

Notice d'information au contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire G0473

PRÉVOYANCE « ALLOCATIONS FUNÉRAIRES »

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 « Allocations funéraires », 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 de la branche 20 (Vie décès) issue 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 « Allocations funéraires » a pour objet de garantir, en cas de décès de l'Adhérent, tel que défini à l'Article 2, le versement d'un capital destiné au financement d'une partie de ses frais obsèques dans la limite du capital garanti.

ARTICLE 2

DÉFINITIONS

► **Adhérent** : Membre participant de la Mutuelle souscriptrice, n'ayant pas atteint l'âge limite de garantie, ayant souscrit l'un des contrats santé de la Mutuelle souscriptrice et précédemment couvert auprès de Solimut pour la garantie « Remboursement frais d'obsèques ». Il bénéficie des garanties du présent contrat et qui s'engage à ce titre à verser la cotisation correspondante.

► **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.

► **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. 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)** : 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.

► **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 les montants de la garantie et de la cotisation.

► **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).

► **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 comportant une garantie « Remboursement frais d'obsèques » précédemment couverte par Solimut.

► **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. 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.

► **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.

TITRE 1 ADHÉSION

ARTICLE 3

CONDITIONS D'ADHÉSION

Les Adhérents au présent contrat sont les Adhérents du contrat « Remboursement frais d'obsèques » précédemment assuré par Solimut. Aucune nouvelle adhésion ne peut être admise au présent contrat.

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 (1^{er}) 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,
- ✓ Au 31/12 de l'année du 90^{ème} anniversaire de l'Adhérent,
- ✓ 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. 132-20 du Code des assurances et à l'article 12 « 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 17 « 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 ALLOCATION FUNÉRAIRE

Article 6.1 – Objet de la garantie

L'Assureur garantit le remboursement des frais d'obsèques en cas décès de l'Adhérent dans la limite du capital garanti.

Le remboursement des frais d'obsèques sera réalisé auprès du prestataire funéraire librement choisi qui aura effectivement réalisé les prestations funéraires ou de la personne physique qui justifiera avoir pris en charge le coût desdites prestations.

Le capital peut être insuffisant pour recouvrer l'intégralité des frais réellement exposés et ne peut être utilisé à des fins autre que le remboursement des frais d'obsèques de l'Assuré.

Article 6.2 - Montant de la garantie

Le remboursement garanti est limité au montant des frais réellement engagés dans la limite de **SIX-CENT euros (600 €)**, étant entendu que selon les évolutions du contexte économique, le coût des frais d'obsèques peut, à terme, s'avérer supérieur au capital garanti.

En tout état de cause, le capital ne peut être utilisé à des fins étrangères au financement d'obsèques.

ARTICLE 7

EXCLUSIONS

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

- Le suicide de l'Assuré, au cours de la première année d'assurance
- Les 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.

ARTICLE 8

FORMALITES DE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Déclaration de décès de l'Assuré

Le remboursement des frais d'obsèques est effectué soit auprès 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.

Il est conseillé à l'Assuré d'informer ses proches de l'existence du contrat souscrit.

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.

La demande de prestation doit être adressée 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'acquittement 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 :

- Une demande de prestation sur papier libre,
- 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

ARTICLE 9

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), sur papier libre accompagnée des justificatifs mentionnés à l'article 8 « 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 un compte bancaire ouvert au nom de l'organisme de pompes funèbres ou de la personne physique ou morale ayant effectivement pris en charge les frais d'obsèques, à hauteur de la facture acquittée au titre des obsèques de l'Assuré et dans la limite du montant garanti.

TITRE 3 DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 10

MONTANT DE LA COTISATION

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

Le montant de la cotisation **est fixé à TRENTE SIX euros (36 €) par an et par Adhérent.**

Sous réserve de révision tarifaire ou de modification des garanties (dans les conditions définies à l'article 13 de la présente notice d'information), le montant de la cotisation est constant.

ARTICLE 11

PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ADHERENT

La garantie est accordée moyennant l'encaissement par le Souscripteur d'une cotisation annuelle, fixe et 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.

ARTICLE 12

DEFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ADHERENT

La garantie « Allocation funéraire » est indissociable du Contrat « Frais de santé » dans lequel elle est incluse. En cas de défaut de paiement par l'Adhérent, de ses cotisations « Frais de santé » et « Allocation funéraire », la garantie sera résiliée en même temps que la garantie principale « Frais de santé » à laquelle elle est associée.

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 10, 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 la garantie « Allocation funéraire ».

ARTICLE 13

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 14

CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE

Article 14.1 - 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 14.2 - 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 15

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 16

DELAÏ DE DECLARATION ET PRESCRIPTION

Article 16.1 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 16.2 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 17

FAUSSE DECLARATION

Les déclarations faites par les Adhérents 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 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 bénéficiaires produisant sciemment des documents inexacts ou frauduleux seront déchus de leur droit aux prestations telles que décrites dans le Contrat.

ARTICLE 18

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 « ALLOCATIONS FUNERAIRES »

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.