

**Notice d'information au contrat d'assurance
de groupe à adhésion obligatoire G0472**

**PRÉVOYANCE DECES ACCIDENTEL/HOSPITALISATION
ACCIDENTELLE**

Cette notice d'information est à conserver sans limitation de durée.
Elle prend effet à compter du 1^{er} janvier 2022

MFPrévoyance

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

LA MUTUELLE FAMILIALE (siège social)
52 rue d'Hauteville – 75487 Paris cedex 10
www.mutuelle-familiale.fr

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

ARTICLE 1

OBJET

Le contrat relatif à la présente notice d'information, dénommé « Décès accidentel- Hospitalisation accidentelle », est un contrat de groupe à adhésion obligatoire, souscrit en application de l'article L. 221-3 du code de la mutualité, par la Mutuelle Familiale, ci-après dénommée la Mutuelle souscriptrice, auprès de MF Prévoyance, ci-après dénommé l'Assureur.

Il relève des branches 1 (Accidents) et 20 (Vie décès) issues de la classification opérée par l'article R.321-1 du Code des Assurances. Il est régi par le Code des assurances et est soumis à la législation française.

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

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

Le contrat « Décès accidentel- Hospitalisation accidentelle » a pour objet de garantir à l'Assuré lors de la survenance des risques Décès Accidentel et Hospitalisation accidentelle, le versement de prestations selon les modalités définies ci-après.

ARTICLE 2

DÉFINITIONS

► **Adhérent** : Membre participant de la Mutuelle souscriptrice, ayant souscrit l'un des contrats santé assurée par elle et précédemment couvert auprès de Solimut pour la garantie « Risque Tous Accidents ».

► **Accident** : Toute action soudaine et imprévisible provenant exclusivement et directement d'une cause extérieure qui a pour conséquence une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré.

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

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

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

► **Accident de l'Assuré passager d'un moyen de transport en commun** : Accident qui se produit à bord d'un moyen de transport public commercial terrestre (**hors taxi**), maritime, fluvial ou aérien, agréé pour le transport payant de passagers pour un trajet et des horaires déterminés en contrepartie du paiement d'un titre de transport.

► **Assuré** : Personne physique sur laquelle repose le risque garanti. Il s'agit de l'Adhérent et le cas échéant de ses Ayants-droit.

► **Assureur** : Organisme d'assurance qui couvre le risque garanti. Il s'agit de MFPrévoyance, Société Anonyme à Directoire et à Conseil de surveillance, entreprise régie par le Code des assurances, au capital de 81 773 850 euros, immatriculée au RCS PARIS sous le numéro 507 648 053. Siège Social : au 4, place Raoul Dautry – 75015 Paris et relevant du contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

► **Ayants-droit** : Il s'agit du Conjoint, du Partenaire (PACS), du Concubin. Sont également ayants-droit les Enfants à charge de l'Adhérent, de son Conjoint ou assimilé.

► **Bénéficiaire** : Personne qui recevra les prestations garanties par l'Assureur en cas de réalisation du risque.

► **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 personne assurée ainsi que le montant de la garantie souscrite et le montant de la cotisation.

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

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

► **Déléataire de gestion** : Personne morale qui se voit confier par l'Assureur, pour une durée limitée éventuellement reconductible, la réalisation, pour son compte, d'actes juridiques, de prestations ou d'activités déterminées concourant à l'accomplissement de ses missions. Il s'agit de **LA MUTUELLE FAMILIALE**, Mutuelle soumise au livre II du Code de la mutualité, Code SIREN numéro 784 442 915 - dont le siège social est sis 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 de l'Adhérent ou de son conjoint (ou assimilé) âgés au moins de douze (12) ans ;
- ✓ Les enfants de l'Adhérent ou de son conjoint (ou assimilé) jusqu'à leur vingt-et-un (21) ans ;
- ✓ Les enfants de l'Adhérent ou de son conjoint (ou assimilé) jusqu'à leur vingt-cinq ans (25) ans, s'ils justifient, soit poursuivre des études secondaires ou supérieures ou être sous contrat d'apprentissage ou contrat d'alternance ;
- ✓ Sans limitation d'âge, les enfants bénéficiant de l'allocation d'adulte handicapé prévue par l'article L.821-1 du Code de la Sécurité sociale.

Sur réserve des conditions exposées ci-avant, sont également considérés comme Enfants à charge :

- ✓ Les enfants pour lesquels l'Adhérent est tenu de verser une pension alimentaire par décision de justice ;
- ✓ Les enfants à la charge fiscale de son conjoint ou assimilé si-celui-ci en a la garde ;
- ✓ Les enfants ayant une déclaration de revenus distincte de celle de l'Adhérent ou de son conjoint ou assimilé, à condition qu'ils ne soient pas imposables.

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

► **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)

► **Gamme santé** : Contrats « Frais de santé » de la Mutuelle souscriptrice énumérés à l'Annexe 1.

► **Groupe** : Ensemble des Adhérents au présent contrat.

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

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

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

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

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

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

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

► **Personne assimilée au Conjoint** : au titre du présent contrat sont assimilés au Conjoint, le Partenaire de PACS et le Concubin tels que définis au présent article.

► **Personnes politiquement exposées ou PPE nationales et/ou étrangères** : sont des personnes dont la résidence est située sur le territoire national, dans un autre État membre de l'Union européenne (UE) ou un pays tiers et qui sont exposées à « risques plus élevés » de blanchiment de capitaux, notamment de corruption, 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 d'une institution internationale publique créée par un traité, ou qu'exercent ou ont exercées des membres directs de leur famille ou des personnes connues pour leur être étroitement associées. Il en est de même pour les personnes qui exercent ou ont exercé des fonctions publiques importantes sur le territoire national.

Les fonctions des PPE sont listées aux articles L. 561-18 et R. 561-18 -I du Code monétaire et financier.

La qualité de PPE couvre également les membres directs de 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.

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

TITRE 1 ADHÉSION

ARTICLE 3

CONDITIONS D'ADHÉSION

Les Adhérents au présent contrat sont les Adhérents du contrat « Risque Tous Accidents » couvrant les risques décès et hospitalisation consécutifs à un accident, précédemment assuré Solimut. Aucune nouvelle adhésion ou nouvelle affiliation ne peut être admise au présent contrat.

Les personnes assurées sont :

- L'Adhérent principal,
- Son Conjoint ou son Concubin ou son Partenaire,
- Les Enfants à charge de l'Adhérent

Tels, qu'ils sont définis dans l'Article 2 « Définitions » de la présente notice.

ARTICLE 4

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

L'adhésion prend effet au jour de la prise d'effet du contrat collectif, sous réserve que ses éventuels bénéficiaires effectifs ne fassent pas l'objet d'une mesure de gel des avoirs au jour de la signature du contrat.

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 (1er) janvier.

ARTICLE 5

FIN DE L'ADHESION AU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE

L'adhésion au contrat cesse :

- ✓ A la date de prise d'effet de la résiliation du contrat d'assurance de groupe par l'Assureur ou par le Souscripteur,

- ✓ A la date à laquelle, l'Adhérent perd la qualité de membre participant de la Mutuelle souscriptrice
- ✓ Pour les autres Assurés, au 31/12 de l'année au cours de laquelle, les Ayants-droit ne répondent plus aux conditions ci-avant définies à l'article 2. Définitions,
- ✓ A la date de prise d'effet de la résiliation de son Contrat « Frais de santé » par l'Adhérent,
- ✓ 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 aux articles L. 113-3 et L. 132-20 du Code des assurances et à l'article 14 « 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 20 « Fausse déclaration de l'Adhérent et/ou du Souscripteur » de la présente Notice,
- ✓ En cas de décès de l'Adhérent, soit au jour de son décès.

TITRE 2 : CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES DES GARANTIES

ARTICLE 6

GARANTIE DECES ACCIDENTEL

Article 6.1 – Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'un capital aux bénéficiaires en cas de Décès de l'Assuré consécutif à un Accident, tel que défini à l'article 2 de la présente Notice. Le décès doit survenir **au plus tard le 90ème jour qui suit la date de l'Accident.**

1/ En cas de décès de l'Adhérent ou de l'Ayant-droit Conjoint :

L'Adhérent a la possibilité de procéder à la désignation de Bénéficiaire(s) de son choix pour le versement du capital garanti.

En l'absence de désignation, le capital décès garanti est attribué selon la clause type suivante :

- ✓ A mon Conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif ou par convention de divorce enregistrée par notaire ou par convention homologuée par le juge, non divorcé ou à mon Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), non séparé ou à mon Concubin,
- ✓ à défaut à ses Enfants 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,
- ✓ à défaut à ses 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 selon la dévolution successorale par parts égales entre eux.

Si l'Adhérent désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, il doit désigner expressément le(s) Bénéficiaire(s) de son choix dans le Formulaire de désignation de Bénéficiaire dédié.

La désignation du Bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. L'Adhérent conserve un exemplaire de ce document, un autre étant envoyé par le Souscripteur, dans les plus brefs délais, à l'Assureur. Il n'aura alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsque l'acte aura été notifié par écrit à l'Assureur.

Lorsque le(s) Bénéficiaire(s) est(sont) nommément désigné(s), l'Assuré est invité à renseigner au moins les noms, prénoms, date et lieu de naissance du(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 ainsi que le pourcentage du capital attribué à chacun d'eux.

L'Assuré doit modifier sa clause Bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation du (ou des) Bénéficiaire(s). Ceci s'effectue dans les mêmes conditions que celles exposées ci-dessus.

Le Bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'adhésion à tout moment. Il devient 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 aura été notifiée par écrit à l'Assureur.

Cette acceptation rend la désignation du Bénéficiaire irrévocable.

Ainsi, la modification de la clause Bénéficiaire ne sera possible qu'avec son accord écrit, sauf cas particuliers prévus par le Code des assurances et le Code civil.

Le Bénéficiaire acceptant pourra notamment être révoqué, si la clause Bénéficiaire le prévoit, en cas de survenance du premier 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).

2/ en cas de décès de l'Enfant à charge de l'Adhérent ou de l'Enfant à charge de son Conjoint.

En cas de décès d'un Enfant à charge assuré, le capital décès est versé par part égales entre les héritiers selon la dévolution successorale.

Article 6.2 - Montant de la garantie

Le montant du capital due au titre de la garantie Décès accidentel est fixé à **MILLE SIX-CENT euros (1600 €)**.

ARTICLE 7

GARANTIE HOSPITALISATION ACCIDENTELLE

Article 7.1 – Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'une allocation journalière forfaitaire à l'Assuré (ou son représentant, le cas échéant, lorsque celui-ci est mineur) lorsque, suite à un Accident, ce dernier se trouve hospitalisé en service hospitalier (tous établissements hospitaliers confondus) ou à

domicile, tels que définis à l'article 2 de la présente Notice.

L'hospitalisation doit intervenir au plus tard trente (30) jours après la date de l'accident.

L'allocation journalière forfaitaire est versée pour une durée d'hospitalisation de soixante (60) jours, consécutifs ou non, par Accident.

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

Toute hospitalisation non consécutive due à un même Accident est prise en charge lorsqu'elle respecte le plafond susmentionné et intervient dans un délai maximal de 365 jours suivant la première date de sortie.

Ainsi, en cas de 2^{ème} (ou de 3^{ème}) hospitalisation, due à un même Accident, et dans la mesure où le crédit d'indemnisation n'aura pas été épuisé lors de la 1^{ère} hospitalisation (ou de la 2^{ème}), l'Assuré pourra bénéficier d'allocations à due concurrence du solde entre le total du crédit d'indemnisation (60 jours) et le nombre de jours déjà indemnisés, lors des précédentes hospitalisations.

Exemple :

- 1^{ère} hospitalisation : 10 jours indemnisés
- 2^{ème} hospitalisation (due au même Accident) :
- Le crédit maximum sera de : $60 - 10 = 50$ jours

La deuxième hospitalisation devra avoir lieu dans un délai maximum de 365 jours qui suivent la première date de sortie à prendre en compte.

Article 7.2 - Montant de la garantie

Le montant de l'allocation journalière due au titre de la garantie Hospitalisation accidentelle est fixée à **SEIZE euros (16 €) par jour d'hospitalisation dans la limite de 60 jours par Accident.**

ARTICLE 8

EXCLUSIONS

Sont toujours exclus du contrat, et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur les accidents antérieurs à la date d'effet du présent Contrat et les accidents dus :

- au fait intentionnel ou dolosif de la part de l'Assuré (exemple suicide ou tentative de suicide, mutilation volontaire ou tentative de mutilation volontaire);
- aux guerres civiles, guerres étrangères, émeutes, rixes ou agressions ;
- à 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.
- à l'usage de stupéfiants, drogues ou substances analogues, médicaments ou traitements à doses non prescrites médicalement ;
- aux effets directs ou indirects provenant d'une transmutation du noyau de l'atome ou d'une radioactivité ainsi que des effets de radiations provoqués par accélération artificielle des particules ;
- des lésions sans aucune atteinte corporelle externe, du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement, malaise cardiaque, hémorragies cérébrales.

ARTICLE 9

FORMALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Article 9.1 Pour la garantie Décès accidentel

Le paiement du capital Décès accidentel est effectué auprès du ou des Bénéficiaire(s) désignés par l'Assuré lorsque cette désignation a été faite ou à défaut, le capital est attribué selon la clause-type prévue à l'article 6.1.

Ce versement intervient 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.

La demande de prestation 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 certificat médical indiquant les circonstances du décès, mentionnant en particulier s'il s'agit de suicide, homicide, mort naturelle ou accidentelle, et certifiant que le décès n'est pas dû à un risque exclu mentionné à l'article 8 de la présente Notice. Un certificat type à remplir par le médecin pourra être obtenu auprès de la Mutuelle souscriptrice,
- 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,
- Tout autre document démontrant la nature accidentelle du décès,
- Toute pièce exigée par la législation fiscale en vigueur.

La preuve de l'Accident incombe au(x) Bénéficiaire(s) du capital décès.

En outre, pour chaque Bénéficiaire, il est demandé :

- Une demande de paiement réalisée sur papier libre,

- Un justificatif d'identité de la qualité du Bénéficiaire (livret de famille, acte de notoriété...),
- Une copie de la pièce d'identité en cours de validité (Carte nationale d'identité, Passeport, Titre de séjour),
- Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou IBAN.

Article 9.2 Pour la garantie Hospitalisation accidentelle

Les demandes de règlement doivent être adressées par l'Assuré, dans les quinze (15) jours qui suivent le début de l'hospitalisation, à la Mutuelle souscriptrice accompagnées des pièces et justificatifs suivants :

- Le certificat médical initial,
- La demande de prestation réalisé sur papier libre,
- Le bulletin de situation ou d'hospitalisation ou de présence mentionnant les jours et horaires d'entrée et de sortie pour l'hospitalisation en centre hospitalier ou de début et de fin pour l'hospitalisation à domicile,
- Pour l'hospitalisation à domicile, la prescription du médecin hospitalier comportant les actes médicaux effectués à domicile
- Le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre document établissant le caractère purement accidentel et décrivant les circonstances de l'Accident (témoignage, coupure de presse...),
- En cas d'hospitalisation du Conjoint, le livret de famille,
- En cas d'hospitalisation d'un Enfant, le dernier avis d'imposition sur le revenu ainsi que le livret de famille,
- En cas d'hospitalisation du Concubin, une déclaration sur l'honneur de vie commune ou de concubinage,
- En cas d'hospitalisation du Partenaire de PACS, un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS.

En cas de décès accidentel et d'hospitalisation accidentelle, l'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier et prévoit la possibilité de diligenter une visite médicale par un médecin conseil.

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

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

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

ARTICLE 10

VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de prestations doivent être adressées au Souscripteur à son siège social (**La Mutuelle Familiale - Service Prévoyance - 52, rue d'Hauteville – 75 487 Paris Cedex 10**), accompagnée des justificatifs mentionnés à l'article 9 « Formalités de règlement des prestations ». Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du (ou des) Bénéficiaire(s).

La prestation est versée sur le compte bancaire du Bénéficiaire, ou à défaut de son représentant légal.

ARTICLE 11

CONTROLE MEDICAL ET CONCILIATION

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

L'Assureur se réserve le droit :

- de demander tout complément d'information nécessaire à l'instruction du dossier du sinistre,

- de contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- de ne pas suivre la position de la Sécurité sociale et organismes assimilés,
- de faire contrôler, à ses frais, l'état de santé de l'Assuré par un médecin habilité qu'il désignera.

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

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

Le(s) Bénéficiaire(s) refusant de fournir tout complément sollicité perdrai(en)t tout droit à prestation.

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

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

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

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

TITRE 3 DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 12

MONTANT DE LA COTISATION

Les garanties au titre du présent contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle Famille encaissée par le Souscripteur.

Le montant de la cotisation est fixé à **SEPT euros ET QUATRE-VINGT-DOUZE CENTIMES (7.92 €) par an et par Famille.**

Sous réserve de révision tarifaire ou de modification des garanties (dans les conditions définies à l'article 15 de la présente notice d'information), le montant de la cotisation est constant.

ARTICLE 13

PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ADHERENT

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

Aucun prorata temporis n'est pratiqué sur le premier prélèvement en fonction de la date de conclusion de l'adhésion.

La cotisation due au titre de la garantie sera ensuite prélevée annuellement directement sur le compte bancaire de l'Adhérent ouvert en son propre nom ou au nom de son représentant légal, ou versée par chèque libellé à l'ordre de La Mutuelle Familiale. Toute année commencée est due.

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

ARTICLE 14

DEFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ADHERENT

Les garanties prévoyance « Décès accidentel et Hospitalisation accidentelle » sont indissociables du Contrat « Frais de santé » dans lequel elles sont incluses. En cas de défaut de paiement par l'Adhérent, de ses cotisations « Frais de santé » et prévoyance « Décès accidentel et Hospitalisation accidentelle », les garanties prévoyance seront résiliées en même temps que la garantie principale « Frais de santé » à laquelle elles sont associées.

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation due par l'Adhérent à la Mutuelle souscriptrice, dans les dix (10) jours de son échéance prévue à l'article 13, la Mutuelle souscriptrice conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances envoie à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le non-paiement de la cotisation entraîne, sans nouvel avis, la résiliation des garanties prévoyance.

ARTICLE 15

REVISION DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation 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 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 serait notifiée à la

Mutuelle souscriptrice par courrier, quatre (4) mois avant la date prévue pour le renouvellement annuel du contrat. La Mutuelle souscriptrice dispose d'un délai d'un (1) mois pour accepter la nouvelle tarification.

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.

ARTICLE 16

CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE

Article 16.1 - Durée du contrat d'assurance de groupe

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

Il se renouvelle ensuite chaque 1^{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 deux (2) mois avant la date de renouvellement.

Article 16.2 - Modification du contrat d'assurance de groupe

Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par avenant au contrat d'assurance de groupe conclu entre l'Assureur et la Mutuelle souscriptrice.

Toute modification acceptée par la Mutuelle souscriptrice sera portée à la connaissance des Adhérents par la remise d'une nouvelle notice d'information.

A défaut d'acceptation de la modification proposée par l'Assureur, le contrat collectif est résilié à son échéance annuelle.

Lorsqu'une disposition 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.

Toute modification, quelle qu'elle soit fera l'objet d'un avenant au présent Contrat conclu et signé par la Mutuelle souscriptrice et l'Assureur, les nouvelles conditions seront communiquées par écrit aux Adhérents par la Mutuelle souscriptrice.

Article 17

SECRET MEDICAL

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

MFPrévoyance

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

ARTICLE 18

RENSEIGNEMENTS RÉCLAMATIONS - MEDIATION

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

ARTICLE 19

DELAÏ DE DECLARATION ET PRESCRIPTION

Article 19.1 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 19.2 Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court pas :

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

2°) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant, ce qui précède, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente 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.

ARTICLE 20

FAUSSE DECLARATION

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

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

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.

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

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'Assureur a le droit soit de maintenir le Contrat, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Adhérent, soit de résilier le Contrat dix (10) jours après notification adressée à l'Adhérent par lettre recommandée, en restituant la portion de la

cotisation payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

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

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

ARTICLE 21

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

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

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
(ACPR)

**Direction du contrôle des pratiques
commerciales**

4 place de Budapest

CS 92459

75436 Paris Cedex 09

ANNEXE A LA NOTICE D'INFORMATION

PREVOYANCE DECES ACCIDENTEL/HOSPITALISATION ACCIDENTELLE

1. Mutuelle souscriptrice

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

2. Renseignements – Réclamations - Médiation

✓ **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

Après réception d'une réclamation, 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.