

Sommaire

I. DÉFINITIONS

II. OBJET ET CARACTERISTIQUES DE VOTRE ADHÉSION

Article 1: Nature du contrat

Article 2: Objet de votre adhésion

Article 3: Intervenants au contrat

3.1 - Les organismes assureurs

3.2 - Le souscripteur

3.3 - L'adhérent-assuré

3.4 - Les bénéficiaires

Article 4: Territorialité

Article 5: Prise d'effet et durée de votre adhésion

5.1 - Prise d'effet de votre adhésion

5.2 - Délai d'attente

5.3 - Durée de votre adhésion

III. GARANTIES

Article 6: Garanties décès

6.1 - Capital décès ou capital perte totale
et irréversible d'autonomie

6.2 - Rente temporaire de conjoint

6.3 - Rente viagère de conjoint

6.4 - Rente éducation progressive

Article 7: Garanties maintien de revenu

7.1 - La garantie indemnités journalières

7.2 - La garantie incapacité permanente

7.3 - Exonération des cotisations

Article 8: Exclusions

8.1 - Exclusions communes à toutes les garanties

8.2 - Exclusions applicables au capital supplémentaire versé
suite à un accident et aux garanties maintien de revenu

8.3 - Exclusions propres aux garanties maintien de revenu

8.4 - Exclusions propres à la formule Essentielle

IV. MODALITÉS D'ADHÉSION

Article 9: Conditions d'adhésion

9.1 - Critères d'adhésion

9.2 - Fausses déclarations

Article 10: Formalités médicales

10.1 - Acceptation médicale sans réserve

10.2 - Acceptation médicale avec réserves

10.3 - Refus médical

Article 11 : Cotisation

11.1 - En cours de contrat

11.2 - En cas de non-paiement de cotisation

V. FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION

Article 12: Revalorisation

12.1 - Revalorisation automatique de votre cotisation
et de vos garanties

12.2 - Revalorisation des prestations

12.3 - Revalorisation du capital dû au titre de la garantie
Décès toutes causes

12.4 - Revalorisation des arrrages de rente dus entre le décès de
l'assuré ouvrant droit au versement de la rente et la date de
réception des pièces nécessaires au paiement des prestations 9

Article 13: Évolution de votre adhésion

13.1 - Évolution de votre situation

13.2 - Évolution de vos garanties

13.3 - Modification de vos bénéficiaires

Article 14: Modalités de résiliation de votre adhésion

14.1 - Résiliation de votre adhésion à votre initiative

14.2 - Résiliation à l'initiative de Mutex

VI. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Article 15: Modalités de déclaration de sinistre

15.1 - Délais de déclaration du sinistre

15.2 - Documents à adresser

Article 16: Déchéance

Article 17: Modalités de paiement de prestations

17.1 - Pour les garanties décès

17.2 - Pour la garantie indemnités journalières

17.3 - Pour la garantie incapacité permanente

Article 18: Contrôle médical

Article 19: Litiges médicaux

VII. DROITS DE L'ADHÉRENT

Article 20: Faculté de renonciation

Article 21: Protection des données à caractère personnel

Article 22: Prescription

Article 23: Réclamations et litiges

Article 24: Médiation

Article 25: Votre information

Article 26: Langue et droits applicables au contrat

VIII. DISPOSITIONS DIVERSES

Article 27: Modifications et résiliations des contrats collectifs

27.1 - Modifications du contrat collectif

27.2 - Résiliation du contrat collectif

IX. DISPOSITIONS RELATIVES À LA SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

Article 28: Objet

Article 29: Définitions

Article 30: Champ d'application

Article 31: Modalités de la signature électronique

Article 32: Horodatage

Article 33: Force probante du document signé électroniquement

Article 34: Transmission par voie électronique

ANNEXE I – TABLEAU DE DÉTERMINATION DU TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE

ANNEXE II – CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'ASSISTANCE RMA

I. CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

⊗ Article 1: Bénéficiaires

- 1.1 - L'adhérent
- 1.2 - L'adhérent et ses ayants droit
- 1.3 - Les ayants droit au moment du décès
- 1.4 - Par ayant droit, on entend

⊗ Article 2: Prise d'effet et durée des garanties d'assistance

⊗ Article 3: Territorialité

⊗ Article 4: Faits générateurs

⊗ Article 5: Modalités de mise en œuvre

- 5.1 - Pour contacter l'assisteuse, sans interruption
24 heures sur 24, 7 jours sur 7
- 5.2 - Sans oublier

⊗ Article 6: Intervention

⊗ Article 7: Application des prestations

II. SERVICES DISPONIBLES À TOUT MOMENT

⊗ Article 8: Informations conseils par téléphone

- 8.1 - Exemples de thèmes abordés
- 8.2 - Allô jeunes et soutien à la parentalité en cas de PTIA ou de décès de l'assuré

⊗ Article 9: Informations santé

- 9.1 - Santé
- 9.2 - Diététique/alimentation
- 9.3 - Prévention santé-métier

⊗ Article 10: Soutien psychologique par téléphone

- 10.1 - Écoute et soutien psychologique
- 10.2 - Conseils quant au choix d'un praticien

⊗ Article 11: En cas d'incapacité temporaire de travail et de versement de la garantie MGR

- 11.1 - Services à disposition de l'assuré ou de ses ayants droit
- 11.2 - Prestations d'assistance, en cas d'ITT et de versement de la garantie MGR

⊗ Article 12: En cas de perte totale et irréversible d'autonomie et d'incapacité permanente

- 12.1 - Services à disposition de l'assuré ou de ses ayants droit
- 12.2 - Prestations d'assistance, en cas de perte totale et irréversible de l'autonomie et d'incapacité permanente

⊗ Article 13: En cas de décès de l'assuré

- 13.1 - Services à disposition des proches, ayant-droits de l'assuré décédé
- 13.2 - Prestations d'assistance, en cas de décès de l'assuré

III. DISPOSITIONS JURIDIQUES

⊗ Article 14: Exclusions

- 14.1 - Exclusions des sinistres survenus dans l'exercice de certaines professions
- 14.2 - Exclusions générales

⊗ Article 15: Conséquences du refus d'assistance de la part de l'adhérent ou de son ayant droit

⊗ Article 16: Non-exécution due à des circonstances exceptionnelles

⊗ Article 17: Subrogation

⊗ Article 18: Prescription

⊗ Article 19: Protection des données personnelles

⊗ Article 20: Réclamation et médiation

I. DÉFINITIONS

Accident

L'accident est une atteinte corporelle de l'assuré, non intentionnelle de sa part, et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Les accidents vasculaires cérébraux et les accidents cardiaques n'entrent pas dans la définition de l'accident, et ne sont pas pris en charge au titre des accidents.

La preuve de la cause accidentelle incombe à l'assuré ou à ses ayants droit.

Adhérent

Personne physique qui adhère au présent contrat d'assurance et qui est en charge du paiement des cotisations.

Assuré

Personne physique désignée sur le Bulletin d'adhésion sur la tête de laquelle repose les risques garantis.

Avenant

On désigne par avenant, toute modification apportée à votre adhésion initiale. L'avenant induit l'émission de nouvelles Conditions particulières.

Bénéficiaire

Personne physique qui perçoit les prestations en cas de réalisation du risque.

Concubinage

Le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes qui vivent en couple.

Conjoint

Par conjoint, il faut entendre :

- votre conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement au moment du décès, à défaut ;
- votre partenaire lié par un Pacs ayant cette qualité au moment du décès, à défaut ;
- votre concubin notoire.

Congés légaux post et prénataux

Les congés légaux de maternité correspondent à la période d'arrêt de travail qui précède et suit directement l'accouchement (cf. Article L1225-17 du Code du travail et suivants).

Consolidation

Stabilisation d'un état de santé après un accident ou une maladie laissant subsister des séquelles et n'étant plus susceptible d'amélioration ou d'évolution notable.

Délai d'attente

Le délai d'attente commence à compter de la date d'effet de votre adhésion ou du dernier avenant à votre adhésion. Durant cette période, les garanties n'ont pas d'effet. Toute affection ou tout sinistre quel qu'il soit, dont l'origine ou la première constatation médicale survient pendant ce délai, ne peut donner lieu à prise en charge au titre des garanties concernées souscrites.

France

Par France, il faut entendre: France métropolitaine, la Guyane, la Martinique, la Guadeloupe et la Réunion.

Franchise

Période entre la survenance d'un événement ouvrant droit à l'indemnisation et le début de cette indemnisation.

Hospitalisation

Séjour dans un hôpital ou une clinique prescrit par un médecin pour y recevoir un traitement médical ou chirurgical nécessité par une maladie ou un accident.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale autorisée.

Maladies graves et redoutées

Définition des maladies graves et redoutées au sens du contrat

Cancer

Toute tumeur à développement anarchique qui pénètre, sans les respecter, les limites de son tissu originel ainsi que les tissus avoisinants et qui peut propager à distance des métastases.

Les tumeurs hématopoïétiques (leucémies, lymphomes, maladie de Kahler, etc.) entrent dans le cadre de cette définition. Seul, l'examen anatomopathologique définitif permet d'affirmer la malignité d'une tumeur.

Sont exclus de cette définition :

- les tumeurs pT1a et pT1b de la prostate,
- les mélanomes superficiels (SSM) dont l'indice de Breslow est inférieur à 0,70 mm avec un index de Clark de niveau I,
- les tumeurs baso-cellulaires de la peau,
- toutes les tumeurs dites « in situ » ou non invasives (n'ayant pas franchi les limites du tissu originel), exception faite des cancers du sein in situ dans leur forme lobulaire, qui sont couverts,
- les tumeurs malignes associées au VIH.

Infarctus du myocarde

Mort d'une portion variable du muscle cardiaque par anoxémie (ischémie totale).

Pour affirmer cette nécrose, il faut disposer :

1. de la confirmation par un cardiologue qualifié de la présence d'akinésie ou de dyskinésie lors de l'échocardiographie ou autre méthode d'imagerie cardiaque reconnue, contemporaine ;
2. et, simultanément, de la vérification d'au moins l'une des trois propositions suivantes :
 - développement d'une onde pathologique Q au moins sur deux dérivations du tracé de l'électrocardiogramme ($Q \geq 0.04s$ ou $Q > 25\%$ de l'amplitude de l'onde R) ;
 - signes électrocardiographiques non spécifiques associés à des modifications significatives des marqueurs biochimiques (CPK-MB et troponine) ;
 - symptomatologie récente d'infarctus du myocarde associée à des modifications significatives des marqueurs biochimiques (CPK-MB et troponine).

Sont également couverts les cas ne répondant que partiellement à la définition précédente si l'assuré a été traité soit par une thrombolyse intraveineuse, soit par une angioplastie d'une artère coronaire en urgence (les comptes rendus d'hospitalisation seront joints à la déclaration de sinistre) et si le diagnostic a été confirmé par un cardiologue qualifié.

Un cardiologue qualifié doit affirmer le diagnostic selon les définitions mentionnées ci-dessus.

Maladie des artères coronaires

Toute affection coronarienne nécessitant une intervention à thorax ouvert (pontage coronarien) pour désobstruer ou contourner les artères coronaires rétrécies.

Accident vasculaire cérébral non traumatique

Tout épisode d'ischémie, par rupture ou par thrombose, d'une artère cérébrale aboutissant à des séquelles neurologiques permanentes.

Les accidents ischémiques transitoires ne sont pas couverts.

La permanence du dommage neurologique doit être certifiée par un médecin neurologue qualifié, au plus tôt un mois après l'événement.

Un déficit fonctionnel neurologique de 20 % doit être évalué par expertise trois mois après l'événement.

Greffe d'organe

Toute transplantation ou inscription sur une liste officielle d'attente de greffe des organes suivant exclusivement : cœur, poumon, rein, foie, pancréas. Les allogreffes de moelle hématopoïétique pour des affections non malignes sont couvertes.

Sclérose en plaques invalidante

Affection du système nerveux central évoluant par poussées. La démyélinisation progressive des neurones entraîne à plus ou moins long terme des troubles neurologiques permanents et invalidants.

Un médecin neurologue qualifié doit authentifier le diagnostic ainsi que les séquelles permanentes. Le score du patient sur l'échelle EDSS doit être supérieur ou égal à 5.

Maladie de Parkinson évoluée

Maladie dégénérative d'une partie du cerveau (locus niger) qui entraîne une perte du neurotransmetteur appelé la dopamine.

Cliniquement, elle se manifeste par :

- une dyskinésie voire une akinésie ;
- une hypertonie musculaire ;
- un tremblement au repos.

L'infirmité qui en découle va en croissant. Un neurologue qualifié doit affirmer le diagnostic et établir la bilatéralité des symptômes ainsi que la nécessité d'un traitement spécifique.

Seule la maladie de Parkinson idiopathique est couverte.

Insuffisance rénale terminale

Toute déficience irréversible et terminale de la fonction rénale nécessitant une dialyse extra corporelle ou une greffe de rein ou les deux successivement. La nécessité d'une dialyse continue doit être certifiée par un médecin néphrologue qualifié.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

La perte totale et irréversible d'autonomie se définit par l'incapacité d'exercer la moindre activité pouvant procurer gain ou profit et par le fait de requérir l'assistance permanente, totale et définitive d'une tierce personne pour accomplir tous les actes de la vie quotidienne (se lever, se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer).

Rechute

Il y a rechute si après un arrêt de travail indemnisé, l'assuré reprend son activité, puis retombe en incapacité de travail moins de 60 jours après la reprise. Tous les arrêts doivent avoir la même cause médicale que le premier.

Sinistre

Evènement survenu à l'assuré, maladie ou accident mettant en jeu la garantie, dès lors que l'adhésion est en vigueur.

II. OBJET ET CARACTERISTIQUES DE VOTRE ADHÉSION

📍 Article 1: Nature du contrat

Moduvéo est un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative, souscrit auprès de Mutex par Mutex Union, au profit des membres participants et ayants droit de ses mutuelles adhérentes, au jour de la souscription du contrat collectif ou à une date ultérieure. La qualité de membre participant s'acquiert au jour de l'adhésion au contrat Moduvéo.

Il est régi par le Code des assurances. Il relève des branches n°1 « Accident », n°2 « Maladie » et n°20 « Vie-Décès » du Code des assurances.

📍 Article 2: Objet de votre adhésion

Le contrat a pour objet de garantir le versement d'un capital en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, de maladie grave et redoutée, d'une rente en cas d'incapacité permanente totale ou partielle et des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré, selon les options choisies à l'adhésion et les conditions définies au contrat.

Il prévoit également des garanties d'assistance présentées dans l'annexe II : contrat d'assistance.

Les garanties du contrat d'assistance sont souscrites par Mutex auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA) et sont assurées par RMA.

📍 Article 3: Intervenants au contrat

3.1 - Les organismes assureurs

- Nous, Mutex, régie par le Code des assurances, dont le siège social se situe 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex, pour les garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie, maladies graves et redoutées, indemnités journalières et incapacité permanente. Notre organisme de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 9
- Ressources Mutuelles Assistance, Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social se situe 46, rue du Moulin CS 32427 44124 VERTOU Cedex, pour les garanties d'assistance.

3.2 - Le souscripteur

Mutex Union, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social se situe 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex.

Mutex Union peut, pour l'exécution du présent contrat, déléguer tout ou partie des obligations qui lui incombent en qualité de souscripteur du contrat groupe à Mutex.

3.3 - L'adhérent-assuré

- Vous êtes l'adhérent, vous avez signé le Bulletin d'adhésion et vous réglez les cotisations.
- Vous êtes également l'assuré, personne physique sur laquelle repose les garanties.

3.4 - Les bénéficiaires :

- Le bénéficiaire est la personne que vous avez désignée pour recevoir les prestations des garanties décès en cas de réalisation du risque.
- Vous êtes le bénéficiaire des prestations des garanties perte totale et irréversible d'autonomie, maladies graves et redoutées, indemnités journalières et incapacité permanente.

📍 Article 4: Territorialité

Vos garanties sont acquises en France, Monaco, pays de l'Union européenne et Suisse. Dans le reste du monde, les garanties sont acquises pour des séjours n'excédant pas trois mois continus.

Toutefois, s'agissant des garanties « Maintien de revenu », l'accident ou la maladie survenant au cours de cette même période ne pourra donner lieu à prestations qu'en cas d'hospitalisation. À défaut d'hospitalisation, l'indemnisation ne débutera qu'à la date de première constatation médicale en France par un médecin et après application de la franchise à compter de la date de votre retour telle que prévue à l'article 7.1.2 de la présente Notice d'information.

🕒 Article 5: Prise d'effet et durée de votre adhésion

5.1 - Prise d'effet de votre adhésion

La date d'effet de votre adhésion, sous réserve de l'acceptation de votre dossier par notre médecin conseil, est fixée à la date de signature de votre Bulletin d'adhésion ou, à votre demande, à la date d'effet indiquée sur celui-ci.

Elle figure dans vos Conditions particulières.

La prise d'effet de votre adhésion est subordonnée à un encaissement effectif de la première cotisation.

Toute pathologie constatée entre la date de signature du questionnaire médical et la date d'effet de votre adhésion est exclue.

5.2 - Délai d'attente

5.2.1 - Pour les garanties décès (hors maladies graves et redoutées)

Les garanties décès prennent effet immédiatement (aucun délai d'attente).

5.2.2 - Pour la garantie maladies graves et redoutées

À compter de la date d'effet de votre adhésion, un délai d'attente de 3 mois commence à courir.

La garantie ne joue pas en cas d'affection dont l'origine ou la première constatation médicale débute pendant cette période.

5.2.3 - Pour les garanties maintien de revenu

Le délai commence à courir à compter de la date d'effet de votre adhésion ou de votre avenant en cas de souscription d'une nouvelle garantie ou de l'augmentation d'une de vos garanties.

Aucun délai d'attente n'est appliqué pour les arrêts de travail consécutifs à un accident. Pour les arrêts de travail consécutifs à une maladie, un délai d'attente d'une durée de :

- 12 mois est appliqué pour les arrêts dus à des troubles neuropsychiques, maladies psychiatriques, dépressions nerveuses et états dépressifs, fibromyalgie.

Les garanties maintien de revenu n'ont pas d'effet en cas d'arrêts de travail dus à des troubles neuropsychiques, maladies psychiatriques, dépressions nerveuses et états dépressifs, fibromyalgies dont l'origine ou la première constatation médicale survient pendant le délai d'attente de 12 mois suivant la date d'effet de l'adhésion ou de l'avenant au contrat.

- 3 mois est appliqué pour les arrêts de travail dus à toutes autres affections.

Les garanties maintien de revenu n'ont pas d'effet en cas d'arrêts de travail dus à toutes autres affections dont l'origine ou la première constatation médicale survient pendant le délai d'attente de 3 mois suivant la date d'effet de l'adhésion ou de l'avenant au contrat.

En cas de maladie constatée pendant le délai d'attente courant à compter de l'émission d'un avenant d'augmentation de garantie, le montant de la prestation servie correspondra au montant précédemment souscrit.

5.3 - Durée de votre adhésion

Votre adhésion est annuelle et se renouvelle chaque année par tacite reconduction à sa date anniversaire, sauf cas de résiliation dans les conditions fixées à l'article 14.

En tout état de cause, votre adhésion prend fin :

- la date anniversaire de la date d'effet suivant votre 85^e anniversaire

ou ;

- à l'issue de la procédure de résiliation des garanties pour défaut de paiement des cotisations décrite à l'article 11.2.

En outre, les garanties suivantes cessent au plus tard à la date anniversaire de la date d'effet suivant vos :

- 85 ans pour les garanties décès ;
- 80 ans pour la garantie perte totale et irréversible d'autonomie ;
- 67 ans pour les garanties indemnités journalières ;
- 65 ans pour la garantie incapacité permanente, ou à la date de passage en cumul emploi-retraite ;
- 65 ans pour la garantie maladies graves et redoutées.

III. GARANTIES

🕒 Article 6: Garanties décès

Moduvéo est composé :

- d'une garantie de base permettant en cas de décès et de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, suite à une maladie ou à un accident, de verser au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) le montant du capital garanti d'un montant minimum de 7500 € ;
- de garanties optionnelles décrites aux articles 6.1.4, 6.2, 6.3 et 6.4 ci-après.

Le montant total des garanties décès de votre adhésion doit être au minimum de 15 000 €.

6.1 - Capital décès ou capital perte totale et irréversible d'autonomie

La garantie « Capital décès – Perte totale et irréversible d'autonomie » toutes causes est obligatoire. Le montant du capital souscrit lors de l'adhésion est au minimum de 7500 € et limité à un maximum de 1 000 000 € toutes garanties décès Mutex confondues (200 000 € pour les personnes qui augmentent le montant de leur capital à partir de 70 ans).

6.1.1 - Capital décès toutes causes

Le capital décès sera versé, à votre décès, aux bénéficiaires que vous aurez désignés.

Le montant du capital décès ainsi que les bénéficiaires figurent sur vos Conditions particulières matérialisant votre adhésion au contrat Moduvéo ou bien sur le dernier avenant, en cas de modification effectuée en cours d'adhésion.

Dans le cas où le capital maladies graves et redoutées vous aurait été réglé, ce montant sera déduit de votre capital décès.

Le versement du capital décès met fin à l'ensemble des garanties souscrites.

Bénéficiaire(s) du capital décès

Vous pouvez désigner le(s) **bénéficiaire(s)** dans le Bulletin d'adhésion ou ultérieurement par voie d'avenant. Cette désignation peut également être effectuée, entre autre, par acte sous seing privé ou par acte reçu devant notaire.

Si le bénéficiaire est nommément désigné, les coordonnées de ce dernier peuvent être portées au Bulletin d'adhésion ; elles seront utilisées par Mutex lors de votre décès.

La clause bénéficiaire peut être modifiée en cours d'adhésion.

Toutefois, la désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, effectuée dans les conditions suivantes :

- par voie d'avenant signé de Mutex, de l'adhérent et du bénéficiaire ;
- ou par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'adhérent et du bénéficiaire, qui devra être notifiée par écrit à Mutex pour lui être opposable.

Lorsque la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit (sans contrepartie), l'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où l'adhérent est informé que l'adhésion est conclue.

A défaut de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés ou de renonciation de tous les bénéficiaires, les bénéficiaires sont :

- le conjoint survivant de l'assuré non séparé de corps judiciairement au moment du décès, à défaut ;
- le partenaire de l'assuré lié par un Pacs ayant cette qualité au moment du décès, à défaut ;
- le concubin notoire de l'assuré, à défaut ;
- les enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut ;
- les héritiers de l'assuré en application des règles de la dévolution successorale légale.

Le bénéficiaire a la possibilité de demander la transformation de tout ou partie du capital en rente viagère ou temporaire non réversible.

6.1.2 - Capital perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie telle que définie au paragraphe I. Définitions, vous avez la possibilité de demander à percevoir par anticipation le versement du capital décès garanti.

Ce capital vous sera versé dès la consolidation de votre état de santé, après accord de notre médecin conseil.

Dans le cas où le capital maladies graves et redoutées vous aurait été réglé par avance, ce montant sera déduit de votre capital perte totale et irréversible d'autonomie.

Le versement du capital perte totale et irréversible d'autonomie met fin aux garanties capital décès et capital maladies graves et redoutées.

6.1.3 - Capital maladies graves et redoutées

Cette garantie, obligatoirement associée à la garantie « capital décès – capital perte totale et irréversible d'autonomie », prévoit le versement par anticipation, à la demande de l'adhérent, d'un capital correspondant à 30 % du capital garanti en cas de décès-PTIA qui ne pourra jamais excéder 15000 € dès la reconnaissance par le médecin-conseil de Mutex d'une des maladies graves et redoutées suivantes (sur la base des définitions figurant au paragraphe I) :

- cancer;
- infarctus du myocarde;
- maladie des artères coronaires;
- accident vasculaire cérébral non traumatique;
- insuffisance rénale terminale;
- greffe d'organe;
- sclérose en plaques invalidante;
- maladie de Parkinson évoluée;

L'évolution de la médecine et des traitements médicaux peut nécessiter d'adapter et de modifier les définitions des maladies graves et redoutées, enlever certaines maladies de la liste, en rajouter d'autres. Si tel est le cas, nous vous informerons de ces modifications par l'envoi d'une Notice d'information modificative, conformément aux dispositions prévues à l'article 25. Vous disposerez alors d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette notice modificative pour résilier votre adhésion si vous n'acceptez pas ces modifications.

Si une maladie grave et redoutée survient hors de France (sauf Monaco), c'est la date de première constatation médicale en France par un médecin qui conditionne le versement du capital.

Une fois versé, ce montant est déduit du capital décès - perte totale et irréversible d'autonomie.

Ce capital maladies graves et redoutées ne peut être versé qu'une seule fois au cours de votre adhésion.

6.1.4 - Capital décès ou capital perte totale et irréversible d'autonomie par accident

Si la cause de votre décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie est d'origine accidentelle, cette garantie prévoit, dans l'hypothèse où vous l'avez choisie, le versement d'un capital supplémentaire, égal au montant du capital décès :

- à vos bénéficiaires en cas de décès;
- à votre profit en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

Le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie doit se produire au plus tard un an après l'accident et en être la conséquence. La preuve du lien de causalité incombe aux bénéficiaires du capital décès ou à vous-même en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, par tous moyens parmi lesquels la production d'un procès-verbal de gendarmerie ou d'un rapport de police.

6.2 - Rente temporaire de conjoint

Dans l'hypothèse où vous avez choisi cette garantie, nous procéderons, à votre décès, au paiement d'une rente temporaire à votre conjoint pendant une durée de 5 ans. En cas de décès de ce dernier avant le terme des 5 ans, la rente cesse d'être versée.

Le montant annuel de la rente temporaire de conjoint figure sur vos Conditions particulières ou sur le dernier avenant en cas de modification intervenue en cours d'adhésion.

6.3 - Rente viagère de conjoint

Dans l'hypothèse où vous avez choisi cette garantie, nous procéderons, à votre décès au paiement d'une rente viagère à votre conjoint. En cas de décès de ce dernier, la rente cesse d'être versée.

Le montant annuel de la rente viagère figure sur vos Conditions particulières ou sur le dernier avenant en cas de modification intervenue en cours d'adhésion.

6.4 - Rente éducation progressive

Dans l'hypothèse où vous avez choisi cette garantie, nous procéderons, à votre décès, au paiement d'une rente éducation aux enfants bénéficiaires nommément désignés et mentionnés sur vos Conditions particulières ou le dernier avenant en cas de modification postérieure à l'adhésion et tenant compte de l'évolution de la composition de votre famille.

Le montant annuel de la rente éducation progressive (identique pour chaque enfant) figure sur vos Conditions particulières ou sur le dernier avenant en cas de modification intervenue en cours d'adhésion.

La rente est versée jusqu'au 18^e anniversaire de l'enfant. Elle est prorogée annuellement en cas de poursuite des études jusqu'au jour de son 28^e anniversaire sur production d'un certificat de scolarité qui devra nous parvenir dans les 30 jours qui suivent la rentrée scolaire.

La rente croît par palier en fonction de l'âge de l'enfant. 3 paliers sont définis :

- 1^{er} palier de 100 % de 0 à 11 ans;
- 2^e palier de 150 % du 1^{er} palier de 12 à 17 ans;
- 3^e palier de 200 % du 1^{er} palier de 18 à 28 ans.

Chaque nouveau palier intervient à la date anniversaire de chaque enfant définie ci-dessus. La rente trimestrielle est calculée au prorata en cas de changement de palier en cours de trimestre.

En cas de décès du bénéficiaire avant le terme prévu pour le versement de la rente, la rente cesse d'être versée.

🔗 Article 7: Garanties maintien de revenu

Vous ne pouvez bénéficier de ces garanties que si vous exercez effectivement une activité professionnelle au premier jour de l'arrêt de travail.

Vous ne pouvez choisir un montant d'indemnités journalières et/ou de rente qui vous ferait bénéficier, en cas d'arrêt de travail, de ressources supérieures au revenu professionnel imposable figurant sur votre dernier avis d'imposition, compte tenu des prestations versées par d'autres organismes (régimes obligatoires, facultatifs...).

A l'adhésion, vous pouvez choisir la formule Essentielle ou la formule Optimale. Ce choix est définitif.

Dans le cadre de la formule Essentielle, les arrêts de travail seront indemnisés sous conditions, s'ils sont dus à l'une des pathologies ci-dessous :

- un lumbago, une lombalgie, une sciatique, une dorsalgie, une cruralgie, une cervicalgie, une névralgie cervico-brachiale, une hernie discale ou une protrusion discale, si au cours de l'arrêt de travail, une intervention chirurgicale est réalisée en rapport avec l'affection et sous réserve que celle-ci n'ait pas fait l'objet d'exclusion de la part du médecin conseil ;
- des troubles neuropsychiques, une maladie psychiatrique, une dépression nerveuse, un état dépressif ou une fibromyalgie, si au cours de l'arrêt de travail, il y a une hospitalisation d'une durée supérieure ou égale à 14 nuits en rapport avec l'affection et sous réserve que celle-ci n'ait pas fait l'objet d'exclusion de la part du médecin conseil.

Dans le cadre de la formule Optimale, les pathologies énumérées ci-dessus sont prises en charge sous réserve que celles-ci n'aient pas fait l'objet d'exclusion de la part du médecin conseil.

En cas de passage en situation de cumul emploi-retraite en cours d'adhésion, votre garantie incapacité permanente sera résiliée et vous pourrez réajuster le montant de votre garantie indemnités journalières en fonction du revenu de votre nouvelle activité (hors retraite).

7.1 - La garantie indemnités journalières

Cette garantie forfaitaire vous assure le versement d'indemnités journalières lorsque vous êtes momentanément dans l'incapacité **complète** d'exercer votre activité professionnelle, telle que vous l'avez déclarée à l'adhésion ou en cours d'adhésion, à la suite d'une maladie ou d'un accident médicalement constaté. Votre activité professionnelle et le montant des indemnités journalières sont indiqués dans vos Conditions particulières, ils pourront être modifiés en cours de contrat par l'intermédiaire d'un avenant aux dites Conditions particulières.

Le montant de cette garantie est au minimum de 10 euros par jour et est limité à **320 euros par jour**.

7.1.1 - Prise d'effet de la garantie

Elle est subordonnée à un délai d'attente tel que défini à l'article 5.2.3.

Si vous avez résilié, depuis moins de deux mois, une adhésion comportant une garantie indemnités journalières de même nature, nous vous indemniserons tout nouvel arrêt de travail dont l'événement générateur a eu lieu pendant le délai d'attente de 3 mois, en nous référant à la Notice d'information Moduvéo sur la base du montant de la garantie souscrite chez le précédent assureur dans la limite du montant figurant dans vos Conditions particulières.

7.1.2 - Franchise

Le versement des indemnités journalières n'interviendra qu'au-delà d'une certaine période dénommée franchise continue débutant à compter du premier jour d'incapacité de travail. Elle figure sur vos Conditions particulières.

Si après un arrêt de travail indemnisé par nos soins, vous reprenez votre activité, puis retombez en incapacité de travail moins de 60 jours après la reprise, les indemnités vous seront versées sans application d'une nouvelle franchise. Nous considérons alors qu'il y a rechute, à condition bien sûr que les arrêts suivants aient la même cause que le premier. À défaut, il s'agira d'un nouveau sinistre et la franchise sera appliquée.

7.1.3 - Durée d'indemnisation

La durée d'indemnisation est de 1 095 jours, diminuée de la franchise figurant sur les Conditions particulières ou avenant en cas de modification de garanties en cours d'adhésion. Elle peut être épuisée en un ou plusieurs arrêts de travail.

En cas d'arrêt de travail intervenant moins d'un an après une reprise effective et continue de l'activité professionnelle, la durée d'indemnisation maximum restante est calculée en déduisant le nombre de jours ayant donné lieu à versement d'indemnités journalières, jusqu'à épuisement du crédit.

Dans le cas d'une reprise à temps partiel pour des raisons thérapeutiques, votre indemnité journalière sera réduite de moitié et vous sera réglée pendant 180 jours maximum.

La durée d'indemnisation est intégralement reconstituée si un nouvel arrêt de travail intervient après une reprise effective et continue de l'activité professionnelle d'une durée minimum d'un an.

7.1.4 - Cessation du versement des indemnités journalières

Le versement des indemnités journalières cesse :

- en cas de reprise du travail totale ou partielle (sauf mi-temps thérapeutique décrit à l'article 7.1.3) ;
- au jour où vous êtes admis à bénéficier de la rente incapacité permanente. Le déclenchement de la rente met définitivement fin à la garantie indemnités journalières définie à l'article 7.1 ;
- au 1 095^{ème} jour de votre arrêt de travail, y compris les périodes de mi-temps thérapeutique, et en tenant compte de la franchise ;
- à l'issue de la procédure de résiliation pour défaut de paiement des cotisations décrite à l'article 11.2 ;
- au jour où les conditions exigées par le contrat ne sont plus réunies ;
- au plus tard à la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion suivant vos 67 ans ;
- au jour où vous liquidez vos droits à la retraite (sauf cumul emploi-retraite).

7.1.5 - Option rachat de franchise

Cette option, proposée uniquement avec les franchises 15 jours et 30 jours, vient en complément de la garantie indemnités journalières.

Elle permet la suppression des franchises :

- soit en cas d'hospitalisation comportant au moins 3 nuits consécutives ;
- soit en cas d'arrêt de travail supérieur à 7 jours consécutifs à un accident.

7.2 - La garantie incapacité permanente

Vous êtes considéré(e) en incapacité permanente s'il y a réduction définitive de votre potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel qui se traduit par une diminution de capacité de travail et de gain après consolidation de votre état.

Cette garantie forfaitaire vous permet de percevoir une rente en cas d'invalidité.

Le montant de cette garantie est au minimum de 3 650 euros par an et est limité à 116 800 euros par an.

Le montant de la rente est défini dans vos Conditions particulières ou dans votre dernier avenant de modification de garanties. Il sera également

déterminé en fonction du taux d'incapacité permanente déterminé par notre médecin conseil (selon le barème figurant en annexe).

En cas d'incapacité permanente dont le taux est supérieur ou égal à 66 %, la prestation sera égale à 100 % du montant de la rente figurant dans vos Conditions particulières ou dans votre avenant en tenant compte de la revalorisation prévue à l'article 12.

En cas d'incapacité permanente partielle dont le taux (N) est compris entre 33 % et 66 %, le montant de la rente (R) figurant dans vos Conditions particulières ou dans votre avenant en tenant compte de la revalorisation sera proportionnel au taux d'incapacité permanente ($R \cdot N / 66$ %).

En cas d'incapacité permanente dont le taux est inférieur à 33 %, nous ne verserons aucune prestation.

7.2.1 - Prise d'effet de la garantie

Elle est subordonnée à un délai d'attente tel que défini à l'article 5.2.3.

Si vous avez résilié, depuis moins de 2 mois, une adhésion comportant une garantie incapacité permanente de même nature, nous vous indemniserons toute nouvelle incapacité permanente dont l'événement générateur a eu lieu pendant le délai d'attente, en nous référant à la Notice d'information Moduvéo, à hauteur du montant de la garantie souscrite chez le précédent assureur dans la limite du montant figurant dans vos Conditions particulières.

7.2.2 - Détermination du taux d'incapacité permanente

Le calcul de votre taux d'incapacité permanente ne pourra être effectué qu'après la consolidation de votre état de santé.

Le taux d'incapacité permanente est fonction, à la fois, du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle, sans tenir compte des éventuelles invalidités, infirmités préexistantes et des exclusions prévues à l'article 8 ou des réserves médicales. Le taux est déterminé obligatoirement en France.

Le taux d'incapacité fonctionnelle sera apprécié de 0 à 100 % en dehors de toute considération liée à votre activité professionnelle, par expertise et par référence au dernier « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » publié par la revue « Le concours médical ».

Le taux d'incapacité professionnelle sera apprécié de 0 à 100 % d'après la nature de l'incapacité professionnelle par rapport à l'activité professionnelle, telle que vous l'avez déclarée à l'adhésion ou en cours d'adhésion, en tenant compte :

- de la façon dont elle était exercée antérieurement à l'accident ou à la maladie ;
- des conditions normales d'exercice de la profession ;
- des possibilités d'exercice restantes.

Le taux d'incapacité permanente sera déterminé en fonction du croisement des deux taux définis dans le tableau figurant en annexe.

7.2.3 - Cessation du versement de la rente

Le versement de la rente cesse :

- à la révision de la rente par notre médecin conseil dès que le taux d'incapacité est inférieur à 33 % ;
- à l'issue de la procédure de résiliation pour défaut de paiement des cotisations décrite à l'article 11.2 ;
- au plus tard à la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion suivant vos 65 ans ;
- au jour où vous liquidez vos droits à la retraite.

7.3 - Exonération des cotisations

Cette garantie doit nécessairement être associée à une garantie maintien de revenu. Elle est obligatoire dès lors que vous adhérez à la garantie incapacité permanente.

Elle ne pourra jamais être souscrite seule en cours de contrat.

Cette garantie vous permet de bénéficier d'une exonération des cotisations si vous percevez de la part de Mutex des prestations dues au titre des garanties indemnités journalières ou incapacité permanente décrites aux articles 7.1 et 7.2.

Pendant la période d'exonération, vos garanties en cours sont intégralement maintenues, mais vous ne pourrez pas les augmenter.

7.3.1 - Prise d'effet de la garantie

Un délai d'attente d'un an, qui démarre à compter de la date d'effet de votre adhésion ou de votre dernier avenant en cas de souscription de cette garantie en cours de contrat, est nécessaire pour la prise d'effet de la garantie exonération de cotisations.

7.3.2 - Franchise

La prise en charge du paiement des cotisations ne débute qu'après une période ininterrompue d'arrêt de travail de 90 jours appelée franchise continue.

En cas de rechute, telle que définie au paragraphe I Définitions, cette franchise continue de 90 jours s'apprécie à compter de la date d'arrêt de travail initial ayant donné lieu à la rechute.

7.3.3 - Cessation de la garantie

La garantie exonération des cotisations cesse à la date où cessent toutes vos prestations indemnités journalières ou incapacité permanente décrites aux articles 7.1 et 7.2.

🕒 Article 8: Exclusions

8.1 - Exclusions communes à toutes les garanties

Un certain nombre de risques ne sont pas pris en charge dès lors qu'ils résultent:

- du suicide ou de toute tentative de suicide, pendant la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion ou de l'augmentation éventuelle des garanties;
- des faits causés ou provoqués intentionnellement par un bénéficiaire ou avec sa complicité;
- des faits causés ou provoqués par l'assuré(e) soit intentionnellement, soit dans un état d'imprégnation alcoolique caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par le code de la route, soit sous l'emprise de drogues, de stupéfiants, tranquillisants non prescrits médicalement;
- des conséquences directes ou indirectes de guerre civile, étrangère, d'insurrection, d'interventions militaires, d'émeutes, d'actes de terrorisme ou de sabotage dès lors que l'assuré y prend une part active;
- de la désintégration du noyau atomique, des effets directs ou indirects provenant d'une transmutation du noyau de l'atome;
- de la pratique de sports à titre professionnel ou amateur de haut niveau ou rémunéré dès lors que l'assuré participe à des tentatives de records, acrobaties, des cascades, des essais, des paris, des défis; sauf acceptation par l'assureur mentionnée dans les Conditions particulières de votre adhésion;
- de la pratique de sports aériens, y compris le saut à l'élastique, à titre amateur ou professionnel, ou de la pratique de sports nécessitant l'utilisation d'engins à moteur (terrestre, maritime ou aérien); à l'exception des baptêmes dès lors qu'ils sont sous la responsabilité d'un accompagnateur ou moniteur agréé.

8.2 - Exclusions applicables au capital supplémentaire versé suite à un accident et aux garanties maintien de revenu

Un certain nombre de risques ne sont pas pris en charge dès lors qu'ils résultent:

- de la conduite de tout engin, si vous n'êtes pas qualifié ou si vous ne détenez pas le permis requis par la réglementation en vigueur;
- de la pratique non encadrée par une personne reconnue par la fédération française de l'une des disciplines suivantes: alpinisme, spéléologie, rafting, canyoning, bobseigh, plongée avec équipement autonome, ski hors-piste ou acrobatique, tous types de boxes.

8.3 - Exclusions propres aux garanties maintien de revenu

Un certain nombre de risques ne sont pas pris en charge dès lors qu'ils résultent:

- d'hospitalisations et séjours dans les maisons de repos ou de retraite, les établissements psychiatriques, de rééducation, de cures thermales, marines et de rajeunissement, de traitements esthétiques, et de cures de désintoxication lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par la Sécurité sociale, que ces établissements soient publics ou privés.
- des congés légaux de maternité et de paternité dans les conditions prévues au Code de la Sécurité sociale pour les salariés, que l'assuré soit salarié ou non.

8.4 - Exclusions propres à la formule Essentielle

- Les arrêts de travail dus à un lumbago, à une lombalgie, à une sciatique, à une dorsalgie, à une cruralgie, à une cervicalgie, à une névralgie cervico-brachiale, à une hernie discale ou à une protrusion discale, sauf si au cours de l'arrêt de travail, une intervention chirurgicale est réalisée en rapport avec l'affection.
- Les arrêts de travail dus à des troubles neuropsychiques, à une maladie psychiatrique, à une dépression nerveuse, à un état dépressif ou à une fibromyalgie, sauf si au cours de l'arrêt de travail, il y a une hospitalisation d'une durée supérieure ou égale à 14 nuits en rapport avec l'affection, pendant l'arrêt.

IV. MODALITÉS D'ADHÉSION

🕒 Article 9: Conditions d'adhésion

9.1 - Critères d'adhésion

- Âge minimum: 18 ans révolus.
- Âge maximum: 62 ans.

Votre âge est calculé par différence de millésime entre l'année d'adhésion et votre année de naissance.

Vous devez exercer de manière effective une activité professionnelle en tant que salarié.

Vous devez compléter et signer le Bulletin d'adhésion, régler les cotisations et remplir les formalités médicales nécessaires telles que prévues à l'article 10. Le cas échéant, le médecin conseil pourra vous demander des examens ou renseignements complémentaires, à lui retourner sous pli confidentiel.

Vous devez résider en France ou à Monaco.

Vous devez déclarer le plus précisément possible votre activité professionnelle afin que nous puissions apprécier le risque durant toute la vie du contrat.

9.2 - Fausses déclarations

9.2.1 - Réticences ou fausses déclarations intentionnelles

En application de l'article L113-8 du Code des assurances, indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26 du Code des assurances, **le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue notre opinion, alors même que le risque omis ou dénaturé de votre part a été sans influence sur le sinistre.**

Les cotisations payées demeurent alors acquises à Mutex, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Mutex pourra, par ailleurs, engager des poursuites pour la récupération des prestations indûment réglées.

9.2.2 - Omissions ou fausses déclarations non intentionnelles

L'omission ou la déclaration inexacte de votre part dont votre mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité du contrat d'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, nous avons le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de cotisation, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée auprès de vous 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, l'indemnité est réduite 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.

Il pourra également être fait application des dispositions de l'article L132-26 du Code des assurances.

🕒 Article 10: Formalités médicales

Vous êtes soumis à des formalités médicales à l'adhésion ou en cas d'augmentation ou d'ajout de garantie.

Après étude de votre dossier, nous vous informons de notre décision par l'envoi d'un courrier.

10.1 - Acceptation médicale sans réserve

Vous recevez des Conditions particulières indiquant les garanties que vous avez choisies, leurs montants, la date d'effet de l'adhésion, la clause bénéficiaire.

10.2 - Acceptation médicale avec réserves

Il vous sera proposé une ou plusieurs exclusions, et/ou une majoration de tarif appelée sur-cotisation.

Cette proposition vous est notifiée par lettre confidentielle, vous précisant l'affection qui justifie l'exclusion ou le montant de la sur-cotisation.

Vous pouvez alors accepter ou refuser les réserves.

10.2.1 - Acceptation des réserves

Si vous acceptez les réserves, vous retournez l'un des deux exemplaires de la lettre, sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil, après l'avoir signée et revêtue de la mention « BON POUR ACCORD ».

Cet exemplaire doit impérativement être retourné **dans les 15 jours suivant la date d'envoi par Mutex**. Vous recevrez alors des Conditions particulières indiquant les garanties que vous avez choisies, leurs montants, la date d'effet de l'adhésion, la clause bénéficiaire et les références des réserves acceptées.

À défaut, nous considérerons que vous renoncez tacitement à votre adhésion et la cotisation prélevée vous sera alors remboursée.

10.2.2 - Refus express des réserves

Votre refus signifie que vous renoncez à votre demande d'adhésion, le montant de la cotisation prélevée vous sera alors remboursé.

10.3 - Refus médical

Mutex refuse l'adhésion : dans ce cas, la cotisation prélevée vous est remboursée.

🕒 Article 11 : Cotisation

Le montant de votre cotisation annuelle est déterminé en fonction :

- de votre âge ;
- de votre activité professionnelle ;
- des conditions d'acceptation médicale.

La cotisation est payable annuellement et d'avance. Toutefois, nous vous laissons aussi la possibilité de choisir une périodicité de paiement semestrielle, trimestrielle ou mensuelle.

Ces informations sont indiquées dans vos Conditions particulières.

11.1 - En cours de contrat

Votre cotisation va évoluer chaque année, à la date anniversaire de votre adhésion, en fonction :

- de votre âge ;
- de la revalorisation décrite à l'article 12.
- Elle peut également évoluer à la date anniversaire de votre adhésion, en fonction :
 - des modifications concernant vos garanties ;
 - des modifications concernant votre situation ;
 - des évolutions législatives ou réglementaires ;
 - des résultats du contrat d'assurance collective Moduvéo.

11.2 - En cas de non-paiement de cotisation

Votre cotisation doit être réglée dans les 10 jours de son échéance.

À défaut, nous vous adresserons une lettre recommandée vous en réclamant le montant.

Vous devrez alors, impérativement, payer celle-ci dans les 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, ainsi que les cotisations venues à échéance pendant ce délai.

À l'issue de ce délai, si les cotisations ne sont toujours pas payées, l'adhésion sera définitivement résiliée.

Aucune prise en charge ne peut intervenir pour des événements survenant durant la période de 40 jours précitée de suspension des garanties ou après la résiliation de l'adhésion.

V. FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION

🕒 Article 12 : Revalorisation

12.1 - Revalorisation automatique de votre cotisation et de vos garanties

Votre cotisation et vos garanties sont revalorisées à chaque date anniversaire de l'adhésion suivant la valeur du point AGIRC-ARRCO constatée au 1^{er} juillet des 2 années précédentes.

Vous pouvez refuser cette revalorisation.

Si le paiement de vos cotisations est exonéré pendant 3 ans continus, les garanties cessent d'être revalorisées.

12.2 - Revalorisation des prestations

Chaque année, pour les prestations décès versées sous forme de rente et à chaque date anniversaire de l'adhésion pour les garanties maintien de revenu, vos prestations seront revalorisées en fonction du résultat technique de Moduvéo et sur décision du Directoire de Mutex.

12.3 - Revalorisation du capital dû au titre de la garantie Décès toutes causes

Le capital dû au titre de la garantie Décès toutes causes, conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances, fait

l'objet d'une revalorisation à compter du décès de l'assuré jusqu'à la réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations. Cette revalorisation est opérée par application d'un taux annuel égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

12.4 - Revalorisation des arrrages de rente dus entre le décès de l'assuré ouvrant droit au versement de la rente et la date de réception des pièces nécessaires au paiement des prestations

Les arrrages de rente dus en raison du décès de l'assuré échus entre la date du décès de l'assuré et la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations font l'objet d'une revalorisation, conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances. Sur la période allant du décès de l'assuré jusqu'à la date d'échéance de l'arrrage, les modalités de revalorisation sont celles définies à l'article 12.2. A compter de la date d'échéance de l'arrrage et jusqu'à la date de réception des pièces nécessaires au paiement des prestations, l'arrrage est revalorisé par application d'un taux annuel égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

🕒 Article 13 : Évolution de votre adhésion

13.1 - Évolution de votre situation

En cours d'adhésion, vous vous engagez à informer Mutex des modifications suivantes intervenant dans votre situation :

- tout changement de profession ;
- toute modification des conditions d'exercice de votre activité professionnelle ;
- toute cessation temporaire (chômage) ou définitive d'activité, ou cumul emploi-retraite ;
- tout changement d'état civil ;
- tout changement d'adresse.

Ces déclarations doivent être adressées par lettre recommandée, **dans un délai de 15 jours** à compter de la date de modification, à l'organisme ayant reçu votre adhésion ou à défaut à l'adresse suivante : Mutex, 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex.

Si vous omettez de déclarer une modification aggravant le risque, il peut être fait application des articles L113-8 ou L113-9 du Code des assurances.

Lorsque la nouvelle situation entraîne une modification du risque ou en modifie l'appréciation, Mutex peut dans les 10 jours :

- soit proposer un nouveau tarif adapté à la nouvelle situation ;
- soit proposer les modifications de vos garanties ;
- soit résilier votre adhésion dans les 10 jours de la notification de la décision de résilier.

Nous vous informerons de la décision par l'envoi d'un avenant à votre adhésion comprenant ces nouvelles dispositions ou d'une lettre de résiliation.

Vous devez nous retourner cet avenant signé **dans les 30 jours** suivant sa date d'émission.

En cas de refus de l'avenant de votre part notifié par écrit ou d'absence de réponse à l'issue du délai précité, votre adhésion sera résiliée au terme de ce délai. Dans ce cas, nous rembourserons la part de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

13.2 - Évolution de vos garanties

Vous avez à tout moment la possibilité de demander une modification de vos garanties qui sera formalisée par un avenant. Le montant des garanties maintien de revenus, choisi ne doit néanmoins pas permettre un enrichissement eu égard à la rémunération moyenne de votre profession et revenus déclarés.

13.2.1 - Augmentation ou ajout d'une garantie

Dans le cas de la mise en place d'un avenant d'augmentation de garantie ou de l'ajout d'une garantie, vous êtes soumis aux mêmes formalités, notamment médicales, qu'à l'adhésion. La date d'effet

de la modification est fixée à la date d'échéance de cotisation suivant la signature de votre demande d'avenant, sous réserve de l'acceptation de votre dossier par notre médecin conseil.

13.2.2 - Augmentation des garanties décès liée à des événements de la vie

Vous avez la possibilité de majorer les garanties décès toutes causes sans sélection médicale en cas de mariage, de Pacs, de naissance ou d'adoption dans les 6 mois qui suivent l'événement, dans la limite de 20 % du capital constitutif toutes causes atteint au moment de l'événement et avec un plafond de 150 000 € d'augmentation (y compris capital supplémentaire pour la garantie décès/PTIA accidentel).

La date d'effet de l'avenant est fixée à la date de signature de votre demande d'augmentation de garantie.

13.3 - Modification de vos bénéficiaires

La date d'effet du changement de bénéficiaire sur votre adhésion est la date de votre choix, et à défaut, celle de votre courrier de demande de modification.

Article 14: Modalités de résiliation de votre adhésion

14.1 - Résiliation de votre adhésion à votre initiative

Votre adhésion est conclue pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction sauf résiliation de votre part moyennant un préavis de 2 mois avant la date d'échéance annuelle.

Votre demande de résiliation peut être adressée :

- par envoi recommandé électronique avec avis de réception à l'adresse suivante : LRE.PFE@mutex.fr
- par lettre recommandée avec avis de réception ou par lettre simple à l'adresse suivante : MUTEX - 140 avenue de la République – CS 30007 – 92327 Châtillon cedex ou à l'adresse postale de votre correspondant gestion habituel ;
- par e-mail envoyé à votre correspondant gestion habituel.

Lorsqu'elle est envoyée par e-mail, votre demande de résiliation doit être transmise, en pièce jointe, en format pdf afin d'être recevable.

En tout état de cause, votre demande de résiliation peut être effectuée selon l'une des autres modalités prévues à l'article L. 113-14 du Code des assurances.

14.2 - Résiliation à l'initiative de Mutex

Mutex peut résilier l'adhésion par lettre recommandée envoyée au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle.

VI. RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Article 15: Modalités de déclaration de sinistre

15.1 - Délais de déclaration du sinistre

15.1.1 - En cas de décès

Vos bénéficiaires doivent nous informer de votre décès dans les plus brefs délais.

15.1.2 - En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Vous devez nous déclarer votre état de perte totale et irréversible d'autonomie dans les plus brefs délais.

15.1.3 - En cas d'incapacité permanente

Vous devez nous déclarer votre invalidité, lorsque votre état de santé sera consolidé, **dans les 8 jours** suivant sa constatation médicale.

15.1.4 - En cas d'arrêt de travail

Vous devez adresser les justificatifs **dans un délai de 8 jours** à compter du 1^{er} jour de votre arrêt de travail.

Chaque prolongation d'arrêt de travail doit nous être déclarée **dans les 3 jours** qui suivent sa notification.

Si vous êtes en mi-temps thérapeutique à la suite d'un arrêt total de travail, vous devez nous en informer **dans un délai de 8 jours** à compter de la date de reprise à temps partiel.

15.2 - Documents à adresser

15.2.1 - Pour les garanties capital décès, rente conjoint et rente éducation

Les bénéficiaires que vous avez désignés devront envoyer les documents suivants :

- l'acte de décès de l'assuré ;
- la copie de documents officiels justifiant des droits et de la qualité des bénéficiaires ;
- un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;

- en cas de décès de cause accidentelle, un constat de gendarmerie ou un rapport de police précisant la date de survenance et les circonstances de l'accident ;
- pour la garantie rente éducation progressive, un certificat de scolarité attestant la poursuite d'études des enfants de plus de 18 ans (par la suite, documents à adresser tous les ans) ;
- pour les rentes, afin d'assurer le maintien du versement, chaque année, chaque bénéficiaire devra fournir une copie de sa carte d'identité ou de son passeport en cours de validité et une attestation de vie ;
- si nécessaire, une demande de transformation du capital en rente ;
- toute autre pièce administrative qui pourrait être nécessaire pour la constitution du dossier ;
- **toute pièce médicale nécessaire à l'étude du dossier par le Médecin conseil de Mutex.**

Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli confidentiel, au médecin conseil de Mutex.

15.2.2 - Pour la garantie perte totale et irréversible d'autonomie

C'est à vous, en tant que bénéficiaire de la prestation, qu'il incombe de nous transmettre une demande qui doit préciser :

- que vous êtes définitivement incapable d'exercer la moindre activité pouvant vous procurer gain ou profit ;
- en cas d'accident, ses circonstances précises, la nature des lésions constatées médicalement ;
- que votre état de santé vous oblige à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ;
- que cette assistance s'exercera tout au long de la vie ;
- la date à laquelle s'est déclarée cette perte totale et irréversible d'autonomie ;
- ainsi que toute autre pièce qui pourrait être nécessaire pour la constitution du dossier.

Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli confidentiel, au médecin conseil de Mutex.

15.2.3 - Pour la garantie maladie grave et redoutée

C'est à vous, en tant que bénéficiaire de la prestation, qu'il incombe de transmettre la demande.

Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli confidentiel, au médecin conseil de Mutex.

15.2.4 - Pour la garantie indemnités journalières

En cas d'arrêt de travail, vous devez nous adresser :

- un avis d'arrêt de travail indiquant les heures de sorties autorisées (3 heures consécutives) ;
- un certificat médical attestant que cet arrêt vous met dans l'incapacité d'exercer votre activité professionnelle ;
- une attestation sur l'honneur certifiant que votre activité professionnelle est identique à celle qui est indiquée dans vos Conditions particulières ou au dernier avenant, et que vos revenus n'ont pas subi d'évolution à la hausse ou à la baisse ;
- un certificat médical attestant que cet arrêt vous met dans l'incapacité d'exercer votre activité professionnelle.

En outre, s'il s'agit d'une maladie :

- sa nature ;
- la date de sa première constatation médicale ;
- la durée de l'arrêt de travail ;
- les interventions chirurgicales et/ou examens médicaux éventuellement pratiqués ;
- éventuellement l'importance de l'incapacité permanente à envisager ;
- en cas d'hospitalisation : les causes de celle-ci, le nom et l'adresse de l'établissement et un justificatif de la durée du séjour.

En outre, s'il s'agit d'un accident :

- la date de sa survenance ;
- ses circonstances précises (lieu, nom des témoins...) ;
- la nature des lésions constatées médicalement ;
- la durée de l'arrêt de travail ;
- les interventions chirurgicales et/ou examens médicaux éventuellement pratiqués ;
- éventuellement l'importance de l'incapacité permanente à envisager ;
- si l'accident a été causé par un tiers, son nom, son adresse, les coordonnées de la compagnie d'assurance, son numéro de police (joindre une copie du constat amiable) ;
- en cas d'hospitalisation : les causes de celle-ci, le nom et l'adresse de l'établissement et un justificatif de la durée du séjour ;
- ainsi que toute autre pièce qui pourrait être nécessaire pour la constitution du dossier.

Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli confidentiel, au médecin conseil de Mutex.

15.2.5 - Pour la garantie incapacité permanente

Vous devez envoyer un certificat médical attestant de l'incapacité permanente qui vous a été reconnue.

Vous joignez également la copie de la décision de prise en charge ou non de l'incapacité permanente par l'organisme du régime de prévoyance obligatoire.

Si votre état de santé évolue, c'est-à-dire s'il s'améliore ou s'aggrave, n'omettez pas de transmettre un certificat médical mentionnant cette évolution.

Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli confidentiel, au médecin conseil de Mutex.

🕒 Article 16: Déchéance

Vous êtes déchu de tout droit à indemnisation si vous faites volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre.

Vous êtes également déchu du droit à l'indemnisation de votre sinistre si vous utilisez sciemment des documents inexacts comme justificatifs pour appuyer votre demande d'indemnisation.

🕒 Article 17: Modalités de paiement de prestations

17.1 - Pour les garanties décès

17.1.1 - Modalités de règlement du capital décès

En cas de décès de l'assuré, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) le capital garanti **dans les 30 jours** qui suivent la réception des pièces nécessaires au règlement des prestations.

Votre bénéficiaire a la possibilité de demander le paiement de 5000 euros par acompte sur le capital garanti dans les 8 jours qui suivent la réception des pièces nécessaires, s'il remplit les conditions suivantes :

- être votre conjoint, concubin, partenaire de Pacs ;
- ou être l'unique bénéficiaire désigné aux Conditions particulières de votre contrat.

Pour bénéficier de cet acompte, il devra nous faire parvenir un extrait de l'acte de décès, une copie d'une pièce d'identité en cours de validité, ainsi qu'une copie du livret de famille s'il n'est pas nommément désigné dans les Conditions particulières, ou une copie du contrat de Pacs, ou des justificatifs du concubinage.

17.1.2 - Modalités de règlement du capital PTIA

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, il vous sera versé, à votre demande, le montant de votre capital décès par anticipation dans les 30 jours qui suivent la réception des pièces nécessaires au règlement des prestations.

17.1.3 - Modalités de règlement des rente temporaire de conjoint, rente viagère de conjoint et rente éducation progressive

Le versement des rentes s'effectue trimestriellement à terme échu.

17.2 - Pour la garantie indemnités journalières

Le montant des indemnités versé, par quinzaine à terme échu, sera égal à celui qui figure dans vos Conditions particulières en tenant compte de la revalorisation décrite à l'article 12.

Le versement s'effectue exclusivement en France et à Monaco.

Si l'incapacité temporaire survient hors de France (sauf Monaco), c'est la date d'hospitalisation ou de première constatation médicale en France par un médecin qui sert de point de départ à la prestation, après application de la franchise.

En cas d'avenant d'augmentation de garantie en cours de contrat, si l'arrêt de travail débute pendant le délai d'attente défini à l'article 5.2, le montant de la prestation servie correspondra au montant précédemment souscrit.

17.3 - Pour la garantie incapacité permanente

Cette garantie vous permet de percevoir une rente trimestrielle payable à terme échu.

Cette rente est versée exclusivement en France et à Monaco et dans la devise en cours au moment du paiement.

Si l'incapacité permanente survient hors de France (sauf Monaco), c'est la date de première constatation médicale en France par un médecin qui sert de point de départ à la prestation.

🕒 Article 18: Contrôle médical

Pendant la période de franchise et lors de l'ouverture du service des prestations y compris l'exonération des cotisations ou pour assurer la continuité éventuelle des prestations, vous pourrez être soumis à des demandes de renseignements médicaux, visites médicales, contrôles ou enquêtes diligentés par Mutex.

En cas de refus de ces contrôles, Mutex pourrait refuser le paiement de la prestation.

En cas de changement d'adresse, même provisoire, vous devez nous en informer au préalable.

Les sorties ne sont autorisées qu'aux heures indiquées sur le certificat médical (3 heures consécutives). En cas d'absence du domicile en dehors des heures autorisées, vous serez déchu(e) de vos droits aux prestations indemnités journalières. Toutefois, si vous apportez la preuve que c'est en raison d'un cas fortuit ou de force majeure que le contrôle n'a pu être exercé, vous ne serez pas pénalisé et vos prestations seront maintenues.

🕒 Article 19: Litiges médicaux

Pour être recevable, toute contestation doit être effectuée dans les 3 mois à compter de la notification à votre égard de la décision prise par le médecin conseil de Mutex.

Une commission sera ensuite réunie afin de trancher le litige. Elle sera composée d'un médecin dont vous aurez le libre choix (ou de votre médecin traitant), du médecin représentant Mutex et enfin d'un troisième médecin désigné par les deux premiers (ou par le tribunal compétent dans le ressort duquel se trouve le lieu de résidence de l'assuré s'il n'y avait pas accord sur le choix).

Les honoraires du médecin désigné par vous seront à votre charge.

Les honoraires du médecin qui représentera l'assureur seront à la charge de Mutex.

Les honoraires du tiers expert qui est intervenu en tant qu'arbitre seront à la charge de la partie perdante.

VII. DROITS DE L'ADHÉRENT

🕒 Article 20: Faculté de renonciation

Vous pouvez renoncer à votre adhésion et être remboursé pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle vous êtes informé que votre adhésion est conclue, c'est-à-dire à compter de la date de signature du Bulletin d'adhésion.

Cette renonciation doit être faite :

- par un envoi recommandé électronique à l'adresse suivante : LRE.PFE@mutex.fr

ou

- par lettre recommandée avec avis de réception datée, signée et envoyée à l'organisme ayant recueilli votre adhésion, ou à défaut à l'adresse suivante : Mutex, 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex.

Elle peut être rédigée selon le modèle suivant :

« Désirant bénéficier de la faculté de renoncer à mon adhésion Moduvéo n° _____ effectuée en date du _____, je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité de mes cotisations, et ce, dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente.

Date et signature ».

La renonciation entraîne la restitution à l'adhérent-assuré de l'intégralité de la cotisation versée, dans le délai maximum de trente jours calendaires révolus à compter de la réception du recommandé électronique ou de la lettre recommandée.

🕒 Article 21: Protection des données à caractère personnel

Le présent contrat est distribué par Harmonie Mutuelle (ci-après « la mutuelle ») et assuré par Mutex (ci-après « l'Assureur ») qui à ce titre mettent en oeuvre différents traitements de données à caractère personnel, chacun assumant seul la responsabilité des traitements qu'il met seul en oeuvre au titre du présent contrat. En tout état de cause, la responsabilité des traitements de données mis en oeuvre par l'assureur dans le cadre de la distribution et de la gestion des contrats distribués par la Mutuelle sont assurés conjointement par la mutuelle et l'assureur.

Les informations recueillies relatives aux assurés sont nécessaires à la mutuelle et à l'assureur pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat ainsi que pour la gestion de la relation commerciale. La mutuelle et l'assureur mettent en oeuvre, sous leurs responsabilités respectives, différents traitements de données à caractère personnel concernant l'assuré et ses éventuels bénéficiaires, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de leurs engagements contractuels.

La Mutuelle et l'assureur seront également susceptibles de les utiliser pour le recouvrement et le contentieux ; leurs dispositifs de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées ; le respect de leurs obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

En outre, et à l'exception des données strictement liées à la santé telles que définies par les articles 1111-7 et suivants du Code de la santé publique, toutes les autres informations personnelles collectées par la mutuelle ou l'assureur dans le cadre du contrat seront susceptibles d'être utilisées par Harmonie Mutuelle à des fins d'amélioration de la relation avec les assurés ; de fidélisation et/ou de prospection commerciale consécutive, y compris dans les conditions fixées par la réglementation, l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres ; toute autre finalité qui pourrait être précisée sur les supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'assuré et de ses bénéficiaires peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle et l'assureur étant légalement tenus de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, ils sont susceptibles de solliciter l'adhérent et ses ayants-droits pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'assuré et de ses bénéficiaires seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et de l'Assureur, et dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et/ou l'assureur et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

Les assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leurs décès. Ils disposent en outre d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle et/ou de l'Assureur.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, les assurés peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et exprime qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

Les assurés peuvent exercer leurs droits auprès du Responsable Protection des données (DPO) de la Mutuelle par mail à l'adresse dpo@harmonie-mutuelle.fr ou par courrier postal adressé à : Harmonie Mutuelle - Service DPO - 29 quai François Mitterrand - 44273 Nantes Cedex 2. Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité pourra vous être demandée.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la CNIL : 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07 (www.cnil.fr).

Certains produits d'assurance nécessitent de collecter et de traiter des données relatives à l'état de santé, afin d'apprécier le risque lié au contrat, sa tarification, sa mise en place, sa gestion et son exécution. Ces éléments sont indispensables à l'étude des dossiers et nécessitent de recueillir un consentement préalable, dans les conditions fixées dans le « Bulletin de collecte de données de santé ».

Parmi ces éléments ceux qui sont couverts par le secret médical sont exclusivement destinés au Service Médical de l'assureur, auprès duquel vous pouvez exercer vos droits par courrier postal adressé à : Mutex - Médecin Conseil - 140, avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex.

🕒 Article 22: Prescription

Toute action dérivant du présent contrat d'assurance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Ce délai est porté à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail et à dix ans lorsque le bénéficiaire des garanties est une personne distincte de l'assuré et, pour la couverture du risque accident, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où Mutex en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Cependant, pour les opérations d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont en tout état de cause, prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par l'assureur ; demande en justice, même en référé ; mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles et actes d'exécution forcée) 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par le(s) bénéficiaire(s) à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

🗨 Article 23: Réclamations et litiges

Pour toute réclamation, vous pouvez vous adresser à l'organisme ayant recueilli votre adhésion ou aux services de gestion de Mutex.

Après leur intervention, si la réclamation n'était pas réglée, vous pouvez écrire à Mutex – Service Qualité Relation Adhérent – 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui vous ont été faites.

🗨 Article 24: Médiation

En cas de litige, MUTEX met à disposition de ses assurés et de leurs ayants droit la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'Assurance. Cette procédure est accessible gratuitement à tous les assurés et à leurs ayants droit, confrontés à une situation litigieuse avec MUTEX, non résolue après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations. Le Médiateur de l'assurance peut être saisi par l'assuré ou son ayant droit en adressant sa demande :

- à l'adresse suivante : la Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09 ;
- ou par internet : <http://www.mediation-assurance.org>

Le texte complet de la charte de la médiation est accessible sur le site internet de MUTEX.

🗨 Article 25: Votre information

Après enregistrement et acceptation de votre adhésion, vous recevrez des Conditions particulières qui matérialiseront votre adhésion au contrat Moduvéó.

Puis nous vous adresserons chaque année, avant l'échéance annuelle de votre adhésion, un avis d'échéance indiquant notamment le montant de votre prochaine cotisation annuelle ainsi que les garanties souscrites.

🗨 Article 26: Langue et droit applicables au contrat

La loi française est applicable aux relations précontractuelles et contractuelles. Il est convenu entre l'assureur et l'assuré que la langue utilisée pendant la durée du contrat est la langue française.

Conformément à l'article L. 423-1 du Code des assurances, Mutex est adhérente au fonds de garantie des assurés contre la défaillance de sociétés d'assurances de personnes.

VIII. DISPOSITIONS DIVERSES

🗨 Article 27: Modifications et résiliations des contrats collectifs

27.1 - Modifications du contrat collectif

En cas de modification du contrat d'assurance collectif Moduvéó souscrit par Mutex Union auprès de Mutex, les adhérents seraient informés par écrit des modifications qu'il est prévu d'apporter à

leurs droits et obligations conformément aux dispositions de l'article L141-4 du Code des assurances.

Vous pouvez refuser ces modifications et vous disposez alors d'un délai d'un mois pour résilier votre adhésion.

27.2 - Résiliation du contrat collectif

En cas de résiliation du contrat collectif, les adhésions en cours poursuivent leurs effets et continuent d'être assurées jusqu'à leur terme par l'assureur aux conditions de garanties en vigueur au jour de la résiliation, sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions pour fausse déclaration. Les adhésions en cours pourront faire l'objet d'une révision tarifaire.

Les adhésions nouvelles ne sont plus acceptées par Mutex dès réception de la demande de résiliation effectuée par le souscripteur selon l'une des modalités prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances.

Par ailleurs, MUTEX vous versera les prestations résultant d'un événement garanti s'il survient avant la date de prise d'effet de la résiliation et ce, jusqu'à la fin de vos droits prévus par les présentes Conditions générales.

IX. DISPOSITIONS RELATIVES À LA SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

⊗ Article 28 - Objet

Le présent titre a pour objet de définir les conditions dans lesquelles le candidat à l'assurance, l'assureur et le distributeur reconnaissent aux documents contractuels signés et transmis par voie électronique, la qualité de documents originaux et les admettent comme mode de preuve au même titre qu'un écrit sur support papier.

⊗ Article 29 - Définitions

Signature électronique

Lorsqu'elle est électronique, elle consiste en l'usage d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache. La fiabilité de ce procédé est présumée, jusqu'à preuve contraire, lorsque la signature électronique est créée, l'identité du signataire assurée et l'intégrité de l'acte garantie, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat (article 1367 alinéa 2 du Code civil).

Support Durable

Tout instrument offrant la possibilité à l'assuré, à l'assureur, à l'intermédiaire ou au souscripteur d'un contrat d'assurance de groupe de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées (article L.111-9 du Code des assurances).

⊗ Article 30 - Champ d'application

Les conditions définies ci-après s'appliquent dès la première opération effectuée au moyen d'une signature électronique dans le cadre de l'adhésion au présent contrat d'assurance.

Ces conditions sont également valables pour toutes les demandes d'opérations ultérieures signées de manière électronique en cours de vie du contrat.

⊗ Article 31 - Modalités de la signature électronique

La signature des documents contractuels est réalisée selon le procédé qui suit :

- Le candidat à l'assurance renseigne les informations demandées (nom, prénom, adresse postale, coordonnées bancaires...), choisit les options et les garanties, sélectionne la cotisation, le mode de paiement et la périodicité et joint les justificatifs demandés.
- Par un clic sur « signature électronique » il accède à un espace sécurisé du tiers de confiance choisi et procède à la relecture et la vérification de ses réponses figurant dans les documents précontractuels.
- S'il approuve les informations figurant sur les documents, le candidat à l'assurance coche l'encart selon lequel il déclare avoir lu les documents et en accepte le contenu.
- Puis il renseigne le code confidentiel qui lui a été adressé par SMS par le tiers de confiance sur le numéro de téléphone mobile qu'il aura communiqué et qui permet l'authentification du signataire.

- Il coche les encarts au moyen desquels :

- il reconnaît avoir lu et accepte les Conditions générales d'utilisation ainsi que les Conditions spécifiques d'utilisation du tiers de confiance choisi ;
 - il reconnaît avoir lu et accepte la Politique de Protection des Données du tiers de confiance.
- Il clique sur « Signer » pour procéder à la signature des documents contractuels ou le cas échéant conserve la possibilité de refuser de signer ces documents.
 - Lorsqu'il a cliqué sur « Signer », un écran de confirmation de la prise en compte de l'adhésion au présent contrat d'assurance s'affiche, indiquant la date de sa prise d'effet.
 - Un mail de confirmation lui est ensuite envoyé à l'adresse mail qu'il aura renseigné avec les documents signés sous format PDF en pièce jointe.
 - Ces documents seront également stockés sur l'espace personnel du signataire s'il en a ouvert un.

Article 32 - Horodatage

Les éléments collectés lors de la signature électronique sont consignés dans un fichier de preuve garantissant la fiabilité du processus de signature des documents contractuels.

Le fichier de preuve contient l'ensemble des actions effectuées par le signataire ainsi que les documents contractuels signés.

Le fichier de preuve est scellé au moyen d'un cachet électronique émis par le tiers de confiance, horodaté et conservé de manière à en garantir l'intégrité et n'est accessible que par l'assureur.

⊗ Article 33 - Force probante du document signé électroniquement

L'assureur et le candidat à l'assurance reconnaissent que tout document signé de manière électronique :

- constitue l'original du document ;
- est une preuve littérale et possède la même valeur probante qu'un écrit signé de façon manuscrite sur support papier (article 1316-3 du Code civil) ;
- est parfaitement valable et opposable par l'assureur au candidat à l'assurance.

Le candidat à l'assurance et l'assureur conviennent que le document signé électroniquement ne confère pas plus de droits que s'il avait été établi, signé et conservé sur support papier.

Ils reconnaissent également que la signature électronique des documents contractuels vaut preuve de son contenu, de l'identité du signataire et entraîne le consentement de chacun d'eux aux droits et obligations qui en découlent.

En outre, l'assureur et le candidat à l'assurance entendent que le procédé d'horodatage mis en œuvre dans le cadre de la signature électronique du document constitue la modalité de preuve de la date de sa signature.

⊗ Article 34 - Transmission par voie électronique

Si le candidat à l'assurance opte pour la signature électronique, il doit, au préalable, télécharger les documents contractuels et certifier les avoir enregistrés et/ou imprimés pour pouvoir s'y reporter ultérieurement.

Tout document signé électroniquement pourra faire l'objet d'une transmission via un support durable autre que papier.

Le candidat à l'assurance peut s'opposer à l'utilisation de ce support dès l'entrée en relation avec l'assureur ou à n'importe quel moment.

Les documents contractuels doivent être conservés et stockés par le candidat à l'assurance sur son ordinateur ou tout autre moyen de stockage de son choix.

Le candidat à l'assurance peut à tout moment en demander un exemplaire papier à l'assureur.

L'assureur pourra également délivrer toute information ou toute correspondance au candidat à l'assurance par voie électronique (e-mail) et via son espace personnel, le cas échéant.

Le candidat à l'assurance est réputé avoir pris connaissance de la correspondance et de son contenu du seul fait de son envoi sur l'adresse électronique, telle que déclarée à l'assureur.

Le candidat à l'assurance reconnaît également que tout document signé électroniquement par lui et transmis par voie électronique a force probante de son envoi et de sa réception et peut lui être valablement opposé.

ANNEXE I – TABLEAU DE DÉTERMINATION DU TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE

TAUX D'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE	TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10					33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20				36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30			36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40		33,02	40,00	46,42	52,41	58,09	63,50	68,68	73,68
50		35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60		37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,68	78,62	84,34
70		39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,77	88,79
80		41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,53	92,83
90	33,02	43,27	52,41	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

I. CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

Les présentes Conditions générales ont pour objet de définir la garantie d'assistance dont bénéficie toute personne résidant en France métropolitaine, Monaco, Andorre, Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, (et le cas échéant ses ayants droit) ayant adhéré au contrat collectif à adhésion facultative Moduvéo auprès de Mutex. Le contrat d'assistance a été souscrit par Mutex auprès de l'Union RMA, Ressources Mutuelles Assistance, dont le siège social est au 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex, Union d'Assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité – SIREN 444269682.

Ressources Mutuelles Assistance est placée sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) dont le siège se situe 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 9.

Article 1 : Bénéficiaires

1.1 - L'adhérent

Dès l'adhésion et à tout moment, pour les prestations d'assistance prises en charge en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire de travail ou d'incapacité permanente, ainsi que pour l'enregistrement de ses volontés quant à ses obsèques.

Au moment du décès et si la situation le justifie, pour tous les frais liés au rapatriement du corps.

1.2 - L'adhérent et ses ayants droit

Dès l'adhésion, et à tout moment, pour les prestations de renseignements, d'aide et de soutien, les recherches de services, le soutien psychologique, l'accompagnement de la douleur, la recherche de conseils pour l'adaptation du logement, le soutien de l'adhérent aidant ou de l'ayant droit aidant, les appels de convivialité, le suivi et l'accompagnement personnalisé, dès l'entrée dans le contrat et pendant toute la durée d'adhésion à celui-ci.

1.3 - Les ayants droit au moment du décès

Pour l'accompagnement médico-psychosocial, l'aide renforcée aux démarches administratives et à leur planification et le suivi relatif au décès; l'organisation des obsèques; l'assistance aux ayants droit dans le cadre d'un rapatriement.

Ainsi que pour la mise en place de prestations d'aide à la personne destinées à les soulager: garde des enfants et des ascendants dépendants à charge, aide à domicile, garde des animaux familiers.

1.4 - Par ayant droit, on entend

Le conjoint ou le concubin notoire de l'adhérent, ou son partenaire pacsé, leurs enfants, leurs ascendants directs, fiscalement à charge, leurs animaux familiers de compagnie, tels que chiens ou chats, résidant et vivant sous le même toit.

Article 2: Prise d'effet et durée des garanties d'assistance

La garantie d'assistance prend effet à la même date d'adhésion que les garanties **Moduvéo**.

La garantie d'assistance suit le sort de l'adhésion dont elle fait partie intégrante (date d'effet, durée, résiliation, exclusions). Cependant, si à l'issue de la clôture de l'adhésion pour survenance du risque, la prestation d'assistance mise en place par l'assisteuse est en cours de réalisation, l'assisteuse s'engage à la fournir au bénéficiaire jusqu'à l'échéance de son achèvement.

Article 3: Territorialité

Les présentes Conditions générales sont valables:

- au domicile de l'adhérent et des ayants droit, pour l'assistance d'aide à la personne;
- pour tout transfert de corps de l'adhérent, en France métropolitaine, Monaco, Andorre, Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane;
- lors d'un déplacement de l'adhérent dans le monde entier au-delà de 50 km de son domicile principal au sens fiscal du terme.

Article 4: Faits générateurs

Les prestations d'assistance définies dans la présente notice sont acquises en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire de travail ou d'incapacité permanente de l'adhérent.

L'Assisteuse propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance, **à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.**

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Il pourra être accordé une seconde prestation après évaluation de la situation par le département d'accompagnement psycho-social de l'assisteuse.

Les prestations d'informations, d'accompagnement psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

Article 5: Modalités de mise en œuvre

5.1 - Pour contacter l'assisteuse, sans interruption, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7

- Par téléphone: **09 69 36 75 92** (numéro Cristal)
- Télécopie ou médecin conseil: **02 40 44 43 00**
- Pour les adhérents appelant de l'étranger:
Par téléphone: **00 33 9 69 36 75 92**
ou par mail: **prevoyance@rmasistance.fr**

Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à medecinconseil@rmasistance.fr

5.2 - Sans oublier

- de rappeler le numéro d'adhésion et le nom du contrat;
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre 1^{er} appel, un n° d'assistance vous sera communiqué: rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'assisteuse.

Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les vingt (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Pour le rapatriement de corps en cas de décès, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenance du fait générateur rattaché à cette demande.

Le bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'assisteuse tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés sont des pièces originales ou des copies certifiées qui seront susceptibles d'être acheminées sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil de l'assisteuse, si elles comportent des informations relevant du secret médical. A cet effet, l'assisteuse met à disposition du bénéficiaire une enveloppe préaffranchie pour la réponse.

Article 6: Intervention

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, l'Assisteuse se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés.

L'urgence, qui justifie l'intervention de l'Assisteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations. Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

🕒 Article 7 : Application des prestations

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'assisteur et sur présentation des justificatifs demandés.

En conséquence, **l'Assisteur ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.**

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur en outre-mer, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.

De plus, il convient de préciser que l'assisteur ne peut intervenir dans le choix de moyens et des destinations décidées par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des bénéficiaires, l'assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande.

En aucun cas, l'assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats, lors de la survenance d'un sinistre.

À noter que les prestations d'assistance qui n'auront pas été utilisées par l'adhérent ou ses ayants droit lors de la durée de garantie excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.

II. SERVICES DISPONIBLES À TOUT MOMENT

🕒 Article 8 : Informations conseils par téléphone

Les demandes d'informations téléphoniques sont traitées par un juriste ou un travailleur social spécialiste des problématiques liées à l'incapacité temporaire de travail, l'incapacité permanente, à la perte totale et irréversible d'autonomie, au décès: les thèmes abordés principalement relèvent d'informations et d'orientations autour de la situation rencontrée par l'assuré et/ou des besoins de ses ayants droit. Par extension, il est également possible de faire appel à ce service pour tous conseils juridiques relatifs à la vie du particulier.

Généralement, l'exécution des prestations de renseignements téléphoniques permettra une réponse immédiate de la part de l'assisteur, mais certaines demandes pourront nécessiter de se documenter ou d'effectuer des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris dans les 48 heures.

Les renseignements délivrés par l'assisteur sont uniquement téléphoniques, aucune des informations dispensées par nos spécialistes ne peut se substituer aux intervenants habituels.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et en aucun cas, la responsabilité de l'assisteur ne pourra être recherchée par le bénéficiaire dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte ou de des renseignements communiqués.

Remarque: ces prestations ne peuvent se substituer à une consultation juridique et ne sont considérées que comme du conseil.

8.1 - Exemples de thèmes abordés

Vie pratique

- habitation/logement;
- consommation;
- vie professionnelle;
- formalités administratives;
- services publics.

Protection sociale

- droit du survivant;
- pension de réversion;
- allocation veuvage;
- aide sociale, APA...

Juridique

- justice/défense/recours, par exemple en cas d'accident causé par un tiers entraînant le décès de l'assuré ou sa perte totale et irréversible d'autonomie;
- démarches et droits en cas de litiges..., problème de voisinage...;
- droit de la famille;
- succession (droits, protection de la famille...);
- veuvage (droit du conjoint survivant, aides...);
- aménagement de son logement, vente de son logement ;
- impôts, fiscalité.

8.2 - Allô jeunes et soutien à la parentalité en cas de PTIA ou de décès de l'assuré :

8.2.1 - Allô jeunes infos

Nos spécialistes vous informent dans les domaines tels que :

- l'orientation pédagogique;
- les inscriptions universitaires;
- le financement des études;
- la vie pratique;
- l'aide à la recherche d'un premier emploi;
- le contrat de travail ;
- le logement.

Un service social et juridique par téléphone, dédié aux étudiants, aux jeunes en contrat d'apprentissage ou en alternance permet à tout moment de se faire aider pour :

- apprendre à maîtriser un budget mensuel personnel;
- faire des démarches administratives permettant des ouvertures de droit (allocations logements, bourses, aides sociales...);
- comprendre le contenu d'un contrat de travail saisonnier.

8.2.2 - Allô jeune soutien

Si un enfant est perturbé dans sa scolarité (blocage scolaire, incompatibilité avec un professeur...) ou manifeste un rejet de son environnement social (drogue, fugue, dépression...), les médecins de l'équipe médicale de l'assisteur répondent à toute question et procurent un conseil pédagogique et psychologique adapté.

8.2.3 - Allô jeune prévention

Si l'assuré ou son ayant droit le souhaite, il est également possible d'appeler à tout moment pour entrer en dialogue avec un médecin, afin d'avoir des informations sur les thèmes tels que :

- IST telles que papillomavirus, MST, dépistage précoce, IVG;
- contraception, grossesses précoces, infections fœtales;
- hygiène de vie et hygiène alimentaire, consommation de tabac, d'alcool, etc.

🕒 Article 9 : Informations santé

Les médecins de l'assisteur répondent à toutes questions et demandes d'informations et de prévention: particulièrement relatives aux maladies graves et redoutées, à la perte d'autonomie et aux conséquences d'un décès sur l'état de santé des proches, ainsi que l'équilibre alimentaire et la pratique sportive préventive ou accompagnant la maladie, la prévention de la santé et l'activité professionnelle.

9.1 - Santé

- Informations générales sur l'hygiène de vie en cas de perte totale et irréversible de l'autonomie, sur les pathologies, sur les protocoles de dépistage des maladies graves et redoutées: cancer, infarctus, AVC, sclérose en plaque, risques coronariens, insuffisance rénale, maladies de Parkinson et d'Alzheimer ou apparentée, informations sur les suites d'un accident quant à l'état de santé;
- informations sur les médicaments (traitements, médicaments génériques, effets secondaires des médicaments...);
- informations sur les vaccinations;
- informations médicales préliminaires à un voyage (risques sanitaires, vaccinations...);
- informations médicales liées au handicap;
- problèmes d'alcool, de tabagisme, de poids;
- associations de malades (diabète, paralysés...);
- la santé après un événement lourd: se remettre d'un accident ou d'un deuil, suivi médical.

9.2 - Diététique/alimentation

- Bon équilibre alimentaire ;
- Toutes questions relatives aux régimes en cas de problème de santé ou en prévention.

Les médecins de l'assistant seront amenés à répondre à toutes les questions spécifiques du bénéficiaire, voire à prodiguer des conseils personnalisés. Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical). En revanche, en aucun cas, ils ne peuvent remplacer les médecins traitants, ni se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription médicale.

De plus, en cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

9.3 - Prévention santé-métier

Il s'agit d'un service destiné à délivrer des informations d'ordre médical liées à la santé au travail : informations sur les risques santé liés, par exemple, au contrat de travail précaire, aux contraintes de travail pouvant générer des troubles musculo-squelettiques (TMS), aux maladies professionnelles, aux métiers nécessitant une mobilité, une activité avec des volumes de déplacements importants ; informations sur les risques au travail en cas de conduites addictives, en cas de situation de crise ; information sur les contextes Risques psycho sociaux (RPS) tels que violences internes ou externes, agressions de la part des usagers ou de la clientèle, harcèlement, relations entre collègues, conditions de travail..., informations sur les troubles de l'anxiété liés à la vie professionnelle et les pathologies engendrées, les bilans de santé...

Les médecins peuvent répondre à toute question concernant la santé de l'assuré ou de sa famille. Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical) et de manière objective, selon les éléments fournis par l'intéressé. Ce service est conçu pour écouter, informer, orienter et, en aucun cas, il ne peut remplacer le médecin traitant. L'assistant ne pourra être tenu pour responsable de l'interprétation que le bénéficiaire pourra en faire.

Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription médicale personnalisée car il est impossible d'établir un diagnostic médical à partir d'un appel téléphonique. Les conseils vous seront livrés de façon objective selon les éléments que vous aurez donnés.

De plus, en cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler le **médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15 depuis un poste fixe et le 112 depuis un téléphone portable).**

Toutefois, en cas de besoin, l'équipe médicale de l'assistant est présente, **24 heures/24**, pour renseigner et orienter.

⊗ Article 10: Soutien psychologique par téléphone

10.1 - Écoute et soutien psychologique

À tout moment, dès la souscription au contrat ou dans le cadre d'une situation liée à la santé, l'accident, le handicap générant un état de perte totale et irréversible de l'autonomie, lors du décès ou bien en prévention, un service d'écoute assuré par un psychologue est mis à disposition de l'adhérent ou de son ayant droit aidant.

Ces entretiens téléphoniques de soutien sur rendez-vous sont limités dans le temps (10 entretiens au maximum par année civile) et soumis à la confidentialité, leur coût est pris en charge par l'assistant.

10.2 - Conseils quant au choix d'un praticien

Ils peuvent donner lieu à un conseil permettant une réorientation vers le réseau des praticiens en ville, si un suivi thérapeutique doit être envisagé à l'issue du soutien psychologique par téléphone.

Remarques: ce service est accessible à tout moment à compter de la date de souscription. Le souscripteur se trouvant lui-même en situation d'aidant peut également faire appel à ce service de soutien. Ce service est également en accès à la survenance de la PTIA ou du décès.

⊗ Article 11: En cas d'incapacité temporaire de travail et de versement de la garantie MGR

L'accès aux prestations d'aide et d'assistance est conditionné par les droits à indemnisation au titre de la garantie souscrite par l'assuré.

Maladies graves et redoutées (définies à au paragraphe I de la notice d'information Moduvéo): Cancer, infarctus du myocarde, maladie des artères coronaires, accident vasculaire cérébral non traumatique, insuffisance rénale terminale, greffe d'organe, sclérose en plaques invalidante, maladie de Parkinson évoluée.

Cancer: tumeur maligne (y compris cancers in situ) dont le diagnostic est confirmé par un oncologue sur la base d'un examen histopathologique. La terminologie « tumeur maligne » inclut la leucémie, le lymphome et le sarcome. Les tumeurs bénignes et les affections pré-malignes sont exclues.

Infarctus: nécrose d'une partie du muscle cardiaque, due à un apport sanguin insuffisant, qui entraîne tous les signes médicaux de l'infarctus aigu du myocarde. Le diagnostic d'un infarctus du myocarde récent doit être confirmé par un cardiologue.

Pontage coronarien avec sternotomie: chirurgie à thorax ouvert par pontages veineux pour le rétrécissement ou obstruction d'une ou de plusieurs artères coronaires.

Accident vasculaire cérébral avec lésions cérébrales permanentes: accident vasculaire cérébral avec séquelles cliniques persistantes dont le diagnostic est confirmé par un neurologue. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont spécifiquement exclus.

Transplantation d'un organe vital: être receveur d'une transplantation de moelle osseuse ou du cœur, rein, foie, poumon ou pancréas ou être sur la liste d'attente pour une telle intervention. La transplantation d'autre organe, partie d'organe ou de cellules n'est pas couverte.

Sclérose en plaques avec syndromes persistants: sclérose en plaques avec altérations cliniques persistant de manière continue depuis au moins 6 mois et dont le diagnostic définitif est confirmé par un neurologue.

Insuffisance rénale nécessitant un traitement par dialyse: toute déficience irréversible et terminale de la fonction rénale nécessitant une dialyse extra corporelle ou une greffe de rein ou les deux successivement. La nécessité d'une dialyse continue doit être certifiée par un médecin néphrologue qualifié.

Maladie de Parkinson avec troubles permanents de la fonction motrice associés à des tremblements: le diagnostic doit être confirmé par un neurologue. Le syndrome parkinsonien de conséquence médicamenteuse n'est pas couvert.

11.1 - Services à disposition de l'assuré ou de ses ayants droit

11.1.1 - Soutien psychologique

Si nécessaire, un soutien psychologique de l'assuré ou de ses ayants droit est à disposition, à raison d'un maximum de 10 entretiens téléphoniques par année civile. Ce soutien pourra également être complété par les services ci-dessous.

11.1.2 - Un parcours d'aide au retour à l'emploi pour l'assuré

Il est effectué par une équipe pluridisciplinaire composée de juristes, travailleurs sociaux, spécialistes de l'encadrement du travail. Ce soutien doit permettre à l'assuré d'envisager son retour vers l'emploi quel que soit sa situation ou son reclassement.

11.1.3 - Aide à la parentalité

Un soutien est proposé à l'assuré et à ses ayants droit, en cas de déséquilibres engendrés par l'événement, la situation de santé, ayant un impact sur l'organisation et la vie familiales.

11.1.4 - Aide au retour à l'activité physique et sportive, coach sport-santé

Un coach sportif dûment qualifié est mis à disposition au travers de prise de rendez-vous téléphoniques, permettant ainsi à l'assuré un retour vers l'activité physique et sportive à la suite de l'accident; cette prestation d'accompagnement pouvant être organisée au travers d'un maximum de 5 entretiens téléphoniques de soutien et d'aide à une auto évaluation par téléphone.

11.2 - Prestations d'assistance, en cas d'ITT et de versement de la garantie MGR

L'assistant propose au bénéficiaire la prestation qui correspond le mieux à ses besoins (une prestation au choix).

Aide à domicile: prise en charge de 10 heures d'aide à domicile maximum.

L'assistant recherche, met à disposition ou bien privilégie l'intervention du service intervenant habituellement au domicile. Le

financement de cette aide est destiné à procurer un soulagement. Les heures réalisées sont planifiées en concertation avec les besoins de la personne aidée. Le nombre d'heures prises en charge par l'assistant est conditionné par l'évaluation de l'équipe médico-sociale et en aucun cas l'assistant ne prendra en charge un quota d'heures supplémentaires qui auront été réalisées sans son accord.

Ou **Auxiliaire de Vie Sociale**

Si le bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'Assistant met en place et prend en charge une prestation d'auxiliaire de vie sociale à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile.

Ou **bien-être : coiffure à domicile**

L'assistant prend en charge à hauteur de deux séances maximum de coiffure par an, ou d'une autre prestation de bien-être à la demande, correspondant à une enveloppe financière équivalente. L'assistant vous rembourse sur présentation d'une facture acquittée et dans la limite du cadre de prise en charge. La prise en charge de la prestation est conditionnée par le versement des indemnités journalières.

Ou **garde des enfants de moins de 16 ans et transport à l'école**

L'assistant organise et prend en charge la prestation d'une garde d'enfants compétente. La garde d'enfants est limitée à 20 heures maximum. Pendant cette période, l'assistant se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller-retour des enfants à l'école pendant 5 jours.

Ou, si l'assuré le souhaite, l'assistant prend en charge, soit l'organisation et la prise en charge en France du voyage aller-retour d'un proche qui se chargera de la garde des enfants, soit l'organisation et la prise en charge en France du voyage aller-retour des enfants au domicile d'un proche.

Le transport est pris en charge à raison d'un aller-retour en train ou en avion classe économique pour tout trajet supérieur à 500 kilomètres.

☉ **Article 12: En cas de perte totale et irréversible d'autonomie et d'incapacité permanente**

Définition de la PTIA : La perte totale et irréversible d'autonomie se définit par l'incapacité d'exercer la moindre activité pouvant procurer gain ou profit et par le fait de requérir l'assistance permanente, totale et définitive d'une tierce personne pour accomplir tous les actes de la vie quotidienne (se lever, se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer).

12.1 - Services à disposition de l'assuré ou de ses ayants droit

12.1.1 - Soutien psychologique, soutien à la parentalité

Si nécessaire, un soutien psychologique de l'assuré ou de ses ayants droit est à disposition, à raison d'un maximum de 10 entretiens téléphoniques par année civile. Ce soutien pourra également être sollicité en cas de besoin de soutien à la parentalité, par exemple en cas de désorganisation et impact sur la vie familiale suite au sinistre.

12.1.2 - Recherche de services à domicile, démarche, accès aux droits

Le pôle d'experts de l'assistance met tout en œuvre pour vous accompagner, que ce soit :

- pour vous aider à trouver les services d'aide à la personne proche de votre domicile qui permettront de maintenir l'équilibre familial, ainsi que les dispositifs d'aides financières inhérents ;
- pour vous accompagner dans vos démarches pour obtenir vos ouvertures de droits et allocations. Des entretiens téléphoniques sont régulièrement programmés, leur nombre est illimité. Il peut être proposé une coordination avec les autres institutions et organismes ou associations défendant les droits de la personne.

12.1.3 - Bilan et aide au budget

En cas de diminution des ressources financières, consécutivement aux frais générés par la situation de santé, un bilan vous est proposé par une conseillère en économie sociale et familiale pour aider à la gestion et à rééquilibrer le budget.

12.1.4 - Matériel médicalisé et adhésion à une association

En cas de besoins de réaménagements ou d'acquisition de matériel médicalisé, nos équipes mettent tout en œuvre pour vous aider dans vos recherches et examiner soit des devis, soit pour trouver des structures mettant à disposition une bourse d'échange de matériel. **Si nécessaire, nous prenons en charge les frais d'adhésion annuelle à une structure prestataire de service, pouvant vous procurer le matériel dont vous avez besoin.**

12.2 - Prestations d'assistance, en cas de perte totale et irréversible de l'autonomie et d'incapacité permanente

L'accès aux prestations d'aide et d'assistance est conditionné par les droits à indemnisation au titre de la garantie souscrite par l'assuré.

12.2.1 - D'une part, DEUX prestations au choix dans la période qui suit l'événement

12.2.1.1 - Aide à domicile

Prise en charge de 10 heures d'aide à domicile maximum, au moment de l'événement. L'assistant recherche, met à disposition ou bien privilégie l'intervention du service intervenant habituellement au domicile. Le financement de cette aide est destiné à procurer un soulagement. Les heures réalisées sont planifiées en concertation avec les besoins de la personne aidée. Le nombre d'heures prises en charge par l'assistant est conditionné par l'évaluation de l'équipe médico-sociale et en aucun cas l'assistant ne prendra en charge un quota d'heures supplémentaires qui auront été réalisées sans son accord.

12.2.1.2 - Auxiliaire de Vie Sociale

Si le bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'Assistant met en place et prend en charge une prestation d'auxiliaire de vie sociale à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile.

12.2.1.3 - Soutien à la parentalité

Définition de la travailleuse familiale : elle aide ou remplace toute personne rencontrant des difficultés passagères (mère de famille, personne accidentée). Elle assiste toute personne en perte d'autonomie (handicapée, personne âgée...) dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante (toilette, préparation des repas, ménage, courses, démarches administratives). Elle effectue régulièrement des interventions plus ou moins importantes à domicile. Elle peut développer des activités d'accompagnement (garde, promenade) et d'animation de loisirs (jeux de société, lecture). Elle peut aussi jouer un rôle de conseil, tant dans la gestion financière et matérielle de la maison que dans l'application des règles d'hygiène.

L'assistant peut prendre en charge, sur évaluation sociale, les frais engendrés par l'intervention d'une travailleuse familiale à domicile, afin de contribuer à un soutien au rôle parental. Celle-ci intervient au sein des familles rencontrant des difficultés liées à la maladie, dès lors qu'il existe des enfants de moins de 12 ans. Si nécessaire, l'assistant peut se charger de rechercher le prestataire dûment qualifié pour envoyer un intervenant compétent au sein des familles fragilisées, dans ce type de contexte.

12.2.1.4 - Produits d'hygiène et de confort

Participation financière de l'assistant pour l'achat de ces produits d'usage courant, non pris en charge par la Sécurité sociale ou tout autre organisme, à raison d'une enveloppe financière annuelle (par année civile) n'excédant pas le coût de 10 heures d'aide à domicile.

12.2.1.5 - Bien-être : coiffure à domicile

L'assistant prend en charge à hauteur de 2 séances maximum de coiffure à domicile par an, ou d'une autre prestation de bien-être à la demande, correspondant à une enveloppe financière équivalente. L'assistant vous rembourse sur présentation d'une facture acquittée et dans la limite du cadre de prise en charge.

12.2.1.6 - Livraison de médicaments

L'assistant prend en charge une livraison par semaine des médicaments prescrits par le médecin traitant, à hauteur d'un maximum de 8 semaines (le coût des médicaments n'est pas à la charge de l'assistant), l'organisation et la prise en charge de l'acheminement des médicaments indispensables au traitement immédiat de l'assuré sont conditionnés par le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. Les médicaments devant par ailleurs être disponibles dans un rayon maximum de 50 km du domicile du bénéficiaire.

12.2.1.7 - Portage des repas

Prise en charge maximum de 15 jours : financement de livraison de repas à domicile. Ce financement permet une prise en charge par l'assistant à raison d'un repas unitaire par jour. Si nécessaire, l'assistant se charge de trouver le prestataire assurant ce service.

12.2.1.8 - Prise en charge d'un dispositif de téléassistance : 6 mois financés

Sur simple demande, mise à disposition d'un système de téléassistance à domicile fourni par l'assistant, permettant de garder

de manière permanente un contact avec l'extérieur. D'un simple geste, la personne dépendante alerte la centrale de réceptions qui identifie l'appel même si l'utilisateur ne peut pas parler. Un téléopérateur entre ainsi en contact pour dialoguer et évaluer la situation. Il peut éventuellement contacter les secours s'il le juge nécessaire ou encore avertir les proches pour les en informer.

L'assistant prend en charge la fourniture et l'installation de l'appareil de téléassistance ainsi que les 6 premiers mois d'abonnement à hauteur de 30 euros TTC par mois.

Cette prestation n'est pas accessible en cas d'hospitalisation d'un aidant.

12.2.1.9 - Accompagnement à l'extérieur pour faire des démarches

Prise en charge d'une aide aux déplacements vers l'extérieur: en cas de rendez-vous chez le médecin, à la banque, ou pour des démarches, prise en charge d'une sortie de 3 heures par trimestre, en présence d'un accompagnateur dûment habilité. Si nécessaire, l'assistant peut se charger de la recherche du service. L'assistant vous rembourse sur présentation d'une facture acquittée et dans la limite du cadre de prise en charge.

12.2.1.10 - Diagnostic d'aménagement du logement

Prise en charge financière du diagnostic réalisé par un ergothérapeute dûment compétent, destiné à préconiser les travaux d'aménagement et d'adaptation du logement. Cette prise en charge financière est complétée d'un accompagnement des projets de réalisation des travaux, d'aide et conseils sur l'interprétation des devis de prestataires et sur les travaux proposés, de renseignements sur les fournisseurs de matériels spécialisés... par le biais de rendez-vous téléphoniques réguliers et de recherche d'aides publiques existantes pour aider à financer les travaux. Cependant, en aucun cas, l'assistant ne peut agir comme maître d'œuvre dans les travaux qu'il faut effectuer.

12.2.2 - D'autre part, chaque année et pendant toute la durée de l'indemnisation

Vous pouvez choisir une prestation dans la palette de services détaillés à l'article 11.2.1 par année civile à partir de l'année N +1 suivant l'événement.

🕒 Article 13: En cas de décès de l'assuré

L'accès aux prestations d'aide et d'assistance est conditionné par les droits à indemnisation au titre de la garantie souscrite par l'assuré.

13.1 - Services à disposition des proches, ayants droit de l'assuré décédé

13.1.1 - Conseil Devis obsèques

Ce service permet à l'assuré de recueillir des conseils quant aux futures prestations qu'il souhaite pour l'organisation de ses obsèques.

Si l'assuré souhaite anticiper l'organisation matérielle de ses obsèques, l'assistant peut le conseiller à partir des devis que l'assuré aura obtenus auprès du (ou des) organisme(s) de pompes funèbres de son choix ou bien avoir la possibilité de comparer avec les devis d'un prestataire recommandé par l'assistant. Ce service ne constitue pas un service de Pompes Funèbres.

Ce service est également accessible pour les bénéficiaires, au moment du décès.

13.1.2 - Organisation des obsèques

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux ayants droit, l'assistant propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'assistant conseille et organise, pour le compte des ayants droit, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. Le coût des obsèques reste à la charge des ayants droit.

13.1.3 - Accompagnement Psycho-Social

Lors du décès de l'assuré, ce service permet aux ayants droit de l'assuré de bénéficier, à leur demande, du programme suivant :

- analyse de la situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (bilan des ressources et dépenses, droits acquis...);

- information sur l'ensemble des droits aux prestations, démarches administratives et dossiers sociaux à constituer;
- aide et accompagnement dans les démarches et formalités à accomplir;
- évaluation des dépenses correspondant aux services à mettre en œuvre;
- assistance à la mise en place de la solution psycho-sociale proposée.

La prestation est soumise au secret professionnel et l'assistant ne se substitue pas aux intervenants habituels (professionnels médicaux, agents administratifs et sociaux...).

13.1.4 - Vos animaux

Recherche de solutions d'adoption pour les animaux domestiques, s'il n'est pas possible de les garder à la suite du décès de l'assuré.

13.1.5 - Service d'accompagnement et d'écoute

Un service d'accompagnement et d'écoute est mis à disposition du bénéficiaire ainsi qu'à ses proches en cas de décès afin de les aider à l'organisation des obsèques et d'apporter une éventuelle prise en charge psychologique assurée par un psychologue diplômé dans la limite d'un maximum de 10 entretiens par année civile.

13.2 - Prestations d'assistance, en cas de décès de l'assuré

La prise en charge des prestations d'assistance est conditionnée par les critères permettant l'éligibilité à l'indemnisation au titre des garanties souscrites.

13.2.1 - Assistance rapatriement

Les prestations décrites ci-dessous sont valables lors de tout déplacement, dans le monde entier, au-delà de 50 km du domicile (résidence habituelle), hors décès survenu lors d'un déplacement à titre privé pour hospitalisation prévue, programmée par avance.

13.2.1.1 - Rapatriement monde entier: transfert du corps ou de l'urne cinéraire en cas de décès

En cas de décès de l'assuré lors d'un déplacement, l'assistant organise le rapatriement ou le transfert de la dépouille mortelle ou de ses cendres, jusqu'au lieu d'inhumation le plus proche de son domicile en France Métropolitaine, à Monaco, en Andorre ou dans les DROM.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement/transfert, pompes funèbres, transporteurs... est du ressort exclusif de l'assistant. Sous cette condition expresse, les frais de transport, d'embaumement et d'administration, ainsi qu'un cercueil standard, conforme aux règlements internationaux pour permettre le transport, sont également pris en charge. Dans le cas où les ayants droit ou la famille de l'assuré choisit directement les sociétés intervenant dans le rapatriement ou refuse la solution proposée par l'assistant, les frais correspondants sont à sa charge.

Frais non pris en charge

Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps (tels que les ornements ou accessoires), les frais d'obsèques et d'inhumation ou de crémation, ainsi que les frais de convois locaux.

13.2.1.2 - Retour différé du corps

A la suite d'une inhumation provisoire sur place, l'assistant prend en charge les frais de rapatriement/transfert. **Dans tous les cas, les frais d'exhumation sont exclus.**

13.2.1.3 - Assistance des ayants droit en cas de décès

Lors du décès de l'assuré, l'assistant se charge d'indiquer aux ayants droit les formalités à accomplir vis-à-vis des organismes de Pompes Funèbres et Municipaux pour le transfert de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation. Si la présence sur place d'un ayant droit de l'assuré s'avère indispensable pour effectuer les formalités de reconnaissance ou de transfert, l'assistant met à la disposition de l'ayant droit, et prend en charge le transport. Dans ce cas, l'assistant prend en charge sur justificatifs, les frais d'hébergement de la personne s'étant déplacée, à concurrence de 125 € TTC par jour dans la limite de 5 jours au maximum.

13.2.1.4 - Retour des ayants droit et/ou de l'accompagnant

L'assistant organise également et prend en charge le retour jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation en France Métropolitaine ou Monaco ou Andorre des ayants droit se trouvant sur place et/ou de l'accompagnant (à condition qu'il ait la qualité de bénéficiaire de

l'assuré principal), s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus, ainsi que les animaux familiers voyageant avec les ayants droit et/ou l'accompagnant.

L'assistant organise le transport des bénéficiaires susvisés et/ou de l'accompagnant depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France Métropolitaine, Monaco, Andorre ou DROM, ou jusqu'au lieu d'inhumation en France Métropolitaine, à Monaco, Andorre ou dans les DROM.

13.2.1.5 - Mise à disposition d'un taxi

L'assistant met à la disposition des ayants droit un taxi à concurrence de 160 € TTC. Cette prestation reste acquise dans la limite des trois jours suivant le décès de l'assuré et ne peut porter que sur des trajets en rapport avec cet événement.

13.2.2 - Assistance à la personne, prestations d'aide à la personne, du fait du décès de l'assuré

L'assistant propose aux ayants droit en cas de décès de l'assuré, la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à leurs besoins, à raison d'une seule prestation parmi les prestations décrites ci-dessous. Les prestations décrites ci-dessous sont valables au domicile de l'assuré.

13.2.2.1 - Aide à domicile

Au décès de l'assuré, et dans les dix jours maximum suivant le décès, l'assistant met à la disposition du conjoint une aide à domicile afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes.

Cette aide intervient à concurrence d'un maximum de trois fois 2 heures par jour. Elle est portée à un maximum de cinq fois 2 heures si le conjoint a un enfant à charge de moins de 10 ans, ou à un enfant handicapé ou vit seul.

L'assistant recherche, met à disposition ou bien privilégie l'intervention du service intervenant habituellement au domicile. Le financement de cette aide est destiné à procurer un soulagement. Les heures réalisées sont planifiées en concertation avec les besoins de la personne aidée. Le nombre d'heures prises en charge par l'assistant est conditionné par l'évaluation de l'équipe psycho-sociale et en aucun cas l'assistant ne prendra en charge un quota d'heures supplémentaires qui auront été réalisées sans son accord.

13.2.2.2 - Ou autres prestations de Bien-être et de Soutien en substitution

En cas de décès de l'assuré, l'assistant met en place et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation en substitution à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile pour l'un des ayants droit s'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile :

- auxiliaire(s) de vie ;
- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure ;
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires ;
- service(s) de portage de repas ;
- entretien(s) du linge ;
- séance(s) de coaching santé, coaching nutrition.

13.2.2.3 - Ou garde des animaux familiers

En cas de décès de l'assuré et s'il possède des animaux familiers, l'assistant prend en charge leur gardiennage dans un centre agréé pendant une durée maximum de 30 jours et dans la limite de 300 € TTC.

Ce service peut être complété ou remplacé, si nécessaire, par des recherches de solutions pour les faire adopter.

13.2.2.4 - Ou garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfant handicapé sans limite d'âge

En cas de décès de l'assuré qui a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfant handicapé sans limite d'âge, l'assistant organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour dans les 5 premiers jours qui suivent le décès. Pendant cette période de 5 jours, l'assistant se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école ;
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France métropolitaine, Monaco, Andorre ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;

- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

13.2.2.5 - Ou garde ou transfert des personnes dépendantes

En cas de décès de l'assuré qui a la responsabilité de personnes dépendantes à son domicile, l'assistant organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour dans les 5 premiers jours qui suivent le décès ;
- soit le transport aller/retour de ces personnes chez des proches, résidant en France métropolitaine, à Monaco, Andorre ou à l'intérieur du même département pour les adhérents domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

13.2.2.6 - Avance de fonds

Si l'un des ayants droit ou les proches de l'assuré sont subitement démunis de moyens financiers, l'assistant leur procure, à titre d'avance, sans intérêt, une somme maximum de 3050 € TTC, pour les frais d'obsèques.

Cette somme est remboursable dans un délai de 30 jours au-delà duquel l'assistant est en droit d'en poursuivre le recouvrement.

À cet effet, un chèque de garantie du montant de l'avance sera exigé concomitamment à la demande.

13.2.3 - Ou assistance de soutien après le décès de l'assuré

13.2.3.1 - Aide aux devoirs

L'assistant prend en charge l'aide aux devoirs des enfants de moins de 16 ans sur une durée maximum d'un mois, à hauteur d'un maximum de 10 heures d'aide pendant le mois. Selon les conditions définies ci-dessus, l'assistant recherche et envoie au domicile un répétiteur scolaire dans les principales matières suivantes : Français, Mathématiques, Langues étrangères (1^{re} et 2nde langue inscrites au programme scolaire), Physique-Chimie, Histoire-Géographie, Sciences Naturelles.

L'assistant prend en charge les coûts non défiscalisables occasionnés à raison de 10 heures maximum pendant le mois, tous cours confondus, fractionnables dans la limite de 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine.

Si des cours sont demandés par le souscripteur au-delà des 10 heures, ils seront financièrement à sa charge. Tout répétiteur scolaire possède les diplômes nécessaires à son activité et a fait l'objet d'une sélection particulièrement attentive de l'assistant. Il est autorisé par le souscripteur à prendre contact, si cela s'avère nécessaire, avec l'Établissement Scolaire de l'enfant, afin d'examiner avec son instituteur ou ses professeurs habituels l'étendue du programme à étudier.

Délai de mise en place : dès réception de l'appel, l'assistant mettra tout en œuvre afin qu'un répétiteur scolaire soit au domicile le plus rapidement possible. Toutefois, à compter de l'appel, un délai maximum de 48 heures peut intervenir pour rechercher et acheminer cette personne.

13.2.3.2 - Ou association procurant un soutien

Si le bénéficiaire le souhaite, l'assistant prend en charge le financement d'une adhésion à une association procurant un soutien, à la suite du décès : association de veufs et veuves ou toute autre association reconnue d'utilité publique.

13.2.4 - Complément en cas de versement d'une rente viagère ou temporaire du conjoint

Le versement de la rente conditionne les droits à la surcote suivante : prestation d'aide à domicile. Dans les mêmes conditions que ci-dessus, le nombre d'heures d'aide à domicile est porté à un maximum de 20 heures au lieu de 10, réparties en fonction des besoins des bénéficiaires.

13.2.5 - Complément en cas de versement d'une rente éducation progressive

Aide aux devoirs, majorations de 12 mois à la suite du décès : l'assistant prend en charge l'aide aux devoirs des enfants de moins de 16 ans sur une période couvrant la première année civile suivant le décès, à hauteur d'un maximum de 5 heures d'aide chaque mois, soit un total ne pouvant excéder 60 heures en tout. Selon les conditions définies ci-dessus, l'assistant recherche et envoie au domicile un répétiteur scolaire dans les principales matières

suivantes: Français, Mathématiques, Langues étrangères (1^{re} et 2nde langue inscrites au programme scolaire), Physique-Chimie, Histoire-Géographie, Sciences Naturelles.

L'assistant prend en charge les coûts non défiscalisables occasionnés à raison de 5 heures maximum pendant le mois, tous cours confondus, planifiés selon les souhaits du bénéficiaire.

13.2.6 - Complément en cas de doublement du capital pour cause de décès accidentel

Prestation d'aide à domicile: dans les mêmes conditions que ci-dessus, le nombre d'heures d'aide à domicile est porté à un maximum de 40 heures en tout, réparties en fonction des besoins des bénéficiaires.

III. DISPOSITIONS JURIDIQUES

⊗ Article 14: Exclusions

Toute inexactitude, omission, réticence, fraude, falsification, fausse déclaration ou faux témoignage entraîne automatiquement la nullité du contrat.

L'assistant ne sera pas tenu d'intervenir dans le cas où l'assuré aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

14.1 - Exclusions des sinistres survenus dans l'exercice de certaines professions

Les sinistres survenus dans l'exercice des professions suivantes ne donnent pas lieu à une prise en charge au titre de l'assistance:

- cascadeur;
- pompier;
- maître-chien;
- mineur de fond;
- tous les métiers ou activités exercés dans les domaines:
 - du transport de fonds;
 - du transport de produit dangereux;
 - du journalisme;
 - du nucléaire;
 - du cirque;
 - de la surveillance armée;
 - du maintien de l'ordre;
 - de l'usage d'explosifs;
 - des travaux forestiers;
 - des ouvrages d'art et de grande hauteur du bâtiment;
 - des travaux publics (plus de 15 m de hauteur).

14.2 - Exclusions générales

Sont exclues des garanties les conséquences:

- de tentatives de suicide ou de tout acte intentionnel de l'assuré;
- de luttes, duels, rixes (sauf cas de légitime défense);
- d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré;
- d'un acte effectué dans un état d'imprégnation alcoolique caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par le code de la route, de l'utilisation de drogues, de stupéfiants, tranquillisants non prescrits médicalement;
- directes ou indirectes de guerres (civiles ou étrangères), d'émeutes, d'actes de terrorisme ou de sabotage auxquels a participé l'assuré;
- de la désintégration du noyau atomique;
- de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite;
- de catastrophes naturelles constatées par arrêté interministériel, de tremblements de terre ou d'inondations;
- directes ou indirectes d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atome ou de radioactivité ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules;
- de la pratique de sports aériens à titre amateur ou professionnel et de tous les autres sports à titre professionnel;

- de la navigation aérienne comme pilote ou passager de tout appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas un brevet ou une licence valable pour l'appareil utilisé;
- de la participation à des matchs, paris, défis, courses, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin, sauf compétition sportive normale exercée à titre amateur (par compétition sportive normale, il faut entendre toute compétition organisée selon la pratique ou la coutume).

⊗ Article 15: Conséquences du refus d'assistance de la part de l'adhérent ou de son ayant droit

Si les bénéficiaires de l'assuré ou son médecin traitant refusent le conseil, les prestations ou les prescriptions proposées par l'assistant, les bénéficiaires organisent dans ce cas librement, et sous leur entière responsabilité, les actions qu'ils jugent, ou que le médecin traitant juge, les plus adaptées, l'assistant étant dégagé de toute obligation. Si les ayants droit refusent le conseil, les prestations ou les prescriptions proposées par l'assistant, le (s) ayant (s) droit organise (nt) en ce cas librement et sous leur entière responsabilité les actions qu'il(s) juge (nt) les plus adaptées à leur état, l'assistant étant dégagé de toute obligation. En aucun cas l'assistant ne peut être tenu au paiement des frais engagés par les bénéficiaires en cas de décès de l'assuré.

⊗ Article 16: Non-exécution due à des circonstances exceptionnelles

La responsabilité de l'Assistant ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

⊗ Article 17: Subrogation

L'assistant est subrogé dans les droits et actions de l'assuré contre tous responsables du sinistre déclaré et à concurrence des sommes exposées et du coût des prestations dont il supporte la charge.

⊗ Article 18: Prescription

Toutes les actions dérivant de l'exécution des présentes conditions générales 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union 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 ou l'union 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 le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 du Code de la Mutualité).

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 ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

⊗ Article 19: Protection des données personnelles

Les données personnelles du bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assistant » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des bénéficiaires. A défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé

Les données de santé du bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité

permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de RMA.

Le bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA - DPO, 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex.

En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à : OPPOSETEL - Service Bloctel - 06 rue Nicolas Siret-10000 TROYES, ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>

📍 Article 20 : Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire doit contacter, à l'adresse du siège social :

RMA - Direction Assistance et Accompagnement
46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex

Si un désaccord subsiste, le bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante :

Médiateur de la Mutualité Française
FNMF - 255 rue Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15.



20405

Assureur des garanties de prévoyance :
MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040
Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex

Assureur des garanties d'assistance :

Ressources Mutuelles Assistance, Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le n° SIREN 444 269 682.
Siège social : 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex

Distributeur :

HARMONIE MUTUELLE

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité,
immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473.
Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris