de l'Assuré(e), à hauteur des frais facturés et dans la limite du montant garanti.

Le remboursement des frais d'obsèques garanti est effectué dans un délai maximal de 30 jours, suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives et conformément aux dispositions de l'article L. 132-23-1 du code des assurances.

Le formulaire de demande de prestation approuvé par l'Assureur, doit être adressé par le(s) Bénéficiaire(s) au siège social du Souscripteur (**La Mutuelle Familiale - Service Prévoyance - 52, rue d'Hauteville – 75 487 Paris Cedex 10**), 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 sauf les pièces à caractère médical.

En vue du règlement du capital garanti, un dossier constitué des pièces suivantes doit être fourni par le(s) Bénéficiaire(s) de la garantie et adressé au Souscripteur :

Pour chaque dossier :

- ✓ Un extrait d'acte de décès ou un bulletin de décès de l'Assuré,

- ✓ 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 soixante-dixième (70^{ème}) anniversaire de l'Adhérent, 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 soixante-dixième (70^{ème}) anniversaire de l'Adhérent, 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.

Pour chaque Bénéficiaire :

- ✓ Un formulaire de demande de prestation complété et signé,
- ✓ Toute pièce justifiant de la qualité de (ou de chaque) Bénéficiaire ou l'extrait KBIS de l'entreprise, de Pompes Funèbres daté de moins de deux (2) mois,
- ✓ 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 et se réserve le droit de faire effectuer un contrôle de sinistre.

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

MFPrévoyance
A l'attention du Médecin-Conseil
TSA 90 555,
94110 Arcueil Cedex

TITRE 4 - DISPOSITIONS DIVERSES - COTISATION

L'Assureur est soumis au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux, 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 au titre du contrat relatif à la notice d'information.

Article 15. Montant et révision de la cotisation

15.1 Montant de la cotisation

La garantie au titre du présent contrat est accordée moyennant paiement d'une cotisation annuelle par l'Adhérent et encaissée par le Souscripteur.

Le montant de la cotisation **est fixé à 137.28 € euros par an et par Assuré**

15.2 Révision de la cotisation

Le montant de la cotisation défini aux Conditions Particulières du présent contrat est révisable chaque année, au premier (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 présent contrat et qui s'ajouterait au montant de la cotisation ; l'Assureur se réserve le droit de proposer au Souscripteur, 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 au Souscripteur, quatre (4) mois avant la date prévue pour le renouvellement annuel du contrat et il disposera d'un délai de trente (30) jours pour l'accepter. A défaut d'acceptation dans ce délai, le contrat collectif est résilié à son échéance annuelle.

Toute modification tarifaire, quelle que soit la modification en cause, fera l'objet d'un avenant conclu entre le Souscripteur et l'Assureur, dont les nouvelles conditions du présent contrat seront notifiées par écrit aux Adhérents par le Souscripteur.

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

La demande de résiliation doit intervenir, dans un délai de deux (2) mois à compter de la date à laquelle l'Adhérent a eu connaissance de la modification du contrat d'assurance de groupe.

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion au présent contrat, par l'envoi d'une lettre recommandée au Souscripteur à l'adresse suivante :

La Mutuelle Familiale

Service Prévoyance

52, rue d'Hauteville – 75 487 Paris Cedex 10

Ou par recommandé électronique : courrierAR@mutuelle-familiale.fr

à charge pour celle-ci d'en informer l'Assureur, avec un préavis de deux (2) mois avant l'échéance annuelle du contrat relatif à la présente notice d'information.

La résiliation prend effet à la réception de la demande par l'Assureur.

Article 16. 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. La cotisation due au titre des garanties est versée par l'Adhérent pendant toute la durée de l'adhésion.

La cotisation est :

- ✓ soit prélevée, directement, sur le compte bancaire de l'Adhérent 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 année commencée est due.

Article 17. 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'Adhérent au Souscripteur, dans le délai de dix (10) jours de leur échéance prévu à l'article 16 « Paiement de la cotisation » de la présente notice d'information, le Souscripteur informe l'Adhérent qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le non-paiement de la cotisation entraîne, sans nouvel avis (C. ass., art. L. 132-20) la résiliation de l'adhésion au contrat.

TITRE 5 – CONTROLE ET PROCEDURE DE RECLAMATION

Article 18. Autorité de Contrôle

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sise au 4, Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 9.

Article 19. Réclamation

Pour tout renseignement ou réclamation relative au contrat et indépendamment du droit pour l'Adhérent de poursuivre l'exécution du contrat en justice en cas de contestation, il peut s'adresser aux interlocuteurs suivants :

- ✓ **Renseignements sur les conditions d'admission dans l'assurance, le règlement des cotisations ou en cas de sinistre**

Pour toute demande d'information relative à l'admission dans l'assurance, le règlement des cotisations ou en cas de sinistre l'Adhérent peut, pendant la durée de validité de la décision d'acceptation s'adresser à :

La Mutuelle Familiale

Service Prévoyance
52, rue d'Hauteville
75487 Paris Cedex 10

✓ **Réclamations sur les conditions d'admission dans l'assurance, sur le règlement des cotisations ou en cas de sinistre**

Pour toute réclamation sur les conditions d'admission dans l'assurance, sur le règlement des cotisations, ou en cas de sinistre l'Adhérent ou ses ayants droit peuvent s'adresser à la Mutuelle souscriptrice :

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

Le Délégué de gestion s'engage à transmettre à l'Assureur toute demande de renseignement et/ou de réclamation reçue par lui et qui n'entre pas dans le périmètre lui incombant. Il adresse dans ce cas la demande de renseignement et/ou la réclamation à l'adresse suivante :

MFPrévoyance
TSA 90 555
94110 Arcueil Cedex

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

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

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

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 peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer et des réclamations qu'ils peuvent formuler à l'Assureur et/ou au Délégué de gestion, s'adresser à l'ACPR dont les coordonnées sont les suivantes :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

Direction du contrôle des pratiques commerciales
4, Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 9
75436 PARIS CEDEX 09

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

MFPrévoyance
A l'attention du Médecin-Conseil
TSA 90 555
94110 Arcueil Cedex

TITRE 6 - DISPOSITIONS DIVERSES – CONTRAT COLLECTIF A ADHESION

Article 20. Contrat d'assurance groupe à adhésion facultative

20.1 Durée du contrat d'assurance groupe relatif à la présente notice d'information

Le contrat d'assurance de groupe relatif à la présente notice d'information 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 « 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 avec avis de réception deux (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.

20.2 Modification du contrat d'assurance groupe relatif à la présente Notice d'information

La Mutuelle souscriptrice et l'Assureur peuvent convenir de modifications au Contrat relatif à la présente notice d'information.

Toute modification sera notifiée à la Mutuelle souscriptrice, quatre (4) mois avant leur entrée en vigueur et il disposera d'un délai de trente (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 trois (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 trente (30) jours suivant la connaissance de cette modification.

La résiliation prend effet à la réception de la demande par l'Assureur.

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 deux (2) mois à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la modification du contrat relatif à la notice d'information. 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.

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

Le contrat relatif à la présente notice d'information 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 relatif à la présente Notice d'information par la Mutuelle souscriptrice.

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

En cas de résiliation du 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.

20.4 Résiliation du contrat d'assurance de groupe par l'Adhérent

Le présent contrat peut également être résilié par l'Adhérent en cas :

✓ de résiliation à l'échéance annuelle de son adhésion moyennant un préavis de 2 mois. La résiliation s'effectue par l'envoi d'une lettre recommandée adressée à la Mutuelle souscriptrice ou d'un recommandé électronique à l'adresse suivante : courrierAR@mutuelle-familiale.fr

✓ de modification de l'assurance de groupe conformément à l'article L.140-4 du Code des assurances.