



Notice d'information
valant Conditions générales

Sommaire

I. DÉFINITIONS	2	IX. DISPOSITIONS RELATIVES À LA SIGNATURE ÉLECTRONIQUE	9
II. OBJET ET CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT	2	Ⓣ Article 32 - Objet	9
Ⓣ Article 1 - Nature du contrat	2	Ⓣ Article 33 - Définitions	9
Ⓣ Article 2 - Objet du contrat	2	Ⓣ Article 34 - Champ d'application	9
Ⓣ Article 3 - Intervenants au contrat	2	Ⓣ Article 35 - Modalités de la signature électronique	9
Ⓣ Article 4 - Territorialité	2	Ⓣ Article 36 - Horodatage	9
Ⓣ Article 5 - Prise d'effet et durée de votre adhésion	3	Ⓣ Article 37 - Force probante du document signé électroniquement	9
III. GARANTIES	3	Ⓣ Article 38 - Transmission par voie électronique	9
Ⓣ Article 6 - Garantie décès ou perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes	3	ANNEXE I - CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'ASSISTANCE RMA	
Ⓣ Article 7 - Garantie décès ou perte totale et irréversible d'autonomie par accident	3	I. DOMAINE D'APPLICATION	10
Ⓣ Article 8 - Dispositions communes aux garanties	3	Ⓣ Article 1 - Bénéficiaires	10
Ⓣ Article 9 - Garantie décès accidentel pendant la phase de sélection médicale	4	Ⓣ Article 2 - Prise d'effet et durée des garanties	10
Ⓣ Article 10 - Exclusions	4	Ⓣ Article 3 - Couverture géographique	10
IV. MODALITÉS D'ADHÉSION	4	Ⓣ Article 4 - Faits générateurs	10
Ⓣ Article 11 - Conditions d'adhésion	4	Ⓣ Article 5 - Modalités de mise en oeuvre	10
Ⓣ Article 12 - Bénéficiaire(s) du capital	5	Ⓣ Article 6 - Intervention	10
Ⓣ Article 13 - Formalités médicales	5	Ⓣ Article 7 - Application des prestations	10
Ⓣ Article 14 - Cotisation	5	Ⓣ Article 8 - Définitions	11
V. FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION	5	II. ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION	12
Ⓣ Article 15 - Revalorisation de votre cotisation et de vos garanties	5	Ⓣ Article 9 - Écoute, conseil & orientation	12
Ⓣ Article 16 - Revalorisation du capital dû au titre de la garantie Décès toutes causes	6	Ⓣ Article 10 - Conseils et informations médicales	12
Ⓣ Article 17 - Évolution de votre adhésion	6	III. ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL	12
Ⓣ Article 18 - Modalités de résiliation de votre adhésion	6	IV. PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE OU EN CAS DE DÉCÈS	13
VI. RÉGLEMENT DES PRESTATIONS	6	Ⓣ Article 11 - Accompagnement spécifique en cas de perte totale et irréversible de l'autonomie de l'adhérent	13
Ⓣ Article 19 - Modalités de déclaration de sinistre	6	Ⓣ Article 12 - Prestations d'assistance en cas de perte totale et irréversible de l'autonomie de l'adhérent	13
Ⓣ Article 20 - Contrôle médical	6	Ⓣ Article 13 - Accompagnement spécifique en cas de décès de l'adhérent	14
Ⓣ Article 21 - Déchéance	7	Ⓣ Article 14 - Prestations en cas de décès de l'adhérent à plus de 50 kilomètres du domicile et dans le monde entier	14
Ⓣ Article 22 - Litiges médicaux dans le cas des prestations	7	Ⓣ Article 15 - Prestations complémentaires en cas de décès de l'adhérent	15
VII. DROITS DE L'ADHÉRENT	7	V. CADRE JURIDIQUE	15
Ⓣ Article 23 - Faculté de renonciation	7	Ⓣ Article 16 - Assureur des prestations d'assistance	15
Ⓣ Article 24 - Protection des données à caractère personnel	7	Ⓣ Article 17 - Conditions restrictives d'application des garanties	15
Ⓣ Article 25 - Prescription	8	Ⓣ Article 18 - Exclusions	16
Ⓣ Article 26 - Réclamations et litiges	8	Ⓣ Article 19 - Nullité de la prestation	16
Ⓣ Article 27 - Médiation	8	Ⓣ Article 20 - Recours	16
Ⓣ Article 28 - Information annuelle	8	Ⓣ Article 21 - Subrogation	16
Ⓣ Article 29 - Langue et droits applicables au contrat	8	Ⓣ Article 22 - Prescription	16
VIII. DISPOSITIONS DIVERSES	8	Ⓣ Article 23 - Protection des données personnelles	16
Ⓣ Article 30 - Durée du contrat collectif	8	Ⓣ Article 24 - Réclamations et médiation	17
Ⓣ Article 31 - Modifications et résiliations du contrat collectif	8	Ⓣ Article 25 - Autorité de contrôle	17

I. DÉFINITIONS

⊗ Accident

Toute atteinte à l'intégrité corporelle de l'assuré, non intentionnelle de sa part, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

L'action soudaine d'une cause extérieure s'entend d'une atteinte à l'intégrité corporelle causée par un élément extérieur à l'action de l'assuré.

Cependant, ne sont jamais considérés comme accident au titre des garanties, les accidents cérébraux ou cardio vasculaires quelle qu'en soit l'origine.

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

⊗ Adhérent

Personne physique qui adhère au présent contrat.

⊗ Assuré

Personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie.

⊗ Avenant

On désigne par avenant, toute modification apportée à votre adhésion initiale. L'avenant doit être signé par l'assureur et l'assuré, il induit l'émission de nouvelles Conditions particulières.

⊗ Bénéficiaire

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

⊗ Conjoint

Par conjoint, il faut entendre :

- votre conjoint survivant non 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.

⊗ 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 contrat ou du dernier avenant d'augmentation de garantie à votre contrat. Durant cette période, les garanties n'ont pas d'effet. Ainsi, tout décès ou perte totale et irréversible d'autonomie par maladie survenant 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, Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) et Collectivités d'Outre-Mer (COM).

⊗ Maladie

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

⊗ 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).

⊗ Sinistre

Événement, maladie ou accident mettant en jeu la garantie, dès lors que l'adhésion est en vigueur.

II. OBJET ET CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

⊗ Article 1 - Nature du contrat

Protection Décès₂ est un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative, souscrit auprès de Mutex par l'Association des Mutualistes Pour la Protection Sociale (AMPPS) 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 Protection Décès₂.

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.

Il est composé des deux parties indissociables suivantes :

- Les Conditions générales décrivant les règles propres aux garanties,
- les Conditions particulières déterminant les garanties choisies par l'adhérent.

⊗ Article 2 - Objet du contrat

Le contrat a pour objet de vous garantir, en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie selon les options que vous aurez choisies.

Il prévoit également les services et prestations d'assistance présentés dans l'annexe N° 1 : 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

Les organismes assureurs :

Nous, Mutex, Société anonyme, 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 et perte totale et irréversible d'autonomie.

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.

Notre organisme de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Le souscripteur :

L'AMPPS, Association de type loi 1901, immatriculée au Répertoire National des Associations, dont le siège social se situe 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex.

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

L'adhérent assuré :

Vous êtes l'adhérent et l'assuré.

Le bénéficiaire :

Personne(s) que vous avez désignée(s) pour recevoir les prestations de la garantie décès en cas de réalisation du risque.

Vous êtes le bénéficiaire des prestations de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie.

⊗ Article 4 - Territorialité

Vos garanties sont acquises dans le monde entier sauf dans les zones à risque recensées par le Ministère de l'Europe et des affaires étrangères françaises pour lesquelles il est formellement déconseillé de se rendre sauf raison impérieuse.

📌 Article 5 - Prise d'effet et durée de votre adhésion

5.1 Prise d'effet de votre adhésion

5.1.1. La prise d'effet de votre adhésion sans formalités médicales

La date d'effet de votre adhésion, sous réserve de l'absence de formalités médicales prévues à l'article 13, est fixée :

- à la date de signature de votre bulletin d'adhésion
- ou, à votre demande, à la date d'effet indiquée sur votre bulletin d'adhésion, à condition qu'elle ne soit pas supérieure de 4 mois à la date d'émission de la proposition.

Elle figure dans vos Conditions particulières.

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

5.1.2. La prise d'effet de votre adhésion avec formalités médicales

a) La déclaration de bonne santé

En cas de déclaration de bonne santé (article 13), la date de signature de celle-ci doit être en cohérence avec la date de signature du bulletin d'adhésion.

En cas de déclaration de bonne santé, si les réponses apportées à celle-ci ne nécessitent pas de remplir un questionnaire médical, la date d'effet sera la date prévue à l'article 5.1.1.

b) Le questionnaire médical

La date d'effet de votre adhésion, sous réserve de l'acceptation de votre dossier par notre médecin conseil dans les cas de figure prévus à cet effet et mentionnés dans le paragraphe relatif aux formalités médicales (cf. article 13), est fixée :

- Si la date de décision prise par le médecin conseil (acceptation sans réserve cf. article 13.1 ; ou acceptation avec réserves cf. article 13.2) est postérieure à la date d'effet initiale (date de signature du bulletin d'adhésion ou date d'effet différée) alors la date d'effet est la date de décision prise par le médecin conseil.
- Si la date de la décision prise par le médecin conseil est antérieure à la date d'effet différée alors la date d'effet est la date d'effet différée.

La date d'effet figure dans vos Conditions particulières.

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

5.2 Durée de votre adhésion

Votre adhésion est annuelle et se renouvelle chaque année par tacite reconduction à sa date anniversaire.

Votre adhésion prendra obligatoirement fin à la date anniversaire de l'adhésion, l'année au cours de laquelle vous serez âgé (âge calculé par différence de millésime) de :

- 85 ans pour la garantie décès,
- 80 ans pour la garantie perte totale et irréversible d'autonomie.

III. GARANTIES

📌 Article 6 - Garantie décès ou perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes

6.1 Garantie décès

Le montant du capital décès toutes causes garanti est limité à 150 000 € si vous adhérez ou augmentez votre capital garanti avant 70 ans ; cette limite est abaissée à 75 000 € dans les autres cas.

Si vous venez à décéder, nous procéderons au versement d'un capital à votre (vos) bénéficiaire(s).

Le montant du capital et le(s) bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s) figurent sur vos Conditions particulières ou sur votre dernier avenant, en cas de modification ultérieure de votre adhésion.

Votre bénéficiaire a la possibilité de demander le paiement de 5 000 euros par acompte sur le capital garanti 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.

6.2 Traitement des prestations non réclamées

L'organisme assureur est tenu de vérifier au moins annuellement que l'assuré n'est pas décédé auprès des organismes professionnels habilités (article L. 132-9-3 du Code des assurances), et de rechercher, lorsqu'il est informé du décès, les bénéficiaires des prestations (article L. 132-8 du Code des assurances), par tous moyens à sa disposition (informations figurant au contrat, à la désignation bénéficiaire, auprès des notaires, mairies... de même que recherche de l'éventuel décès).

Toutefois les sommes dues en raison du décès de l'assuré qui n'ont fait l'objet d'aucune demande de paiement pendant un délai de dix ans à compter de la date de connaissance du décès par l'assureur, sont transférées à la Caisse des dépôts et consignations dans les conditions prévues aux articles L. 132-27-2 et R. 132-5-5 du Code des assurances. Ce dépôt est libérateur de toute obligation pour l'organisme assureur envers le ou les bénéficiaire des prestations.

Les sommes transférées à la Caisse des dépôts et consignations, qui n'auront pas été réclamées par le ou les bénéficiaires, seront définitivement acquises à l'État à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur transfert à la Caisse des dépôts et consignations.

6.3 Garantie perte totale et irréversible d'autonomie

Cette garantie est obligatoirement associée à la garantie décès.

La perte totale et irréversible d'autonomie est décrite au paragraphe I. Définitions.

Dès la consolidation de votre état de santé, après accord de notre médecin conseil, si vous pouvez bénéficier de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie, nous procéderons, à votre profit, au règlement du capital (montant égal au montant de la garantie décès défini dans vos Conditions particulières).

Le versement du capital met fin à l'adhésion.

📌 Article 7 - Garantie décès ou perte totale et irréversible d'autonomie par accident

Cette garantie est optionnelle et prévoit que si la cause de votre décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie est un accident, nous versons un capital supplémentaire, à votre (vos) bénéficiaire(s) ou à votre profit, égal au montant du capital décès.

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 au(x) bénéficiaire(s) du capital décès ou à vous-même, par tous moyens disponibles.

📌 Article 8 - Dispositions communes aux garanties

8.1 Prise d'effet des garanties

Les garanties ne peuvent en tous les cas produire d'effet qu'à compter de la date d'effet de l'adhésion.

- **Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie par accident :** la prise d'effet est immédiate.

- **Décès ou perte totale et irréversible d'autonomie par maladie :**
 - si votre adhésion est soumise à formalités médicales (cf. article 12 « Formalités Médicales ») : la prise d'effet est subordonnée à l'acceptation médicale de votre dossier par le médecin conseil de l'assureur. Dans ce cas, aucun délai d'attente ne s'applique à la garantie.
 - si votre adhésion n'est pas soumise à formalités médicales (cf. article 12 « Formalités Médicales ») : la garantie prend effet à l'issue d'un **délai d'attente de 12 mois** à compter de la prise d'effet de l'adhésion.

En cas de décès pendant le délai d'attente, nous verserons à vos héritiers la somme des cotisations encaissées pendant cette période.

Toute pathologie constatée entre la date de signature du questionnaire médical ou de la déclaration de bonne santé et la date d'effet de l'adhésion est exclue.

8.2 Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- le jour où vous demandez la résiliation de votre adhésion telle que définie à l'article 17 ;
- à l'arrêt du paiement de vos cotisations ;
- au jour où les conditions exigées par le contrat, telles que définies à l'article 10, ne sont plus réunies ;
- à l'issue de la procédure de résiliation des garanties pour défaut de paiement des cotisations décrite à l'article 13.2 ;
- à la date anniversaire de l'adhésion suivant vos :
 - 85 ans pour la garantie décès ;
 - 80 ans pour la garantie perte totale et irréversible d'autonomie ;
 - au paiement du capital de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie.

⊙ Article 9 - La garantie décès accidentel survenant pendant la phase de sélection médicale

En cas de sélection médicale, versement d'un capital, **en cas de décès ou de PTIA consécutif à un accident survenu** entre la date d'effet initiale de l'adhésion (date de signature du bulletin d'adhésion ou date d'effet différée - cf. article 5.1.1) et la date de décision du médecin conseil, dans la limite d'une durée maximale de **4 mois**.

Montant garanti : égal au montant du capital garanti (non plafonné mais sans doublement accident) minoré du montant de la cotisation due au titre du contrat.

Les bénéficiaires du capital sont identiques à ceux de la garantie décès ou perte totale et irréversible d'autonomie par accident (PTIA).

Terme de la garantie provisoire

La garantie provisoire prend fin :

- à réception d'une demande de renonciation,
- à la date de notification du refus par le service médical de l'assureur de la demande d'adhésion,
- à la date d'acceptation par le service médical de l'assureur de la demande d'adhésion,
- à l'issue du délai de 4 mois suivant la date d'effet initiale (date de signature du bulletin d'adhésion ou date d'effet différée - cf. article 5.1.1).

⊙ Article 10 - Exclusions

Ne sont pas garanties les conséquences :

- 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 par l'assuré 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 ;
- 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, y compris en tant que passager, 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.

Ne sont pas garantis le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie par accident qui résultent directement de l'exercice :

- d'un travail en hauteur supérieur ou égal à 15 mètres ;
- d'une profession avec activité manuelle et/ou physique sous terre ou sous-marine ;

- d'une profession de biologiste, laborantin avec manipulation de matière ou produits dangereux ;
- d'une profession à caractère sportif suivante :
 - sport motorisé (terre, mer ou air),
 - sport aéronautique,
 - sport nautique,
 - sport de neige ou de montagne,
 - plongée,
 - spéléologie,
 - équitation ou hippisme.
- d'une profession de pompier, de policier, de militaire, d'agent de sécurité, de vigile, de maître-chien, de garde du corps, de détective, de convoyeur de fonds ;
- d'une profession liée au transport des hommes et/ou des marchandises, en dehors de l'Union européenne ;
- d'une profession liée à la santé des animaux dans les zoos, les parcs animaliers, les cirques ;
- d'une profession de cascadeur ;
- d'une profession de journaliste grand reporter, caméraman ou photographe de grand reportage.

IV. MODALITÉS D'ADHÉSION

⊙ Article 11 - Conditions d'adhésion

11.1 Critères d'adhésion

- Age minimum : 18 ans révolus.
- Age maximum : 80 ans.

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

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

Vous devez disposer d'un compte bancaire en euros.

Vous devez soit résider en France soit être expatrié, détaché ou retraité de droit français à l'étranger.

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

11.2 Fausses déclarations

11.2.1 Réticences ou fausses déclarations intentionnelles

Que ce soit à l'adhésion ou en cours de contrat, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part entraîne la nullité de la garantie accordée, quand cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour Mutex, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent, dans ce cas, acquises à Mutex, à titre de dommages et intérêts.

11.2.2 Omissions ou fausses déclarations non intentionnelles

Si vous adressez des informations erronées portant sur la date, les circonstances du sinistre, sur votre activité professionnelle, et si nous constatons l'omission ou la fausse déclaration avant tout sinistre, nous pourrions maintenir votre adhésion moyennant une augmentation de vos cotisations.

Si vous acceptez cette augmentation, le contrat peut se poursuivre ; à défaut d'accord, votre adhésion prendra fin dans les 10 jours qui suivent la notification que nous vous adresserons par lettre recommandée avec avis de réception.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après le sinistre, nous pouvons être amenés à réduire le montant de la prestation au vu des nouvelles informations constatées. Nous nous réservons la possibilité de poursuivre le recouvrement des prestations indûment versées.

📌 Article 12 - Bénéficiaire(s) du capital

12.1 Vos bénéficiaires

Cette désignation peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte reçu devant notaire, entre autres.

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 lorsqu'elle n'est plus appropriée.

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 reçu devant notaire 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 le contrat d'assurance est conclu.

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.

12.2 Date d'effet de la modification de vos bénéficiaires

La date d'effet du changement de bénéficiaire est la date que vous choisissez, à défaut celle de votre courrier de demande de modification.

📌 Article 13 - Formalités médicales

Lors de votre adhésion ou en cas de demande d'augmentation du capital garanti, si vous choisissez un montant de capital décès supérieur à 40 000 € et/ou êtes âgé de plus de 45 ans, votre demande d'adhésion ou d'augmentation du capital garanti est soumise à des formalités médicales, et ce en accord avec le tableau récapitulatif ci-après.

Capital souscrit	10 000 € ≤ Capital ≤ 40 000 € (supérieur ou égal à 10 000 € et inférieur ou égal à 40 000 €)	40 000 € < Capital ≤ 150 000 € (supérieur à 40 000 € et inférieur ou égal à 150 000 €)
Âge à la souscription		
18 ans ≤ Age ≤ 45 ans (supérieur ou égal à 18 ans et inférieur ou égal à 45 ans)	Aucune formalité médicale (*)	Déclaration de Bonne Santé à remplir. Si vous ne pouvez pas répondre «NON» aux 5 questions de la Déclaration de Bonne Santé : Questionnaire médical à remplir. Aucun délai d'attente.
45 ans < Age ≤ 80 ans (supérieur à 45 ans et inférieur ou égal à 80 ans)	Déclaration de Bonne Santé à remplir. Si vous ne pouvez pas répondre «NON» aux 5 questions de la Déclaration de Bonne Santé : Questionnaire médical à remplir. Aucun délai d'attente.	

(*) En l'absence de formalités médicales, la garantie décès ou perte totale et irréversible d'autonomie par maladie ou l'augmentation du capital garanti ne prend effet qu'à l'issue d'un délai d'attente de 12 mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion ou de l'avenant d'augmentation (cf. article 8) , sauf décès par accident.

Si vous êtes soumis à des formalités médicales, nous vous informons de notre décision après étude de votre dossier.

13.1 Acceptation médicale sans réserve

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

13.2 Acceptation médicale avec réserves

Il vous est alors 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 et/ou le montant de la surcotisation.

Vous pouvez alors accepter ou refuser la proposition.

13.2.1 Acceptation des réserves

Si vous acceptez la proposition, 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 sa 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.

A défaut, nous considérerons que vous renoncez à votre adhésion et la cotisation versée vous sera alors remboursée le cas échéant.

13.2.2 Refus des réserves

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

13.3 Refus médical

Dans ce cas, le montant de la cotisation versée vous sera alors remboursé le cas échéant.

📌 Article 14 - Cotisation

Votre cotisation est déterminée en fonction de votre âge et des informations que vous avez fournies à l'adhésion notamment concernant votre état de santé.

La cotisation est payable en euros annuellement et d'avance. Toutefois, nous vous laissons aussi la possibilité de choisir une périodicité de paiement semestrielle, trimestrielle ou mensuelle (modalités prévues sur le Bulletin d'adhésion).

14.1 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 14.

Elle peut également évoluer à la date anniversaire de votre adhésion, en fonction :

- des modifications concernant vos garanties,
- de motifs législatifs ou réglementaires,
- des résultats des garanties Protection Décès₂.

14.2 En cas de non-paiement de cotisation

- Votre cotisation doit être réglée dans les 10 jours de son échéance.
- A 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.
- A l'issue de ce délai, si les cotisations ne sont toujours pas payées, l'adhésion sera définitivement résiliée, à moins que vous n'apportiez la preuve que le non-paiement était dû à un cas fortuit ou de force majeure.

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

V. FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION

📌 Article 15 - Revalorisation de votre cotisation et de vos garanties

Mutex se réserve le droit de revaloriser votre cotisation et vos garanties à chaque date anniversaire de l'adhésion. Les revalorisations sont fixées sur décision de Mutex.

Vous pouvez refuser cette revalorisation. Ce refus est définitif, vous ne pourrez plus bénéficier, par la suite, de la revalorisation de votre cotisation et de vos garanties.

🕒 Article 16 - 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.

🕒 Article 17 - Évolution de votre adhésion

17.1 Évolution de votre situation

Vos droits et obligations peuvent être modifiés par avenant aux Conditions particulières.

De plus, nous fondons nos engagements sur vos déclarations. Vous devez donc nous signaler :

- tout changement d'état civil,
- tout changement d'adresse.

Votre courrier doit nous parvenir :

- avant la date du changement, si vous êtes à l'origine de celui-ci ;
- sinon, dès que vous en avez pris connaissance et au plus tard dans les 15 jours qui suivent la modification.

Certaines de ces modifications peuvent nous amener à modifier votre cotisation et/ou vos garanties, voire résilier votre adhésion.

Nous vous en informerons en vous envoyant un avenant à votre adhésion comprenant ces nouvelles dispositions ou une lettre de résiliation.

Dans les 30 jours qui suivent l'envoi de l'avenant, vous pouvez accepter ou refuser de continuer votre adhésion. Votre refus doit être notifié à l'assureur par courrier. Il sera effectif 30 jours après la réception de votre envoi.

17.2 Évolution de vos garanties

Vous avez à tout moment la possibilité de demander une modification de vos garanties qui sera formalisée par un avenant.

17.3 Augmentation et/ou ajout d'une garantie

Dans le cas d'un avenant d'augmentation, vous êtes soumis aux formalités médicales prévues à l'article 13. La date d'effet de l'avenant 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.

En cas d'avenant d'augmentation de garantie sans formalités médicales, le délai d'attente de 12 mois s'applique uniquement sur l'augmentation de capital à compter de la date d'effet de l'avenant.

L'ajout de la garantie « option doublement décès par accident » est possible en cours de contrat et n'est soumis à aucune formalité médicale.

17.4 Augmentation des garanties décès liée à des événements de la vie

En cas de mariage, de PACS, de naissance ou d'adoption, vous avez la possibilité, dans les 6 mois qui suivent l'événement, d'augmenter votre capital décès sans sélection médicale, dans la limite de 20% du capital garanti avant l'augmentation.

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

🕒 Article 18 - Modalités de résiliation de votre adhésion

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 dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur à la date de votre demande, notamment :

- par envoi recommandé électronique avec avis de réception à l'adresse suivante : LRE.PFE@mutex.fr ;
- par lettre recommandée (datée et signée) 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.

- par tout moyen de notification par voie électronique mis à disposition par l'assureur.

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.

VI. RÉGLEMENT DES PRESTATIONS

🕒 Article 19 - Modalités de déclaration de sinistre

19.1 Délais de déclaration

19.1.1 En cas de décès

Votre (vos) bénéficiaire(s) doit(vent) nous informer de votre décès dans les plus brefs délais.

19.1.2 En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Vous devez nous déclarer votre état de perte totale et irréversible d'autonomie dès consolidation de l'état de santé.

19.2 Documents à adresser

19.2.1 Pour la garantie décès

Le(s) bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s) devra (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 précisant si le décès est dû à une cause naturelle, accidentelle ou à un suicide ;
- en cas de décès de cause accidentelle, toutes pièces permettant de prouver le caractère accidentel ;
- 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.

19.2.2 Pour la garantie perte totale et irréversible d'autonomie

En tant que bénéficiaire de la prestation, il vous incombe de nous transmettre le certificat médical délivré par votre médecin traitant précisant :

- 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 votre vie ;
- la date à laquelle s'est déclarée cette perte totale et irréversible d'autonomie.

🕒 Article 20 - Contrôle médical

Lors de l'ouverture du service des prestations, des demandes de renseignements médicaux, visites médicales, contrôles ou enquêtes de la part de Mutex pourront être diligentés. En cas de refus de ces contrôles, Mutex pourrait refuser le paiement de la prestation.

🕒 Article 21 - Déchéance

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

🕒 Article 22 - Litiges médicaux dans le cas des prestations

Pour être recevable, toute contestation doit être effectuée dans les 3 mois qui suivent la décision prise à votre égard.

En cas de désaccord avec la décision du médecin conseil de Mutex, vous pouvez recourir à la procédure suivante.

Une commission sera 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 d'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 23 - Faculté de renonciation

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au présent contrat et être remboursé pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle vous êtes informé que votre adhésion est conclue.

Cette renonciation doit être faite :

- par un envoi recommandé électronique avec avis de réception 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 : 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 Protection Décès₂ n° _____ effectuée en date du _____, je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité de mon versement de _____, 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 24 - 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 œuvre différents traitements de données à caractère personnel, chacun assumant seul la responsabilité des traitements qu'il met seul en œuvre au titre du présent contrat. En tout état de cause, la responsabilité des traitements de données mis en œuvre 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 commerciale de la relation. La mutuelle et l'assureur mettent en œuvre, 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 expresse 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 » ; ils 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 25 - 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 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 26 - Réclamations et litiges

Pour toute réclamation liée à l'exécution du présent contrat, vous (ou vos bénéficiaires) pouvez vous adresser par priorité à l'organisme ayant recueilli votre adhésion ou à Mutex via l'un des canaux suivants :

- par courrier auprès du service Qualité Relation Adhérents de Mutex : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui vous ont été faites ;
- via le formulaire de contact [mutex.fr](https://www.mutex.fr/nouscontacter/) : <https://www.mutex.fr/nouscontacter/>

Pour les réclamations formulées à l'oral ou sur un support écrit non durable, si l'organisme gestionnaire ou l'assureur n'a pu donner immédiatement entière satisfaction, vous (ou vos bénéficiaires) pouvez formaliser votre mécontentement via l'un des canaux précités.

Quel que soit le point de contact, vous recevrez un accusé de réception par écrit de votre réclamation écrite dans un délai maximal de dix jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai).

En tout état de cause, Mutex s'engage à vous répondre dans un délai n'excédant pas 2 mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement (le cachet de la poste faisant foi pour les réclamations adressées par voie postale), sauf dispositions législatives ou réglementaires plus contraignantes.

Les informations liées à la prise en charge des réclamations et aux obligations incombant à Mutex sont accessibles sur le site www.mutex.fr.

🗨 Article 27 - Médiation

Mutex met à disposition de ses assurés, bénéficiaire(s) et de toute personne dûment mandatée pour représenter l'assuré ou le(s) bénéficiaire(s) la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

Cette procédure est accessible gratuitement à tous les assurés et aux bénéficiaires, confrontés à une situation litigieuse avec Mutex relative à la souscription, l'interprétation ou l'application du présent contrat, non résolue lors du règlement de la réclamation.

La procédure de médiation suspend la prescription.

Le Médiateur de l'assurance peut être saisi par l'assuré ou le bénéficiaire des prestations, si la réponse apportée à la réclamation est insatisfaisante ou si aucune réponse n'a été apportée dans le délai de deux mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite du mécontentement, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée,

- par priorité par internet : www.mediation-assurance.org ;
- à défaut à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

L'indépendance du Médiateur et plus généralement les engagements de la médiation de l'assurance vis-à-vis des réclamants sont inscrits dans une charte, consultable à partir du site de la médiation de l'assurance.

Les informations liées à la saisine du médiateur sont accessibles sur le site www.mutex.fr.

📅 Article 28 - Information annuelle

Nous nous engageons à vous communiquer chaque année une information indiquant notamment les montants de votre cotisation annuelle et des garanties souscrites.

🗨 Article 29 - 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 30 - Durée du contrat collectif

Le contrat collectif est conclu entre l'AMPPS et Mutex jusqu'au 31 décembre suivant sa date d'effet.

Il se renouvelle le 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf dénonciation préalable par l'une des parties au contrat par lettre recommandée envoyée au moins deux mois avant la date d'échéance.

📝 Article 31 - Modifications et résiliations du contrat collectif

31.1 Modification du contrat collectif

Vos droits et obligations peuvent être modifiés par voie d'avenant conclu entre le souscripteur et Mutex. Ces avenants sont adoptés par décision de l'assemblée générale du souscripteur, ou de son conseil d'administration sur délégation de l'assemblée générale.

Les conditions d'adoption des décisions par l'assemblée générale ou son conseil d'administration vous sont communiquées par le souscripteur. Le souscripteur (ou sur délégation Mutex) informe par écrit les adhérents des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au moins avant leur date d'entrée en vigueur.

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

31.2 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 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.

IX. DISPOSITIONS RELATIVES À LA SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

Ⓣ Article 32 - 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 33 - 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 34 - 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 35 - 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 36 - 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 37 - 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 38 - 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 - CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'ASSISTANCE RMA

I. DOMAINE D'APPLICATION

⊗ Article 1 - Bénéficiaires

La présente notice d'information a pour objet de définir la garantie d'assistance dont peuvent prétendre les bénéficiaires concernés.

Sont couverts par la présente notice d'information :

- l'adhérent au contrat Protection Décès₂,
- ses ayants droit.

⊗ Article 2 - Prise d'effet et durée des garanties

La garantie d'assistance prend effet à la même date d'adhésion que les garanties du contrat Protection Décès₂ souscrit auprès de Mutex et en suit le sort pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période d'adhésion, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

⊗ Article 3 - Couverture géographique

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile*, pour l'assistance de tous les jours,
- dans le monde entier pour tout déplacement^o à titre privé ou professionnel, à plus de 50 kilomètres du domicile du bénéficiaire et d'une durée inférieure à 90 jours consécutifs.

^o Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.

*Pour les DROM, le bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.

⊗ Article 4 - Faits générateurs

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente notice d'information :

- une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
- le Décès,

survenant à l'adhérent.

L'Assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation 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.

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.

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

**POUR CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION,
24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7**

Par téléphone :

N°Cristal 09 69 36 75 92
APPEL NON SURTAXE

Par mail à : prevoyance@rmassistance.fr

Pour les bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger : Par téléphone : 00 33 9 69 36 75 92

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

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro d'adhérent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

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

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

Pour le transfert/rapatriement de corps en cas de décès et le conseil, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Au-delà des 48 heures, l'Assisteur pourra accompagner et orienter le bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

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

Les justificatifs demandés sont des pièces originales ou des copies qui seront susceptibles d'être acheminées sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil de l'assisteur, si elles comportent des informations relevant du secret médical. A cet effet, l'assisteur 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'Assisteur 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, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteur.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés 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.

L'Assisteur se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage ...).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.

🕒 Article 8 - Définitions

Pour l'application de la présente notice, on entend par :

Aidant : est considéré comme proche aidant d'une personne, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

Aide à domicile : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile de l'adhérent. La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.

Auxiliaire de vie sociale : L'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties, les courses.

Adhérent : personne physique ayant adhéré au contrat Protection Décès₂.

Ascendant : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'adhérent. Pour être considéré comme ayant droit de l'adhérent, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement de l'adhérent et vivant sous le même toit.

Ayants droit : les ayants droit de l'adhérent, sont son conjoint ou concubin notoire, 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 habituellement sous le même toit.

Bénéficiaire : la personne ayant adhéré au contrat Protection Décès₂ et ses ayants droit.

Catastrophe naturelle : phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.

Dépendance : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit de l'adhérent, le dépendant doit être à charge

fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition de l'adhérent portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

Dispositif de téléassistance : désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'Alerte avec son support (collier ou bracelet).

Domicile ou résidence habituelle : le lieu de résidence principale et habituelle de l'adhérent, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France ou dans les DROM.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire ; on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent adhérent.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

DROM : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement de l'adhérent en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge de l'adhérent résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

Etat d'urgence sanitaire : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.

Étranger : tout pays en dehors du pays de domicile en France ou des DROM.

Faits générateurs : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans vos conditions générales. Ils sont les suivants :

- une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
- le décès d'un bénéficiaire.

Frais d'hébergement : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

France : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Fratrerie : Enfants à charge du même foyer fiscal issus d'une même famille, d'un même couple et par extension des enfants ayant un seul parent en commun ou ayant des liens d'adoption.

Handicap : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

Maladie : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

Pays de séjour : le pays dans lequel le bénéficiaire séjourne pendant la durée de son déplacement couvert par la présente notice d'information en dehors de son pays de résidence.

Personne dépendante : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir de l'adhérent ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge de l'adhérent et vivant sous le même toit que lui.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) entraîne l'Invalidité absolue et définitive de 3^e catégorie. L'adhérent est en PTIA lorsqu'il se trouve à la suite d'une maladie ou d'un accident, médicalement dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque lui procurant gain et profit et si son état l'oblige, en outre, à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Pièces justificatives : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteuse afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).

Proche : les ascendants et descendants au 1^{er} degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal de l'adhérent, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur de l'adhérent ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le bénéficiaire.

Téléassistance : désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boîtier d'interphonie, d'être mis en relation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.

Transport : sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette notice d'information s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touristique (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et dans la limite de 500 euros TTC pour les transports en France ou dans les DROM. L'Assisteuse est seul décisionnaire du moyen utilisé.

II. ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION

🕒 Article 9 - Écoute, conseil & orientation

Le service Ecoute, Conseil & Orientation est un service dédié aux Bénéficiaires afin d'assurer une écoute, des conseils, une orientation et un soutien permanent à chaque moment important de la vie.

L'Assisteuse peut notamment informer sur les garanties d'Assistance, les dispositifs de services à la personne, les aides légales ou extra légales existantes au regard des besoins et de la situation des Bénéficiaires.

L'Assisteuse peut également, sur demande, réaliser l'intermédiation avec les acteurs et prestataires de proximité qui pourront aider et réaliser les services dont le Bénéficiaire a besoin. Le coût de la prestation reste à la charge du Bénéficiaire.

Information juridique

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

Réglementaire :

- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/ allocations / retraites,
- fiscalité,
- famille.

Pratique :

- consommation,
- vacances/loisirs,
- formalités/cartes/permis,
- enseignement/formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.

🕒 Article 10 - Conseils et informations médicales

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteuse ne pourra être tenu responsable de

l'interprétation que le bénéficiaire pourra en faire.

En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :

- infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST),
- contraception,
- interruption volontaire de grossesse (IVG),
- hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation)

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- hygiène de vie, sport,
- pathologies liées au vieillissement,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- diététique, régimes,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales.

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos :

- maladies professionnelles,
- troubles musculo squelettiques (TMS),
- risques psychosociaux (RPS),
- bilans de santé.

III. ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Lorsqu'un bénéficiaire fait face à :

- une dépendance/perte d'autonomie,
- un aléa de santé,
- un arrêt de travail,
- un risque suicidaire,
- une rupture familiale,
- un isolement social,
- une addiction comportementale ou à un produit,
- la perte de son emploi,
- la souffrance au travail,
- l'inadaptation du logement,
- un risque de précarité financière,
- le décès d'un proche.

L'Assisteuse propose la mise en relation avec une équipe de spécialistes pour l'écouter, le conseiller et l'accompagner dans la durée à chaque aléa de vie. L'équipe est composée d'assistants sociaux, d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale, d'éducateurs spécialisés et de psychologues. Chaque prise en charge est assurée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels. Toutefois, chaque fois que cela est utile, une prise en charge multiple (dimensions sociale et psychologique) pourra être proposée par le professionnel référent.

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. Les entretiens téléphoniques individuels sont illimités, sous réserve de l'évaluation du professionnel référent. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire. Seuls les bénéficiaires majeurs âgés de 18 ans révolus peuvent bénéficier d'un accompagnement psycho-social. Sont exclus de la prestation d'accompagnement psycho-social les mineurs émancipés ou non émancipés.

L'Assisteuse soumis à une obligation de moyens concernant la mise en œuvre des prestations d'accompagnement, s'engage à :

- fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact,
- assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,

- apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistant social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur et psychologue.

Un service d'appels de convivialité

Ce service permet de :

- rompre l'isolement,
- apporter du réconfort,
- aider à restaurer le lien social,
- ouvrir un espace de parole,
- être le dépositaire d'histoires de vie.

Un service de conseil social

Les travailleurs sociaux procurent :

- information, conseil, orientation,
- accès aux droits,
- orientation vers un réseau de service à domicile, recherche d'établissement,
- informations sur les secours financiers,
- soutien budgétaire (outils de gestion du budget mensuel, gestion au quotidien, gestion bancaire),
- soutien à la vie quotidienne (alimentation, retour vers l'emploi, logement...),
- conseils, échanges, informations à visée éducative, dont l'objectif est l'autonomie de la personne.

Un service de soutien psychologique

Les psychologues prodiguent :

- une aide à la prise de distance,
- un soutien psychologique ponctuel,
- une écoute et des conseils dans les situations problématiques,
- des outils de gestion du stress, de l'anxiété.

IV. PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE OU EN CAS DE DÉCÈS

⊙ Article 11 - Accompagnement spécifique en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent

Accompagnement personnalisé :

L'équipe médicale, de travailleurs sociaux et de juristes de l'Assisteur est à votre disposition afin de vous aider dans vos démarches permettant la reconnaissance de votre situation et l'ouverture de vos droits, au travers de rendez-vous téléphoniques réguliers pouvant durer de 3 à 6 mois si nécessaire. Elle recherche pour vous les coordonnées de structures pouvant vous procurer aide et réconfort : association de malades, d'accidentés, structure proposant du matériel médicalisé, autre...

Recherche de services :

À tout moment, les équipes de spécialistes de l'Assisteur sont à votre disposition pour vous aider à trouver un prestataire de services ou d'aide à la personne.

Soutien pour soulager la douleur, en coordination avec le médecin référent si nécessaire

Au cours d'entretiens de suivi, un point régulier peut être proposé pour parler de la prise en charge de la douleur physique et/ou psychique et vérifier si la personne a besoin d'un complément d'informations quant aux soins administrés.

Adaptation du logement

L'Assisteur vous propose la mise en relation avec un ergothérapeute compétent, pouvant réaliser un diagnostic du logement et établir des préconisations quant aux travaux à réaliser, pour favoriser le maintien à domicile.

Soutien pour votre ayant droit aidant

L'Assisteur peut également vous communiquer des informations sur les dispositifs, les aides, les structures d'hébergement temporaire, les groupes de parole à proximité du domicile, les sites internet permettant d'accéder à un réseau social entre aidants.

Appel de convivialité pour l'aidant

L'Assisteur met à disposition un correspondant à titre préventif, pour prévenir la rupture du lien social à raison de **12 entretiens maximum par année civile**.

⊙ Article 12 - Prestations d'assistance en cas de perte totale et irréversible de l'autonomie de l'adhérent

Les prestations d'Assistance ci-dessous sont acquises en cas de PTIA médicalement constatée et ayant générée la reconnaissance des droits au versement du Capital, à raison d'une seule prestation par fait générateur. Il pourra être accordé une seconde prestation après évaluation de la situation par le département psycho-social de l'Assisteur.

Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, à concurrence de **10 heures**.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

Si l'adhérent a souscrit à l'option Accident, l'Assisteur met à disposition de l'adhérent, dans le mois qui suit l'accident ayant généré une PTIA un maximum de 20 heures d'aide à domicile. Les heures réalisées sont planifiées en concertation avec les besoins de la personne aidée. Le nombre d'heures prises en charge par l'Assisteur est conditionné par le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur **et aucun cas l'Assisteur ne prendra en charge un quota d'heures supplémentaires qui auront été réalisés sans son accord.**

Autres prestations de Bien-être et de Soutien en substitution

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'Assisteur 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 :

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

Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge

Si le bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou d'enfants handicapés sans limite d'âge, l'Assisteur 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.** Pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur 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 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 enfants.

Garde des personnes dépendantes

Si le bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur 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 ;**
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France 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.

Dispositif de Téléassistance

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement à **concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 6 mois maximum.**

L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance. Cette prestation n'est pas accessible en cas d'hospitalisation d'un aidant.

Bilan Situationnel par un ergothérapeute/Diagnostic Habitat

L'Assisteur organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute à domicile. Cette prestation est mise en œuvre en France métropolitaine seulement.

Contenu de la prestation :

- évaluation de la personne dans son lieu de vie :
- recherche de compensations efficaces (organisationnelles et/ou gestuelles, aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, aide animalière, aide humaine...),
- rédaction d'un document descriptif reprenant les solutions les plus adaptées et permettant la mise en œuvre des préconisations (documentation, schémas, coût des équipements, adresses des revendeurs spécialisés, structures et lieux de ressources sur le plan local...).

🕒 Article 13 - Accompagnement spécifique en cas de décès de l'adhérent

Les services de l'Assisteur sont à disposition des ayants droit de l'adhérent décédé pour les accompagner lors du décès et dans les 12 mois maximum qui suivent.

Enregistrement et Respect des volontés

Il s'agit de la volonté manifestée par l'adhérent, quant aux indications d'organisation de ses obsèques.

Le bénéficiaire dispose d'un service permettant d'enregistrer ses volontés quant à ses obsèques, à savoir : le mode de sépulture, le type de cérémonie, la nature du culte, le lieu d'inhumation ou la destination des cendres, la présence de fleurs, ainsi que les personnes à prévenir.

Cet enregistrement peut être fait dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat. Sur simple appel téléphonique auprès de l'Assisteur, il communiquera ses volontés essentielles qui seront confirmées par courrier et notifiées sur un formulaire d'enregistrement sous un code confidentiel. Ce code confidentiel sera nécessaire lors de tout appel ultérieur, soit pour que l'adhérent puisse modifier le contenu de l'enregistrement de ses volontés, soit au moment de son décès, sur demande d'un ayant droit ou de la personne de confiance désignée par le défunt, détenant les informations d'accès. Lors du décès d'un des bénéficiaires, et sur demande de l'un des autres bénéficiaires désignés à l'article « DOMAINE D'APPLICATION - 1.BENEFICIAIRES » ou de la personne de confiance, désignée par le défunt, l'Assisteur communiquera le contenu de cet enregistrement.

Ce service est ouvert dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat sur simple appel téléphonique.

Conseil Devis obsèques

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

Si l'adhérent souhaite anticiper l'organisation matérielle de ses obsèques, l'Assisteur peut le conseiller à partir des devis que l'adhérent aura obtenu 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'Assisteur. Ce service ne constitue pas un service de Pompes Funèbres.

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

Organisation des obsèques

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux bénéficiaires, l'Assisteur propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé.

L'Assisteur conseille et organise, pour le compte des bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. Le coût des obsèques reste à la charge des bénéficiaires.

Accompagnement Psycho-Social

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, ce service permet à l'entourage de l'adhérent de bénéficiaire, à sa 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'Assisteur ne se substitue pas aux intervenants habituels (professionnels médicaux, agents administratifs et sociaux...).

Service d'accompagnement et d'écoute

Un service d'accompagnement et d'écoute est mis à disposition de l'adhérent 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.**

Adoption des animaux familiers

Si aucun membre de l'entourage ne peut recueillir les animaux familiers de l'adhérent décédé, les équipes de l'Assisteur se mobilisent pour trouver des solutions d'adoption de ces animaux.

🕒 Article 14 - Prestations en cas de décès de l'adhérent à plus de 50 kilomètres du domicile et dans le monde entier

Les prestations décrites ci-dessous sont valables lors de **tout déplacement d'une durée inférieure à 90 jours, dans le monde entier et au-delà de 50 kilomètres de son domicile** (résidence habituelle et principale au sens fiscal), hors décès survenu lors d'un déplacement pour hospitalisation prévue, programmée par avance.

Transfert ou rapatriement du corps ou de l'urne cinéraire

En cas de décès du bénéficiaire lors d'un déplacement, l'Assisteur 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 ou dans les DROM.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement/transfert, pompes funèbres, transporteurs... est du ressort exclusif de l'Assisteur. 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 la famille de l'adhérent choisit directement les sociétés intervenant dans le rapatriement ou refuse la solution proposée par l'Assisteur, 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.

Retour différé du corps

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

Assistance des proches en cas de décès

Lors du décès d'un bénéficiaire, l'Assisteur se charge d'indiquer à la famille ou à un proche 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'adhérent s'avère indispensable pour effectuer les formalités de reconnaissance ou de transfert, l'Assisteur met à la disposition de l'ayant droit, et prend en charge le transport. Dans ce cas, l'Assisteur prend en charge sur justificatifs, les frais d'hébergement de la personne s'étant déplacée, **à concurrence de 125 euros TTC par jour dans la limite de 5 jours au maximum.**

Retour des bénéficiaires et/ou de l'accompagnant (Si l'adhérent a souscrit à l'option Accident)

- L'Assisteur organise également et prend en charge le retour jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation en France des bénéficiaires 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 bénéficiaires et/ou l'accompagnant.
- L'Assisteur organise le transport des bénéficiaires susvisés et/ou de l'accompagnant depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France ou DROM, ou jusqu'au lieu d'inhumation en France ou dans les DROM.

Mise à disposition d'un taxi

L'Assisteur met à la disposition des bénéficiaires un taxi à concurrence de 160 euros TTC. Cette prestation reste acquise dans la limite des trois jours suivant le décès de l'adhérent et ne peut porter que sur des trajets en rapport avec cet évènement.

⊕ Article 15 - Prestations complémentaires en cas de décès de l'adhérent

Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, à concurrence de 10 heures.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

Si l'adhérent a souscrit à l'option Accident, l'Assisteur met à disposition de l'adhérent, dans le mois qui suit l'accident ayant généré une PTIA un maximum de 20 heures d'aide à domicile. Les heures réalisées sont planifiées en concertation avec les besoins de la personne aidée. Le nombre d'heures prises en charge par l'Assisteur est conditionné par l'évaluation du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur **et aucun cas l'Assisteur ne prendra en charge un quota d'heures supplémentaires qui auront été réalisées sans son accord.**

Autres prestations de Bien-être et de Soutien en substitution

Si l'adhérent a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'Assisteur 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 :

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

Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge

En cas de décès d'un bénéficiaire qui a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou d'enfants handicapés, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des 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'Assisteur 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 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.

Garde ou transfert des personnes dépendantes

En cas de décès d'un bénéficiaire qui a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur 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 jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France 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.

V. CADRE JURIDIQUE

⊕ Article 16 - Assureur des prestations d'assistance

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682. Siège social : 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 Vertou Cedex.

⊕ Article 17 - Conditions restrictives d'application des garanties

Comportement abusif

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le bénéficiaire du contrat.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère de l'adhérent ou de non remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

Responsabilité

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur.

L'Assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

Circonstances exceptionnelles

La responsabilité de l'Assisteur 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'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- 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 18 - Exclusions

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants ou produits médicamenteux non prescrits par un médecin,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge de nos services matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au bénéficiaire.

🕒 Article 19 - Nullité de la prestation

Si le bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

🕒 Article 20 - Recours

Le bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

🕒 Article 21 - Subrogation

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions de l'adhérent contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place de l'adhérent les poursuites contre la partie responsable si l'Assisteur l'estime opportun.

🕒 Article 22 - Prescription

Toutes 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 bénéficiaire, 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 de l'adhérent, de l'adhérent 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 l'adhérent 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

🕒 Article 23 - Protection des données personnelles

Les données personnelles de l'adhérent recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » 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 de l'adhérent 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 de l'adhérent 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 de l'adhérent sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles de l'adhérent 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'exercent 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 : WORLDLINE - Immeuble River Ouest - 80 quai Voltaire - 95870 Bezons, ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

🕒 Article 24 - Réclamations et médiation

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, l'adhérent 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, l'adhérent 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 de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15

🕒 Article 25 - Autorité de contrôle

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.



2379421

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 - 92320 Châtillon

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