

Notice d'information au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° G0048

« PRÉVOYANCE DÉCÈS ACCIDENTEL »

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

MFPPrévoyance 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
52 rue d'Hauteville – 75487 Paris cedex 10
Mutuelle régie par le Code de la Mutualité
SIREN n°784 442 915
www.mutuelle-familiale.fr

ARTICLE 1

INFORMATIONS PRECONTRACTUELLES SPECIFIQUES A LA VENTE A DISTANCE

1. Le contrat PREVOYANCE DECES ACCIDENTEL est souscrit par la Mutuelle souscriptrice, dont les mentions légales sont portées en annexe de la présente notice d'information, auprès de MFPrévoyance (ci-après dénommée « l'Assureur ») – 4, place Raoul Dautry – 75015 Paris – RCS 507 648 053 Paris.
2. L'Autorité chargée du contrôle de l'Assureur et de la Mutuelle souscriptrice est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.
3. Le montant de la cotisation est déterminé en fonction de l'âge de l'Adhérent(e), de la formule choisie et de l'option choisie par l'Adhérent selon les indications portées en annexe de la présente notice et dans les conditions de l'article 16 « MONTANT DE LA COTISATION » de la présente notice.
4. L'adhésion au contrat dure jusqu'au 31 décembre suivant la date d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction au 1^{er} janvier. Les dates de prise d'effet et de durée de l'adhésion sont définies à l'article 6 « DATE D'EFFET ET DUREE DE L'ADHESION AU CONTRAT » de la présente notice d'information.
5. Le contrat relatif à la présente notice a pour objet, tel que mentionné à l'article 10 « GARANTIE DECES ACCIDENTEL » de la notice, de garantir le versement d'un capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré suite à un Accident.
6. Les exclusions sont mentionnées à l'article 12 « EXCLUSIONS » de la présente notice d'information.
7. L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat PREVOYANCE DECES ACCIDENTEL est valable jusqu'à la date indiquée dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la notice.
8. L'adhésion au contrat PREVOYANCE DECES ACCIDENTEL s'effectuera selon les modalités décrites aux articles 4 et 5 de la présente notice ainsi que dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
9. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à l'article 17 « PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ADHERENT » de la présente notice.
10. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent(e). Ainsi, les frais d'envois postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de la Mutuelle souscriptrice et de ses prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
11. Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 7 « Délai de renonciation en cas de vente à distance ou de vente par démarchage » de la présente notice d'information.
12. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Assureur, la Mutuelle souscriptrice, l'Adhérent ou l'Assuré sont régies par le droit français. L'Assureur et la Mutuelle souscriptrice s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.
13. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 22 « Renseignements – Réclamations - Médiation » de la présente notice d'information.

ARTICLE 2

OBJET

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

Il relève des branches 1 (Accident) et 20 (Vie-Décès) de l'article R.321-1 du Code des assurances, est régi par le Code des assurances et est soumis à la législation française.

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

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

Le contrat PREVOYANCE DECES ACCIDENTEL a pour objet de garantir aux Assurés lors de la survenance des risques Décès / Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), le versement de prestations selon les modalités définies ci-après.

ARTICLE 3

DÉFINITIONS

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

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

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

► **Assuré** : Personne physique sur laquelle repose le risque garanti. L'Assuré est l'Adhérent

lui-même ou son Conjoint ou Personne assimilée au Conjoint au titre de la présente notice d'information.

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

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

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

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

► **Conjoint** : Personne mariée à l'Adhérent, non séparée de corps ou non divorcée par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou par convention de divorce enregistrée par notaire 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.

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 ci-après dénommée le « Déléataire de gestion. » ou « la Mutuelle souscriptrice ».

► **Fraude à l'assurance** : Lorsque l'Adhérent ou la Mutuelle souscriptrice effectue un " acte volontaire afin de tirer un profit illégitime du présent contrat d'assurance ".

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

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

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

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

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

► **Mutuelle souscriptrice** : Personne morale qui a souscrit le contrat objet de la présente notice d'information au bénéfice de ses Membres participants et de ses Membres honoraires. Il s'agit de : La MUTUELLE FAMILIALE, Mutuelle soumise au livre II du Code de la mutualité, Code SIREN numéro 784 442 915 - dont le siège social est sis 52, rue d'Hauteville, 75487 Paris Cedex 10.

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

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

► **Personnes politiquement exposées ou PPE nationales et/ou étrangères** : Est défini comme Personne Politiquement Exposée, l'Assuré, le cas échéant son Bénéficiaire effectif, le Bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie ou de capitalisation, le cas échéant son Bénéficiaire effectif, et qui sont exposées à des risques particuliers en raison des fonctions

politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elles exercent ou ont exercées depuis moins d'un an pour le compte d'un État étranger ou d'une institution internationale publique créée par un traité, ou qu'exercent ou ont exercées des membres directs de leur famille ou des personnes connues pour leur être étroitement associées. Il en est de même pour les personnes qui exercent ou ont exercé des fonctions publiques importantes sur le territoire national.

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

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

► **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** : L'Assuré est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie, s'il réunit simultanément les trois conditions suivantes :

- être dans l'impossibilité définitive d'exercer une profession quelconque et/ou une autre activité pouvant lui procurer gain ou profit,
- être dans l'obligation de recourir définitivement et de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir au moins trois des quatre actes de la vie quotidienne (s'habiller, se nourrir, se laver, se déplacer),

Les quatre actes de la vie quotidienne sont entendus comme suit :

- s'habiller : il s'agit de la capacité, une fois les vêtements préparés, à se déshabiller et s'habiller le haut et le bas du corps, y compris avec des vêtements adaptés à son handicap ;
- se nourrir : il s'agit de la capacité à s'alimenter et à boire à partir d'un repas préparé, coupé et servi ;
-

- se laver : il s'agit de la capacité à se laver le haut ainsi que le bas du corps avec le matériel préparé ;
 - se déplacer : il s'agit de la capacité à se déplacer sur une surface plane, avec ou sans aide technique (tout dispositif adapté à la pathologie).
- et, être reconnu par le médecin-conseil de l'Assureur comme répondant aux critères cités ci-dessus.

► **Prescription** : Délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits. Les modalités sont définies à l'Article 23 « DECLARATION DE SINISTRE ET PRESCRIPTION » de la présente notice.

TITRE 1 ADHÉSION

ARTICLE 4

CONDITIONS D'ADHÉSION AU CONTRAT

Peut adhérer au contrat toute personne physique répondant à la définition de l'Adhérent, telle que visée à l'article 3 de la présente notice.

L'Adhérent doit :

- résider en France métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-mer (DROM) à l'exclusion de Mayotte,
- être affilié à un régime d'assurance obligatoire en France.

L'Assuré doit être âgé de 18 ans au moins et ne pas avoir atteint son 65^{ème} anniversaire au jour de l'adhésion.

ARTICLE 5

FORMALITES D'ADHESION AU CONTRAT

La demande d'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion selon un modèle établi par l'Assureur, rempli, daté et signé, puis transmis à

la Mutuelle souscriptrice. Par le bulletin d'adhésion, l'Adhérent précise son identité et celle de son Conjoint ou de la Personne assimilée au Conjoint au titre du contrat. Il fournit les informations demandées relatives aux éléments nécessaires à la détermination de sa couverture et au calcul de sa cotisation, donne son consentement à l'assurance et reconnaît avoir pris connaissance de la notice d'information.

Dans le cas où la demande d'adhésion concerne le Conjoint ou la Personne assimilée au Conjoint, le bulletin d'adhésion doit être daté et signé conjointement par l'Adhérent et par son Conjoint ou par la Personne assimilée au Conjoint, qui donne son consentement à l'assurance.

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

Lors de son adhésion au Contrat, l'Adhérent, ou son Conjoint ou la Personne assimilée au Conjoint doit régler d'avance la première cotisation dès réception de son Certificat d'adhésion.

ARTICLE 6

DATE D'EFFET ET DUREE DE L'ADHÉSION AU CONTRAT

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

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

Le renouvellement de l'adhésion et des garanties se fait annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier, sauf résiliation de l'adhésion dans les conditions visées à l'article 8 et 9 ci-après, et donne lieu à l'envoi par la Mutuelle souscriptrice à chaque Adhérent d'un Relevé annuel de situation précisant les conditions de sa garantie.

ARTICLE 7

DÉLAI DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE ET DE VENTE PAR DEMARCHAGE

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

a) Définition

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

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

b) Délai de renonciation

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, tout Adhérent ayant adhéré à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle à un contrat à distance, a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter :

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

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

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

c) Modalités d'exercice de la renonciation

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

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

La Mutuelle Familiale

52, rue d'Hauteville

75487 Paris Cedex 10

- ou recommandé électronique à l'adresse suivante : courrierAR@mutuelle-familiale.fr

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

Je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au **Contrat Prévoyance Décès Accidentel N° G0048** que j'ai signé le [Date de l'adhésion] à[Lieu de l'adhésion] et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros] conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances.

Je certifie n'avoir connaissance d'aucun sinistre mettant en jeu la garantie du contrat en cause.

Le[Date et signature] ».

d) Effets de la renonciation

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

- Si l'Adhérent exerce son droit de renonciation, l'intégralité de la cotisation est due par l'Assureur et le remboursement à l'Adhérent des sommes versées sera effectué par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice dans un délai de 30 jours maximal à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou du recommandé électronique qui correspond à la date de résiliation du contrat. Au-delà du délai de 30 jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.

- L'Assureur peut conserver la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru à condition que l'Adhérent ait expressément demandé un début d'exécution et a été

prévenu du coût de cette prestation en cas de renonciation. Dans ce cas, la Mutuelle ne procédera qu'au remboursement de la partie de la cotisation relative à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

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

a) Définition

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

b) Délai de renonciation

Conformément à l'Article L. 132-5-1 du Code des assurances, « *Toute personne physique qui a signé une proposition ou un contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où elle est informée que le contrat est conclu* ».

Par conséquent, tout Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il a été informé de la prise d'effet de l'adhésion. Ce délai expire le dernier jour à minuit. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

c) Modalités d'exercice de la renonciation

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

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

La Mutuelle Familiale

52, rue d'Hauteville –
75487 Paris Cedex 10

- ou recommandé électronique avec demande d'avis de réception
[:courrierAR@mutuelle-familiale.fr](mailto:courrierAR@mutuelle-familiale.fr)

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

Je soussigné(e) [nom, prénom, adresse] déclare renoncer à mon adhésion au **Contrat Prévoyance Décès/PTIA N° G0048** que j'ai signé le [Date de l'adhésion] à[Lieu de l'adhésion] et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de€ [Montant en euros] conformément à l'article L. 132-5-1 du Code des assurances. Je certifie n'avoir connaissance d'aucun sinistre mettant en jeu la garantie du contrat en cause
Le [Date et signature] ».

d) Effets de la renonciation

L'exercice du droit de renonciation par l'Adhérent entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée (la date du cachet de la Poste faisant foi) ou de l'envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception.

En cas de renonciation, l'Adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. L'Assureur est tenu de rembourser à l'Adhérent le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de résiliation. Le remboursement à l'Adhérent des sommes versées sera effectué par l'intermédiaire de la Mutuelle souscriptrice.

Au-delà de ce délai de trente jours, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation, reste due à l'Assureur lorsque l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

ARTICLE 8

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

Article 8.1 Résiliation à l'initiative de l'Adhérent

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

- à chaque échéance annuelle de l'adhésion moyennant un préavis de deux (2) mois. La date de réception par la Mutuelle souscriptrice faisant foi ;
- dans les conditions prévues à l'article L.113-16 du Code des assurances à savoir en cas de changement de profession ; de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle. La résiliation ne peut intervenir que dans les trois (3) mois de survenance de l'évènement et ne prend effet qu'un mois après information de l'autre partie ;
- en cas de non acceptation de la révision de sa cotisation prévue à l'article 19. La résiliation doit être réalisée dans un délai de trente (30) jours à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la modification du contrat.

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

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

Article 8.2 Résiliation à l'initiative de l'Assureur

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

- non-paiement de la cotisation par l'Adhérent au jour de la prise d'effet de la radiation du contrat conformément à la procédure définie à l'article L.141-3 du Code des assurances et décrite à l'article 18 de la notice ;
- non-acceptation de la révision annuelle des primes prévues à l'article 19 de la notice ;
- fausse déclaration de l'Adhérent ou de la

Mutuelle souscriptrice prévue à l'article 24 de la notice .

ARTICLE 9

FIN DES GARANTIES

L'adhésion au contrat cesse :

- A la date de prise d'effet de la résiliation par l'Assureur ou par la Mutuelle souscriptrice du contrat collectif à adhésion facultative PREVOYANCE DECES ACCIDENTEL N° G0048.
- A la date à laquelle l'Adhérent ne répond plus à la définition de l'Adhérent tel que définie à l'article 3 « définitions » de la présente notice d'information.
- A la date de prise d'effet de la résiliation par l'Adhérent de son adhésion au contrat.
- A la date de prise d'effet de la résiliation de son adhésion par l'Adhérent en cas de modification du contrat. Elle doit être adressée à la Mutuelle souscriptrice par lettre recommandée avec avis de réception, dans un délai de trente (30) jours à compter de la date à laquelle il a eu connaissance de la modification du contrat relatif à la présente notice.
- En cas de non-paiement de la cotisation, au jour de la prise d'effet de la radiation du contrat conformément à la procédure définie à l'article L.141-3 du Code des assurances et décrite à l'article 18 de la présente notice d'information.
- Au jour de la prise d'effet de la perte de la qualité de Conjoint ou de la Personne assimilée.
- au soixante-quinzième (75ème) anniversaire de l'Assuré s'agissant de l'Adhérent ou du Conjoint ou la Personne assimilée au Conjoint.
- En cas de décès de l'Assuré, au jour du décès.
- A la date à laquelle l'Adhérent ne répond plus à la définition de l'Adhérent tel que définie à l'article 3 « définitions » de la présente notice d'information, ou à la date à laquelle l'Adhérent ne répond plus aux définitions de Conjoint ou de Personne assimilées au Conjoint telles que définies à l'article 3 « définitions » de la présente notice d'information.

TITRE 2 CARACTÉRISTIQUES SPÉCIFIQUES DES GARANTIES

ARTICLE 10 GARANTIE DECES ACCIDENTEL

Article 10.1 – Objet de la garantie

L'Assureur garantit le versement d'un capital en cas de Décès de l'Assuré suite à un Accident, tel que défini à l'article 3 de la présente notice d'information, survenu avant son 75^{ème} anniversaire.

Le capital prévu en cas de décès de l'Assuré est versé par anticipation sur sa demande en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré suite à un Accident, tel que défini à l'article 3 de la présente notice d'information, survenu avant son 65^{ème} anniversaire.

Est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie, l'Assuré réunissant simultanément les trois conditions suivantes :

- être dans l'impossibilité définitive d'exercer une profession quelconque et/ou une autre activité pouvant lui procurer gain ou profit,
- être dans l'obligation de recourir définitivement et de façon permanente à l'assistance totale d'une tierce personne pour accomplir au moins trois (3) des quatre (4) actes de la vie quotidienne (s'habiller, se nourrir, se laver, se déplacer) tels que définis à l'article 3 de la présente notice,
- et, est reconnu par le Médecin-conseil de l'Assureur comme répondant aux critères cités ci-dessus.

Le versement du capital garanti en cas de PTIA accidentelle exclut toute nouvelle prise en charge en cas de décès accidentel.

Article 10.2 - Montant de la garantie

Au moment de l'adhésion, l'Adhérent choisit le montant du capital garanti en cas de décès ou de PTIA accidentels parmi les options qui lui sont proposées.

Ces options sont les suivantes :

Montant du capital garanti	
Option 1	25 000 €
Option 2	50 000 €
Option 3	75 000 €

À compter de la veille du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré, la garantie PTIA accidentelle cesse et le montant des capitaux garantis en cas de décès accidentel est réduit de moitié. Cette réduction intervient sans modification de la cotisation.

Article 10.3 - Modification de la garantie

L'Adhérent peut à tout moment choisir une autre option que celle choisie lors de son adhésion, et ainsi modifier le capital garanti en l'augmentant ou en le diminuant.

L'Adhérent peut demander une augmentation de garantie jusqu'à la veille de son 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Il formule sa demande par écrit auprès de la Mutuelle souscriptrice. Dans le cas où la demande de modification concerne la garantie du Conjoint ou Personne assimilée de l'Adhérent, elle doit être signée conjointement de l'Adhérent et de son Conjoint ou Personne assimilée.

Toute demande de modification prend effet à la date de renouvellement annuel de l'adhésion qui suit la date de réception de la demande par la Mutuelle souscriptrice, sous réserve :

- de l'encaissement effectif de la cotisation correspondante,
- et qu'entre la date de réception de la demande par la Mutuelle souscriptrice et la date de prise d'effet de la modification, l'Assuré n'ait pas atteint 65 ans s'agissant d'une augmentation de garantie ou 75 ans s'agissant d'une diminution de garantie.

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

Article 10.4 - Bénéficiaire(s) des garanties DÉCÈS et PTIA accidentels

En cas de Décès accidentel :

Le(s) Bénéficiaire(s) du capital est (sont) celui (ceux) désigné(s) par l'Adhérent.

Dans le cas où l'Adhérent adhérerait au présent contrat pour assurer une personne physique autre que lui-même, l'Assuré devra donner son accord par écrit avec indication du capital garanti, conformément à l'article L132-2 du Code des assurances.

Sauf stipulation contraire, ou en cas de prédécès de tous les Bénéficiaires désignés, le capital décès accidentel garanti est attribué selon la clause type suivante :

- ✓ « A mon Conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé par un jugement définitif ou par convention de divorce enregistrée par notaire ou par convention homologuée par le juge ou à mon Partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), non séparé ou à défaut à mon Concubin,
- ✓ A défaut par parts égales mes enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés,
- ✓ A défaut à mes ascendants par parts égales entre eux,
- ✓ A défaut mes héritiers.»

Si l'Adhérent, le cas échéant avec le consentement écrit de l'Assuré, désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, il doit désigner expressément les Bénéficiaires de son choix.

L'Adhérent, le cas échéant avec le consentement écrit de l'Assuré, peut désigner le(s) Bénéficiaire(s) en cas de décès accidentel dans la demande d'adhésion et ultérieurement par avenant à l'adhésion. La désignation du Bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Lorsque le(s) Bénéficiaire(s) est (sont) nommément désigné(s), l'Adhérent est invité à renseigner au moins le(s) nom(s), prénoms, date, lieu de naissance et coordonnées du (des) bénéficiaire(s) ainsi que, le cas échéant, l'ordre d'attribution et la quotité attribuée. Ces renseignements seront utilisés par la Mutuelle

souscriptrice et l'Assureur en cas de décès accidentel de l'Assuré.

L'Adhérent, le cas échéant avec le consentement écrit de l'Assuré, peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Cette modification est constatée par avenant. Cependant, si la (les) personne(s) désignée(s) accepte(nt) le bénéfice du contrat, sa (leur) désignation est irrévocable, conformément aux dispositions de l'article L.132-9 du Code des assurances, et l'Adhérent, le cas échéant avec le consentement écrit de l'Assuré, devra recueillir son (leur) accord préalable en cas de changement de Bénéficiaire(s). Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé de l'Adhérent, le cas échéant avec le consentement écrit de l'Assuré, du Bénéficiaire désigné et de l'Assureur.

Elle peut également prendre la forme d'un acte sous seing privé ou authentique signé de l'Adhérent, le cas échéant avec le consentement écrit de l'Assuré, et du Bénéficiaire et n'aura alors d'effet à l'égard de l'Assureur que lorsqu'elle lui aura été notifiée par écrit.

Néanmoins, malgré l'acceptation par le(s) Bénéficiaire(s), certains cas de révocation existent. Le Bénéficiaire acceptant pourra notamment être révoqué, si la clause bénéficiaire le prévoit, par la survenance du 1^{er} enfant de l'Adhérent.

En cas de PTIA accidentelle :

Le Bénéficiaire du capital est l'Assuré lui-même.

ARTICLE 11

FIN DES GARANTIES

Les garanties prennent fin dans les mêmes conditions que l'adhésion, tel que défini à l'article 8 et 9 de la présente notice d'information.

En outre, la garantie PTIA Accidentelle prend fin la veille du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

ARTICLE 12

EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties décès accidentel ou perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle, et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur :

- Les conséquences de guerre civile et étrangère quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes,
- Les conséquences de la pratique de l'alpinisme (sport d'ascension en montagne pratiqué au-dessus de l'altitude de 1500 mètres), ou d'un sport à titre professionnel,
- Les conséquences de démonstrations, acrobaties, compétitions et entraînements s'y rapportant, tentatives de record, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- Les conséquences de la participation de l'Assuré à des émeutes, mouvements populaires, rixes (sauf dans les cas suivants : légitime défense, assistance à personne en danger),
- Les conséquences de l'usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants en application de l'article L.5132-7 du Code de la santé publique et qui n'ont pas été prescrites dans le cadre d'un traitement médical,
- Le sinistre qui survient alors que l'Assuré, conducteur d'un véhicule, présente un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal de tolérance prévu par l'article L.234-1 du Code de la route et relevant des délits.

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

ARTICLE 13

FORMALITÉS DE REGLEMENT DE LA PRESTATION

Les demandes de règlement doivent être adressées par l'Assuré à la Mutuelle souscriptrice dans un délai de six (6) mois à compter de la date de survenance du sinistre, qui les transmettra à l'Assureur, au moyen d'un formulaire de demande de prestation accompagné des pièces et justificatifs suivants :

Article 13.1 - En cas de décès accidentel

- l'original ou la copie du certificat d'adhésion,
- 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 12 « Risques exclus » de la présente notice d'information. 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,
- toute pièce exigée par la législation fiscale en vigueur.

En outre, pour chaque Bénéficiaire, il est demandé :

- une demande de paiement présentée sur papier libre,
- un justificatif de la qualité du Bénéficiaire (livret de famille, acte de notoriété...),

- une pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, Passeport, titre de séjour),
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou IBAN.

Article 13.2 - En cas de PTIA accidentelle

- une demande de règlement formulée dans un délai de six (6) mois à compter de la date de survenance du sinistre d'invalidité et de son vivant,
- l'original du certificat d'adhésion,
- un justificatif de l'état d'incapacité/invalidité (document fourni par la Mutuelle souscriptrice) à remplir avec l'aide de son médecin traitant,
- un certificat médical attestant que l'Assuré est dans l'incapacité de se livrer à la moindre activité rémunérée ou pouvant lui procurer gain ou profit, et que son état de santé l'oblige en outre à recourir jusqu'à la fin de ses jours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir au moins trois (3) des quatre (4) actes ordinaires de la vie (se déplacer, s'habiller, s'alimenter, se laver), et précisant en outre, la date à laquelle cette invalidité a revêtu la forme permanente et absolue et la nature de l'accident dont elle résulte,
- le procès-verbal de police ou de gendarmerie, ou tout document établissant le caractère purement accidentel de l'invalidité et décrivant les circonstances de l'accident (la preuve du caractère accidentel doit être apportée par l'Assuré),
- la notification de la décision de Sécurité sociale classant l'Assuré en 3^{ème} catégorie d'invalidité ou en incapacité permanente à 100% au titre de la réglementation des accidentés de travail et maladies professionnelles,
- un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou IBAN.

En cas de décès ou de PTIA accidentels, 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, notamment médical.

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

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

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.

ARTICLE 14

VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties dans le cadre du contrat sont versées directement par l'Assureur sur le compte du (des) Bénéficiaire(s) ou, à défaut, de son représentant légal, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs mentionnés à l'article 13 de la présente notice d'information.

Le règlement intervient dans les trente (30) jours qui suivent la réception du dossier complet par l'Assureur.

ARTICLE 15

CONTRÔLE MÉDICAL ET CONCILIATION EN CAS DE PTIA

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

L'Assureur se réserve le droit :

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

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

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

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

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

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

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

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

TITRE 3 DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 16

MONTANT DE LA COTISATION

Le montant de la cotisation due par l'Adhérent est déterminé en fonction de l'option choisie selon les indications portées en annexe de la présente notice d'information

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

ARTICLE 17

PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ADHERENT

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

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

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

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

L'Adhérent peut à tout moment modifier le fractionnement choisi. Cette demande de modification est constatée dans le bulletin d'adhésion et prend effet le premier (1^{er}) jour du mois de l'échéance périodique choisie par l'Adhérent

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

Tout mois commencé est dû.

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

ARTICLE 18

DEFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ADHERENT

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation due par l'Adhérent à la Mutuelle souscriptrice, dans les dix (10) jours de son échéance prévue à l'article 17 ci-dessus, la Mutuelle souscriptrice envoie à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de la mise en demeure, le non-paiement de la cotisation entraîne, sans nouvel avis, son exclusion du contrat conformément à la procédure définie à l'article L.141-3 du Code des assurances.

ARTICLE 19

REVISION DES COTISATIONS

Le montant des cotisations est révisable chaque année au 1^{er} janvier en fonction des résultats du contrat.

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

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

ARTICLE 20

CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE

Article 20.1 - 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 20.2 - Modification du contrat d'assurance de groupe

La Mutuelle souscriptrice est tenue d'informer les Adhérents par écrit de toute modification apportées à leurs droits et obligations trois (3) mois au moins avant leur entrée en vigueur. L'Adhérent peut dénoncer son adhésion par lettre recommandée ou par recommandé électronique en raison de ces modifications dans un délai de trente (30) jours à compter du moment où la modification a été portée à sa connaissance.

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.

ARTICLE 21

SECRET MEDICAL

Toute pièce médicale peut être adressée directement sous pli confidentiel et fermé 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 22

RENSEIGNEMENTS - RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

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

ARTICLE 23

DELAÏ DE DECLARATION DE SINISTRE ET PRESCRIPTION

Article 22.1 DELAI DE DECLARATION DE SINISTRE

Sous peine de déchéance, à compter de la réalisation du risque de nature à entraîner la garantie du présent Contrat, toute demande de prestations doit être formulée à la Mutuelle souscriptrice dans les six (6) mois qui suivent la date à partir de laquelle les prestations peuvent être servies ou à partir des demandes de pièces complémentaires. 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.

22.2 PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court pas :

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

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

Par ailleurs,

- Conformément à l'article L.114-2 du Code des assurances : la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.
- L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée, avec avis de réception, adressée par l'Assureur à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Pour ce dernier cas, l'Assuré peut également effectuer un envoi recommandé électronique avec avis réception.
- Conformément à l'article L.114-3 du Code des assurances : par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au Contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.
- Conformément à l'article 2240 du Code civil : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.
- Conformément à l'article 2241 du Code civil : la demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.
- Conformément à l'article 2242 du Code civil : l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.
- Conformément à l'article 2243 du Code civil : l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
- Conformément à l'article 2244 du Code civil : le délai de prescription ou le délai

de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

- Conformément à l'article 2245 du Code civil : l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.
- Conformément à l'article 2246 du Code civil : l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

ARTICLE 24

FAUSSE DECLARATION

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

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'Assuré par l'Assureur est nulle en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré ou de la

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

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

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

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

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

ARTICLE 25

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 à l'égard de leurs Assurés, Adhérents et 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 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

1. Barème des cotisations applicables

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

Montant total de la garantie par option	Périodicité		
	Mensuelle	Trimestrielle	Annuelle
Option 1 : 25 000 €	3,00 €	9,00 €	36,00 €
Option 2 : 50 000 €	6,00 €	18,00 €	72,00 €
Option 3 : 75 000 €	9,00 €	27,00 €	108,00 €

2. Mutuelle souscriptrice

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

3. Renseignements – Réclamations - Médiation

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

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

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

– Renseignement et réclamation sur le règlement des cotisations :

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

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

– Renseignement et réclamation en cas de sinistre :

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

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

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

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

En cas de désaccord avec une décision de l'Assureur ou de la Mutuelle souscriptrice (en ce qui concerne le règlement des cotisations) 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
Mail : le.mediateur@mediation-assurance.org

La « charte de la médiation » de la FFA est disponible sur le site www.ffa-assurance.fr.

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

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