

# MUT'DÉCÈS PLUS

## Règlement Mutualiste

### I – PRÉAMBULE

#### ARTICLE 1 - CADRE RÉGLEMENTAIRE

Le présent contrat est régi par le Code de la Mutualité, les statuts de la Mutuelle Générale de Prévoyance et son règlement mutualiste.  
Lorsqu'elles portent sur un même objet, les conditions particulières se substituent de plein droit aux conditions générales.

### II – CONTRAT

#### ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT

Ce contrat a pour objet, en fonction des options souscrites, le versement :

- d'un capital en cas de décès par maladie ou accident au(x) bénéficiaire(s) ou le versement d'un capital par anticipation en cas d'invalidité totale et permanente 3ème catégorie à l'adhérent ;
- et/ou d'une rente éducation versée au(x) enfant(s) désigné(s) dans le bulletin d'adhésion en cas de décès de l'adhérent ;

#### L'adhérent peut choisir les garanties suivantes (\*) :

RE seule(s)	KDC ou ITP seule	KDC ou ITP + RE
	Option : Doublement du KDC en cas d'accident	

(\*)

RE : Rente Education

KDC : Capital en cas de décès par maladie ou accident

ITP : Capital en cas d'invalidité totale et permanente 3ème catégorie

#### ARTICLE 3 - COMPOSITION DU GROUPE ASSURÉ

Toute adhésion est recevable à partir de 18 ans jusqu'à l'année du 65ème anniversaire de l'adhérent. Le calcul de l'âge de l'adhérent se détermine par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

#### ARTICLE 4 - FORMALITÉS D'ADHÉSION

Toute personne souhaitant bénéficier des présentes garanties doit compléter, dater et signer un bulletin d'adhésion.  
Elle doit également se soumettre aux formalités d'adhésion exposées ci-dessous, compte tenu du montant du capital sous risque :

Capital sous risque*	Formalités
Jusqu'à 100.000€	Déclaration de bon état de santé (DBE)
Entre 100.001€ et 250.000€	Questionnaire santé
Entre 250.001€ et 350.000€	Rapport médical

\* Capital sous risque = capital décès toutes causes + (base de garantie rente éducation x nombre d'enfants x 14)

Le capital sous risque ne peut dépasser 350.000€.

Toute demande d'adhésion est subordonnée à l'acceptation de la Mutuelle.  
Les formalités d'adhésion sont obligatoires pour tous les adhérents.

#### ARTICLE 5 - PRISE D'EFFET ET DURÉE

Pour un capital sous risque inférieur à 100.000€, le contrat prend effet le premier jour du mois suivant l'adhésion, après signature du contrat et sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, de la remise d'une déclaration de bon état de santé par l'adhérent et de l'acceptation de la Mutuelle.

Pour un capital sous risque entre 100.001€ et 250.000€, l'adhérent doit remplir un questionnaire santé. Le contrat prend effet le premier jour du mois suivant l'adhésion, après signature et sous réserve de l'encaissement de la première cotisation et de l'acceptation du Médecin Conseil de la Mutuelle.

En cas d'exclusions médicales de la part de la Mutuelle, le contrat prend effet après le retour de l'accord de l'adhérent quant aux exclusions, le premier jour du mois suivant.  
En cas de refus d'acceptation de l'adhésion par le Médecin Conseil de la Mutuelle, la Mutuelle considère le contrat nul et n'ayant jamais eu d'effet.

Pour un capital sous risque supérieur à 250.001€ jusqu'à 350.000€, l'adhérent doit fournir un rapport médical effectué par son médecin traitant. Le contrat prend effet le premier jour du mois suivant l'adhésion, après signature et sous réserve de l'encaissement de la première cotisation et de la remise du certificat médical favorable du médecin traitant de l'adhérent.

En cas d'exclusions médicales de la part de la Mutuelle, le contrat prend effet après le retour de l'accord de l'adhérent quant aux exclusions, le premier jour du mois suivant.

En cas de certificat médical défavorable du médecin traitant de l'adhérent, la Mutuelle considère le contrat nul et n'ayant jamais eu d'effet.

Le contrat vient à expiration tous les 31 décembre. Il est renouvelable le 1er janvier de chaque année par tacite reconduction sauf demande de révision ou de dénonciation de l'adhérent ou de la Mutuelle.

#### ARTICLE 6 – RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE

##### Vente à distance concernant l'opération d'assurance

En cas de vente à distance dans les conditions de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, l'adhérent est informé de la faculté qui lui est donnée de renoncer librement à la présente souscription par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 30 jours calendaires révolus à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et informations légales afférentes à sa garantie.

Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat.

En cas d'adhésion à plusieurs garanties auprès de plusieurs organismes, la renonciation doit être adressée à chacun des organismes offrant la ou les garanties dont l'adhérent entend obtenir la résiliation.

##### Lettre de renonciation

Une lettre recommandée avec accusé de réception, datée et signée doit être envoyée à la Mutuelle. Elle peut être rédigée en ces termes :

Je soussigné(e) M..... (Nom, prénom, adresse complète), déclare renoncer à mon contrat ..... que j'ai signé le .....  
Fait à ..... le .....  
Signature

#### ARTICLE 7 - MODIFICATION DES GARANTIES

Tout changement doit être signalé à la Mutuelle : état civil, domicile, désignation du (ou des) bénéficiaire(s).

L'adhérent peut demander une modification du montant des prestations garanties parmi celles définies aux conditions particulières. La demande de modification doit être adressée à la Mutuelle par lettre recommandée avant le 1er octobre de l'exercice en cours.

Si l'adhérent opte pour un montant inférieur, la modification prend effet le 1er janvier suivant, sous réserve du paiement de la cotisation.

Si l'adhérent opte pour un montant supérieur, il doit se soumettre à de nouvelles formalités médicales définies à l'article 4 du présent contrat.

En cas de mariage, pacs ou naissance, la demande de modification doit être introduite dans les trois mois qui suivent l'évènement. Dans ce cas, l'adhérent est dispensé de formalités médicales. La modification prend effet au 1er janvier suivant, le cas échéant, l'acceptation de la Mutuelle sous réserve du paiement de la cotisation.

#### ARTICLE 8 – RÉSILIATION

Le contrat cesse :

- à l'échéance annuelle, en cas de résiliation par l'adhérent, par lettre recommandée avec un préavis de deux mois avant le 31 décembre.
- à l'échéance du mois qui suit la date du décès de l'adhérent,
- à l'échéance du mois qui suit la date de reconnaissance de l'invalidité totale et permanente de l'adhérent,
- par anticipation, à défaut de paiement de la cotisation dans les conditions visées à l'article 9.

##### En tout état de cause :

- pour la Garantie Décès, au 31 décembre de l'année du 90ème anniversaire de l'adhérent (le calcul de l'âge de l'adhérent se détermine par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance),
- pour la Rente Education, au plus tard au 31 décembre de l'année des 70 ans de l'adhérent.

La résiliation n'ouvre droit à aucune restitution des cotisations versées.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la décision de résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

### III – FONCTIONNEMENT

#### ARTICLE 9 – COTISATION

##### Détermination de la cotisation à l'adhésion

La cotisation due est déterminée :

- en fonction de la/des garantie(s) souscrite(s) et de leurs montants,
- par rapport à l'âge de l'adhérent déterminé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de sa naissance,
- des revalorisations annuelles prévues à l'article 13.

##### Evolution de la cotisation

La cotisation due chaque année évolue en fonction :

- de l'âge de l'adhérent déterminé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance,
- des revalorisations annuelles prévues à l'article 13.

##### Modalités de paiement des cotisations

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Son paiement peut être fractionné mensuellement, trimestriellement, ou semestriellement sans que cette facilité de paiement ne remette en cause l'échéance du contrat.

##### Défaut de paiement des cotisations

Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'adhérent. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

#### ARTICLE 10 – PRESTATIONS

##### Nature des garanties

##### Capital en cas de décès par maladie ou accident

En cas de décès de l'adhérent dû à une maladie ou à un accident, avant le 31 décembre de l'année de son 90ème anniversaire, et dont l'origine se situe dans la période de validité de l'adhésion, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) un capital dont le montant est choisi lors de l'adhésion et inscrit dans le bulletin d'adhésion. Le bénéficiaire peut être une personne physique ou une personne morale (en cas de désignation d'un établissement de crédit pour la couverture d'un prêt, l'organisme bancaire est bénéficiaire à concurrence des sommes dues, le surplus étant versé aux héritiers). Le paiement du capital décès met fin à l'ensemble des garanties du présent contrat (excepté le double effet conservé pendant 12 mois).

##### Capital en cas d'invalidité totale et permanente 3ème catégorie (ITP)

L'invalidité totale et permanente 3ème catégorie est définie par l'impossibilité absolue et définitive de l'assuré, suite à une maladie ou à un accident, de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante. En cas d'ITP dans un délai maximum de 12 mois suivant un accident et avant son 62ème anniversaire, et dont l'origine se situe dans la période de validité de l'adhésion, il est versé à l'adhérent, le capital garanti en cas de décès par maladie ou accident.

Le paiement du capital en cas d'invalidité totale et permanente met fin à la garantie décès.

##### Option doublement du capital décès en cas d'accident

Cette option ne peut être souscrite qu'en complément et simultanément à la garantie décès/ITP. En cas de décès ou d'ITP par accident, la mutuelle versera un capital supplémentaire égal à celui prévu en cas de décès indiqué dans le bulletin d'adhésion. Le paiement du double capital décès en cas de décès par accident met fin à la garantie décès/ITP. La rente éducation, si elle a été souscrite, demeure.

##### Garantie rente éducation

Cette garantie peut être souscrite seule et n'est pas obligatoire.

En cas de décès de l'adhérent avant le 31 décembre de son 71<sup>ème</sup> anniversaire, une rente éducation est versée au(x) enfant(s) désigné(s) comme bénéficiaire(s).

#### Date d'effet des garanties

Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet du bulletin d'adhésion.

#### Délai d'attente (stage)

- Décès par accident ou invalidité totale et permanente suite à un accident : prise en charge au plus tôt le lendemain de la signature du contrat, sous réserve de l'acceptation préalable de l'adhésion par la mutuelle conformément à l'article 4 des présentes conditions générales.
- Décès par maladie : 3 mois

#### Bénéficiaires

Les bénéficiaires des capitaux lors du décès de l'adhérent sont la/les personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle auprès de la M.G.P. par l'adhérent.

A défaut d'une telle désignation, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait,
- au partenaire auquel le défunt était lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS),

à défaut :

- aux enfants nés ou à naître de l'adhérent vivants ou représentés par part égale ; en cas de représentation, la part versée aux représentants est celle qui aurait été versée à l'enfant vivant
- aux père et mère de l'adhérent, par part égale,
- aux autres personnes dans la succession de l'adhérent, selon les règles successorales.

En cas d'invalidité totale et permanente 3<sup>ème</sup> catégorie, le capital est versé par anticipation à l'adhérent.

#### Fin de la garantie

La garantie prend fin :

- pour la Garantie Décès, au 31 décembre de l'année du 90<sup>ème</sup> anniversaire de l'adhérent (le calcul de l'âge de l'adhérent se détermine par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance),
- pour la Rente Education, au plus tard au 31 décembre de l'année des 70 ans de l'adhérent.

#### Plafonnement du montant des garanties

La montant du capital constitutif global est plafonné lors de l'adhésion à 350 000€.

Le capital sous risque correspond au capital décès toutes causes + (Base de garantie rente éducation x Nombre d'enfant x 14).

#### Montant des Prestations

##### Capital décès :

Le montant du capital de base souscrit est défini dans le barème de cotisations et revalorisé chaque année.

L'adhérent choisit un montant de garantie compris entre 1 et 20 fois ce capital de base.

En cas de décès ou d'invalidité totale et permanente par accident, le capital souscrit est doublé si l'option est souscrite.

Au-delà de 67 ans, l'adhérent conservera sa cotisation mais le capital souscrit revalorisé est limité aux montants suivants :

- De 68 à 70 ans : 70% du capital initial revalorisé
- De 71 à 75 ans : 50% du capital initial revalorisé
- De 76 à 80 ans : 30% du capital initial revalorisé
- De 81 à 85 ans : 20% du capital initial revalorisé
- De 86 à 90 ans : 10% du capital initial revalorisé

En cas d'invalidité totale et permanente de l'adhérent, celui-ci est le bénéficiaire du capital. Les héritiers ne pourront prétendre au versement d'un nouveau capital lors du décès de l'adhérent.

##### Rente éducation :

Le montant de base de la prestation est défini dans le barème de cotisations. L'adhérent choisit un montant de garantie parmi les possibilités suivantes :

- 1 fois la rente de base ;
- 2 fois la rente de base ;
- 3,5 fois la rente de base ;
- 5 fois la rente de base.

La base de garantie souscrite est la même pour tous les enfants bénéficiaires.

La rente versée évolue en fonction de l'âge de l'enfant bénéficiaire ; à partir du 12<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant, la base de garantie est multipliée par 1,25. A partir de son 18<sup>ème</sup> anniversaire, s'il poursuit ses études, elle est multipliée par 1,5.

Age de l'enfant	Montant de la prestation
<12 <sup>ème</sup> anniversaire	Montant de base
12e au 18e anniversaire	Montant de base x 1,25
18 <sup>e</sup> à 26 <sup>e</sup> anniversaire (si poursuite d'études)	Montant de base x 1,5

La rente est servie mensuellement à terme échu jusqu'au

18<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant bénéficiaire ou, s'il poursuit ses études, au plus tard jusqu'à son 26<sup>ème</sup> anniversaire.

Cette garantie peut être souscrite si la différence d'âge entre l'adhérent et chaque enfant bénéficiaire mentionné dans le bulletin d'adhésion est inférieure ou égale à 45 ans. Le calcul de l'âge de l'adhérent et du bénéficiaire se détermine par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

La prestation débute à la date de décès de l'assuré. Le 1<sup>er</sup> versement de la rente tiendra compte du prorata, calculé en nombre de jours, entre la date de décès et la date du versement sous réserve de la remise des pièces nécessaires au règlement des prestations.

#### ARTICLE 11 – JUSTIFICATIFS À ADRESSER EN CAS DE DEMANDE D'INDEMNISATION

Pour la demande du capital décès, fournir à la Mutuelle les pièces suivantes :

- l'acte de décès,
- le certificat post mortem précisant les causes du décès,
- le document d'informations,
- le certificat d'hérédité.

Pour la demande du capital en cas d'invalidité totale et permanente, fournir à la Mutuelle la notification de la sécurité sociale ou du régime obligatoire certifiant de l'invalidité 3<sup>ème</sup> catégorie.

La Mutuelle peut être amenée à demander tout autre document complémentaire permettant le versement des prestations en cas d'impossibilité de confirmation des conditions à réunir nécessaires au dit versement.

#### ARTICLE 12 – EXCLUSIONS

Certains risques ne sont pas pris en charge.

- Les faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir sur les organismes régis par le code de la mutualité en temps de guerre ;
- Les faits de terrorisme, d'attentat, d'émeute, d'insurrection, de guerre civile ou étrangère, de sabotage, de rixe (sauf cas de légitime défense), d'agression ou crime, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès lors que l'adhérent y prend une part active ;
- La participation volontaire du bénéficiaire à un crime ;
- La manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;
- Les conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ;
- La pratique de tous sports à titre professionnel ;
- Le décès ou l'invalidité totale et permanente consécutif à :
  - o Un suicide ou d'une tentative de suicide de l'adhérent au cours de la première année du contrat ;
  - o Une affection ou un accident, dont l'origine ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'adhésion du contrat,
  - o Une affection dont l'origine ou la première constatation médicale survient pendant la période de stage, sauf en cas d'accident.

#### ARTICLE 13 – REVALORISATION ET RÉVISION DES COTISATIONS

##### Revalorisation

Les cotisations et prestations du contrat en cours avant décès de l'adhérent sont revalorisées chaque année au 1<sup>er</sup> janvier de l'année N en fonction de l'évolution de l'indice de revalorisation INSEE des prix à la consommation, ensemble des ménages, hors tabac entre le 1<sup>er</sup> janvier de l'année N-2 et le 1<sup>er</sup> janvier de l'année N-1. Le capital décès en attente de versement, les rentes éducation après décès de l'adhérent sont revalorisées en fonction du point AGIRC du 1<sup>er</sup> novembre de l'année N-1.

##### Révision de la cotisation

À tout moment, sur décision de l'Assemblée Générale de la MGP, les cotisations peuvent être modifiées.

#### ARTICLE 14 - LITIGES MÉDICAUX DANS LE CADRE D'UNE PRESTATION

En cas de contestation, celle-ci est estimée par une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par l'adhérent, un médecin désigné par la Mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers. Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle.

Toutefois, au cas où le tiers expert confirmerait la décision de suspension prise à l'égard de l'intéressé, les honoraires des trois médecins seraient alors à la charge de ce dernier.

#### IV - DISPOSITIONS DIVERSES

#### ARTICLE 15 – DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Conformément aux articles L 223-10 et L 223-11 du Code de la Mutualité, l'adhérent peut désigner à l'adhésion ou ultérieurement par avenant le ou les bénéficiaires en cas de décès.

La désignation du bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'adhérent doit indiquer les noms du, ou des bénéficiaires, prénoms, date de naissance, lien de parenté, coordonnées ainsi que le rang et la part attribuée à chacun.

Cette désignation sera utilisée par la Mutuelle en cas de décès de l'adhérent.

Le bénéfice de la garantie attribuée à un ou à des bénéficiaires déterminés devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci effectuée dans les conditions prévues ci-dessous.

L'acceptation est faite par un avenant signé de la Mutuelle, de l'adhérent et du bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé de l'adhérent et du bénéficiaire. Elle n'a alors d'effet à l'égard de la Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Le droit de révoquer cette désignation n'appartient qu'à l'adhérent et ne peut être exercé de son vivant ni par ses créanciers ni par ses représentants légaux. Lorsqu'une curatelle ou une tutelle a été ouverte à l'égard de l'adhérent, la révocation ne peut intervenir qu'avec autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Toute personne peut demander à être informée de l'existence d'une désignation effectuée à son bénéfice auprès de l'AGIRA « recherche des bénéficiaires en cas de décès » 1, rue Jules Lefèvre, 75431 PARIS CEDEX 09.

#### ARTICLE 16 – FAUSSES DÉCLARATIONS

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent peut entraîner la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 221-14 du code de la mutualité.

Toute omission ou déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie sera sanctionnée conformément aux dispositions de l'article L 221-15 du même code.

#### ARTICLE 17 – PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de la prestation, d'une citation en justice, d'un commandement, de la reconnaissance de droit du bénéficiaire.

#### ARTICLE 18 – TRAVAILLEURS NON SALARIÉS - LOI MADELIN

L'adhésion réalisée par un Travailleur Non Salarier (T.N.S.) dans le cadre de la loi n°94126 du 11 février 1994, dite loi MADELIN, se fait par l'intermédiaire de l'Association de Prévoyance des Travailleurs Indépendants (A.P.T.I.), Association n°W741001922 régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, domiciliée 39 rue du Jourdil, 74960 Cran Gevrier.

L'adhérent qui souscrit aux garanties du présent contrat par l'intermédiaire de l'A.P.T.I. s'engage à informer la Mutuelle en cas de perte de sa qualité de membre de l'A.P.T.I.

Pour les TNS ayant sélectionné l'option « Madelin », et en conformité avec la loi MADELIN, le capital-décès fait l'objet d'une conversion en rente annuelle. Cette rente est versée pendant 6 ans sous la forme d'une échéance annuelle en début d'année équivalent à 1/6e du capital décès.

#### ARTICLE 19 – RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

## RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle Générale de Prévoyance  
Service réclamation  
39 rue du Jourdil  
74960 CRAN GEVRIER

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables, soit une réponse définitive, soit, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables.

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois maximum entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

## MÉDIATION

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

Mutuelle Générale de Prévoyance  
Monsieur le médiateur  
39 rue du Jourdil  
74960 CRAN GEVRIER  
Ou à l'adresse suivante : [mediation@mutuelles-entis.fr](mailto:mediation@mutuelles-entis.fr)

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avertir immédiatement les 2 parties.

## ARTICLE 20 – PROTECTION DES DONNÉES

La Mutuelle Générale de Prévoyance recueille l'ensemble de vos données personnelles dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution du présent contrat. Ces informations peuvent également être traitées pour répondre aux obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle telles que la lutte contre le blanchiment ou la lutte contre la fraude. Enfin et à des fins d'intérêt légitime de la mutuelle et dans le respect des principes mutualistes, vos données pourront permettre l'élaboration de statistiques, d'études actuarielles, la mise en place d'actions de prévention ou encore la gestion de notre relation tel que le suivi de la relation client, la réalisation de sondages, de jeux concours, la proposition d'offres et de réponses à vos besoins par nos partenaires.

Les destinataires de vos données sont : les destinataires dans le cadre de leurs missions habituelles, les personnes intéressées au contrat, celles qui sont intervenantes au contrat et les personnes habilitées à titre de tiers autorisés.

Les données personnelles sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux mais peuvent varier en fonction des finalités décrites ci-dessus.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée et au Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (UE) n°2016/679 du 27 Avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motifs légitimes ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer ces droits en adressant une demande par écrit avec copie de la pièce d'identité du demandeur à la Mutuelle Générale de Prévoyance 39 Rue du Jourdil – CRAN GEVRIER – CS 99050 -74992 ANNECY CEDEX 9 ou par mail à l'adresse suivante : [dpo@mutuelles-entis.fr](mailto:dpo@mutuelles-entis.fr). Vous bénéficiez aussi du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

Pour davantage d'informations, retrouvez notre politique de confidentialité sur <https://www.mgprev.fr/page-politique-protection-des-donnees-personnelles-12.php>

## ARTICLE 21 – SUBROGATION

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à ses ayants-droit victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, jusqu'à concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclu la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnisait ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place de l'adhérent assuré social, pour les prestations dues par les caisses primaires d'assurance maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

## ARTICLE 22 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentielle et de Résolution (ACPR) sise 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09

## ARTICLE 23 – RÉGLEMENTATION RELATIVE A LA DIRECTIVE DISTRIBUTION D'ASSURANCE

La mutuelle applique les obligations issues de l'Ordonnance n° 2018-361 du 16 mai 2018 transposant la Directive Distribution d'Assurances (UE) 2016/97 du 20 janvier 2016, et plus particulièrement, elle :

- Fournit à l'adhérent, avant la conclusion du contrat, les informations relatives à son identité, à son adresse, à son immatriculation, aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation,
- Remet à l'adhérent, pré contractuellement la fiche d'information standardisée (IPID) sur la garantie d'assurance rédigée, transmise et actualisée par l'organisme concepteur,
- Veille à ce que ses salariés, responsables de la distribution et collaborateurs participant directement à l'activité de commercialisation des contrats d'assurance suivent une formation continue annuelle de 15 heures conformément à l'ordonnance citée ci-avant. Cette formation est destinée à contrôler efficacement et évaluer leurs connaissances et leurs aptitudes et permet aux salariés de maintenir un niveau de performance adéquat correspondant à la fonction qu'ils occupent et au marché concerné,
- Vérifie lors du recrutement de son personnel ; les compétences et le respect des règles d'honorabilité issues de l'ordonnance, avec notamment l'absence de condamnation pénale liée à une atteinte aux biens, qui doit être contrôlés lors du recrutement.

- Respecte la fiche de distribution produit établie par l'organisme concepteur,
- Indique, à l'adhérent, en relation avec ce contrat, si la mutuelle travaille sur la base d'honoraires, c'est-à-dire sous la forme d'une rémunération payée directement par l'adhérent ; ou sur la base de commission, c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime d'assurance. Dans le cas contraire, la mutuelle doit préciser quel type de rémunération elle pratique,
- Conseille les adhérents aux mieux de leurs intérêts après avoir recueillis leur exigences et besoins, à l'aide d'un questionnaire, et de garder une copie de cet écrit afin de se ménager la preuve en cas de contrôle.

## V – DEFINITIONS

### Accident

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

L'accident de la circulation est un accident répondant aux conditions définies ci-dessus et impliquant un véhicule terrestre, maritime, ferroviaire ou aérien.

Cependant, n'est pas considéré comme accident, la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident. Ainsi ne sont pas considérées comme étant d'origine accidentelle et sont donc indemnisés comme des maladies : les malaises cardiaques, les lésions sans aucune atteinte corporelle externe du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement, les lombagos, les sciatiques, les évanouissements, les hernies.

### Adhérent

Personne physique ayant fait acte d'adhésion à la garantie par la signature d'un bulletin d'adhésion.

### Assuré :

Personne physique admise à la Mutuelle et sur la tête de laquelle repose le contrat.

### Avant droit

Sont désignées comme ayants-droit les personnes assurées du chef de l'adhérent sur le contrat (conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfants à charge ou autre personne à charge)

### Bénéficiaire

Est désignée comme bénéficiaire toute personne qui perçoit ou est en droit de percevoir les prestations liées au contrat qui lie l'adhérent à la mutuelle.

**Conditions Générales** : mode d'emploi, et règles qui régissent le contrat.

**Conditions Particulières** : Contrairement aux Conditions Générales, les Conditions Particulières sont personnelles. Elles définissent les garanties choisies.

### Délai d'attente

Période suivant la prise d'effet du contrat pendant les garanties du contrat ne s'appliqueront pas, sauf précisions contraires stipulées dans les conditions générales.

### Conjoint

Est désigné comme conjoint l'époux (se) de l'adhérent non divorcé(e), non séparé de corps par un jugement définitif, non séparé de fait.

### Concubin

Est désignée comme concubin la personne vivant en couple avec l'adhérent. La définition du concubinage retenue est celle de l'article 515-8 du Code Civil : « vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ». De plus, le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins deux ans au moment du fait générateur. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

### Enfant à charge

Sont désignés comme enfants à charge les enfants de l'adhérent ou les enfants qu'il a recueillis :

- s'ils sont âgés de moins de 18 ans ;
- s'ils sont âgés de moins de 25 ans, s'ils poursuivent des études (apprentissage y compris) ;
- Si avant leurs 21 ans, ils sont devenus titulaires de la carte d'invalidité civile et bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé
- L'enfant de l'adhérent né viable moins de 180 jours après le décès de ce dernier.

### Partenaire lié par un PACS

Est désignée comme partenaire de PACS la personne liée à l'adhérent par un Pacte Civil de Solidarité.

### Personne à charge

Sont désignés comme personne à charge, en plus des enfants à charge, les ascendants de l'adhérent, effectivement à la charge de l'adhérent au sens fiscal, le conjoint de l'adhérent n'est pas considéré comme une personne à charge au sens des majorations familiales.