
Règlement mutualiste

Cap Eco

REGLEMENT MUTUALISTE CAP ECO

Ce que vous devez savoir avant de vous engager Informations précontractuelles en cas de vente à distance

La garantie Cap Eco est assurée par Mutuelle Bleue, mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé au 68 rue du Rocher - CS 60075 - 75396 Paris Cedex 08, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993.

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de Mutuelle Bleue.

Le montant de la cotisation est fixé à l'adhésion et calculé en fonction du niveau des garanties souscrites, des options éventuellement choisies, de l'âge de chacun des Bénéficiaires (cette cotisation augmente par tranche d'âge), et enfin, selon le lieu de résidence principale du Membre participant.

La cotisation est payable d'avance. Le Membre participant peut opter pour un paiement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel.

Les garanties prévues par le contrat ont pour objet le remboursement, de tout ou partie, des dépenses de frais de soins de santé des Bénéficiaires, pendant la période de garantie, en complément des versements effectués par les Régimes Obligatoires d'assurance maladie maternité.

Peuvent également être ajoutées des prestations optionnelles (« Protection Accident en inclusion », « Protection Hospi en inclusion » et « Capital Equipement Dépendance / Handicap en inclusion »).

Les exclusions prévues par la garantie Cap Eco sont celles prévues par l'article 25 du présent Règlement.

La présente offre contractuelle est valable jusqu'à la date indiquée sur le devis personnalisé.

L'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion rempli et signé par le Membre participant.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge du Membre participant. Ainsi, les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques ou des connexions Internet seront supportés par le Membre participant et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

Le Membre participant bénéficie d'un délai de renonciation de trente (30) jours calendaires, soit à compter du jour où il est informé que son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu. Pour cela, il lui suffit d'adresser à Mutuelle Bleue, 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex, une lettre recommandée avec accusé de réception, rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme, Melle)(nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat Cap Eco que j'avais souscrit le

Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.

Fait à, le

Signature »

Les relations précontractuelles et contractuelles avec Mutuelle Bleue sont régies par le droit français.

Mutuelle Bleue s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

En cas de réclamation, les Bénéficiaires peuvent contacter :

- En première instance : le Service Relations Adhérents au 01 64 71 40 00 ;
- En cas de difficultés persistantes : le Service Satisfaction Clients, 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex.

Mutuelle Bleue s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

- En dernier recours si, après épuisement de toutes les procédures internes de Mutuelle Bleue, un désaccord subsiste, et que les Bénéficiaires n'ont pas saisi les tribunaux, ils auront la faculté de faire appel au Médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française dont les coordonnées sont les suivantes :

- Courrier : FNMF - Monsieur le Médiateur - 225 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15
- Courriel : mediation@mutualite.fr
- Site internet : www.mediateur-mutualite.fr

L'avis du Médiateur de la FNMF sera écrit et motivé. Il sera communiqué à Mutuelle Bleue qui sera tenue de s'y conformer.

CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1^{ER} : OBJET DU RÈGLEMENT

Le présent Règlement, établi par la MUTUELLE conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, a pour objet de définir les droits et obligations respectifs entre la MUTUELLE et chaque Membre participant et Ayants droit tels que définis à l'article 6 des Statuts ou membres honoraires de la MUTUELLE en ce qui concerne les prestations et les cotisations définies au présent Règlement. Mutuelle Bleue, MUTUELLE soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social au 68 rue du Rocher - CS 60075 - 75396 Paris Cedex 08 et inscrite au répertoire SIREN sous le n° 775 671 993 sera désignée dans le présent Règlement par le terme « la MUTUELLE ».

ARTICLE 2 : CARACTÉRISTIQUE DE LA GAMME

Les garanties proposées répondent aux exigences prévues par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 3 : TERRITORIALITÉ

Les garanties s'exercent en France métropolitaine et dans les départements et collectivités d'outre-mer.

En outre, elles s'appliquent à l'étranger sous condition d'intervention du Régime d'assurance maladie obligatoire français de l'assuré. Le règlement des prestations est effectué en euros.

ARTICLE 4 : DÉFINITIONS

• **Code de la Mutualité** : Texte officiel édictant les règles de fonctionnement de tous les organismes mutualistes (mutuelles, unions et fédérations). Sa mise en place résulte d'une Ordonnance du 19 avril 2001 (J.O. du 22 avril 2001) et de ses textes d'application.

• **Membres participants** : Personnes physiques bénéficiant des prestations de la MUTUELLE et qui, le cas échéant, en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

• **Ayants droit** : Personnes bénéficiant des prestations statutaires complémentaire maladie de la MUTUELLE, non à titre personnel mais du fait de leurs liens avec le Membre participant. Les personnes comprises sous le terme d'ayants droit sont les membres de la famille de l'Assuré tels que définis par l'article 6 des Statuts.

• **Bénéficiaires** : Personnes physiques habilitées à percevoir les prestations garanties, à savoir le Membre participant lui-même et le ou les Ayant(s) droit désigné(s) par celui-ci sur le bulletin d'adhésion. Les bénéficiaires sont également dénommés **Adhérents**.

• **Membres honoraires** : Personnes physiques ou personnes morales qui versent des cotisations, contributions ou des dons sans bénéficier des prestations de la MUTUELLE.

• **Régime Obligatoire (RO)** : Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés le Membre participant et ses Ayants droit.

• **Protection complémentaire maladie** : Elle permet la prise en charge de tout ou partie des frais liés à la santé en complément ou en supplément des prestations versées par les Régimes Obligatoires d'assurance maladie maternité.

• **Délai de stage** : Période qui suit l'adhésion à la MUTUELLE et pendant laquelle l'Adhérent ne peut bénéficier de tout ou partie des prestations souscrites.

• **Tarif de responsabilité** : Tarif forfaitaire fixé par voie conventionnelle ou réglementaire pour les actes pratiqués par les professionnels de santé et servant de base aux remboursements de la Sécurité sociale.

• **Ticket modérateur** : Fraction de dépenses de frais de soins de santé laissée à la charge de l'Adhérent.

• **Tiers payant** : Paiement direct, total ou partiel, des frais médicaux ou pharmaceutiques laissés à la charge de l'Adhérent, par la MUTUELLE en lieu et place de ce dernier.

• **Parcours de soins coordonnés** : Établi et coordonné par le médecin traitant désigné par l'Assuré, il influe sur le taux de remboursement du Régime Obligatoire.

• **Contrat responsable** : Contrat dont les garanties respectent les critères fixés par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ces critères consistent à ce que les garanties prennent en charge certaines prestations et en excluent d'autres.

• **Base de remboursement (BR)** : Base à partir de laquelle est calculé le remboursement du Régime Obligatoire.

• **Dossier Médical Personnel (DMP)** : Chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose d'un DMP, notamment constitué des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins.

Chaque professionnel de santé reporte dans le DMP, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge.

Dès sa mise en œuvre, le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'assurance maladie, et par conséquent de la MUTUELLE, sera subordonné à l'autorisation que donne le patient, à chaque consultation ou hospitalisation, aux professionnels de santé auxquels il a recours, d'accéder à son DMP et de le compléter.

CHAPITRE II OBJET ET FORME DE L'ADHÉSION

ARTICLE 5 : OBJET DE L'ADHÉSION

La MUTUELLE garantit aux Bénéficiaires, répondant aux conditions prévues par les Statuts et le présent Règlement, le remboursement, de tout ou partie, de leurs dépenses de frais de soins de santé, pendant la période de garantie, en complément des versements effectués par les Régimes Obligatoires d'assurance maladie maternité.

Les Membres participants et leurs Ayants droit bénéficient de prestations, conformément au niveau de garantie choisi auquel peut(peuvent) être ajoutée(s) une(des) prestation(s) optionnelle(s).

ARTICLE 6 : SERVICES NON RÉGIS PAR LE PRÉSENT RÈGLEMENT

Les options « Protection Accident », « Protection Hospi » et « Capital Equipement Dépendance / Handicap » éventuellement choisies sont assurées par la MUTUELLE.

Les services d'assistance inclus dans chacune des garanties sont assurés par un prestataire dont les coordonnées figurent dans les Conditions Générales de l'assisteur.

Les Conditions Générales de ce service sont remises au Membre participant lors de sa souscription.

Le service assuré par le prestataire susvisé est susceptible d'être modifié et/ou remis en cause par ce dernier.

ARTICLE 7 : CONDITIONS ET FORME DE L'ADHÉSION

Peuvent adhérer à la MUTUELLE, en application de l'article 8 des Statuts, les personnes qui, quels que soient leur âge, leur état de santé et leur profession, sont affiliées à titre obligatoire ou volontaire à un Régime Obligatoire d'assurance maladie maternité.

L'adhésion à la MUTUELLE résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion par lequel le Membre participant manifeste expressément sa volonté de bénéficier des prestations garanties par la MUTUELLE pour lui-même et, le cas échéant, pour ses Ayants droit tels que définis par l'article 6 des Statuts.

Le Membre participant signe pour ses Ayants droit.

ARTICLE 8 : MODALITÉS D'ADHÉSION

Le bulletin d'adhésion susvisé comporte des rubriques destinées à renseigner la MUTUELLE sur les éléments suivants :

- les nom, prénom, date de naissance, adresse et profession du Membre participant et, le cas échéant, de son(sa) conjoint(e) ou de son(sa) concubin(e) ou de son(sa) partenaire lié(e) par un Pacte Civil de Solidarité ;

- le cas échéant les noms, prénoms des enfants à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale.

Ledit bulletin précise également la garantie choisie, la(les) prestation(s) optionnelle(s) éventuellement souscrite(s) ainsi que les modalités et périodicités de paiement des cotisations.

Le bulletin d'adhésion, dûment rempli et signé, est adressé ou déposé au siège social de la MUTUELLE ou dans l'une de ses agences, accompagné du paiement de la 1^{ère} cotisation.

Il est remis au Membre participant, après signature du bulletin d'adhésion, une carte d'Adhérent comportant :

- en son entête, les signes distinctifs de la MUTUELLE,
- les noms et prénoms des Bénéficiaires : le Membre participant et le cas échéant ses Ayants droit,
- les taux de remboursement correspondant à l'option choisie entre les différentes garanties ci-après définies.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions du présent Règlement et des Statuts de la MUTUELLE, remis au Membre participant préalablement à son adhésion. Celui-ci reconnaît en avoir pris connaissance avant la signature dudit bulletin.

ARTICLE 9 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion à la MUTUELLE prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion (cachet de la Poste ou date de remise en agence faisant foi ou, lors d'un retour par voie électronique, date figurant sur le bulletin d'adhésion faisant foi), sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation.

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, soit jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet de l'adhésion, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction, sauf résiliation, dans les conditions de forme et de délai exposées ci-dessous.

ARTICLE 10 : DROIT DE RENONCIATION

Le Membre participant a la faculté de renoncer à la garantie souscrite auprès de la MUTUELLE. Pour ce faire, il lui suffit d'adresser à la MUTUELLE une lettre recommandée avec accusé de réception dans les trente (30) jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.

Les remboursements des sommes perçues par la MUTUELLE ou par le Membre participant s'effectuent dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, le Membre participant doit adresser à Mutuelle Bleue, Service Relations Adhérents, 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex, une lettre recommandée avec accusé de réception, rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme, Melle)
(nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat Cap Eco que j'avais souscrit le
Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.
Fait à, le
Signature »

ARTICLE 11 : FORME ET DÉLAIS DE LA RÉSILIATION ANNUELLE

Le Membre participant peut mettre fin à son adhésion le 31 décembre de chaque année par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au siège social de la MUTUELLE **deux (2) mois au moins** avant la fin de l'année civile, soit le 31 octobre.

Le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de cette lettre (cachet de la Poste faisant foi).

Cette faculté de résiliation ne peut être utilisée que si la période comprise entre la date d'effet de l'adhésion et la date d'échéance correspond à douze (12) mois effectifs.

L'Adhérent sera informé de son droit à dénonciation de son adhésion dans l'avis d'échéance de cotisations.

ARTICLE 12 : EFFET DE LA RÉSILIATION

La résiliation des garanties complémentaire maladie entraîne la fin de l'adhésion aux options « Protection Accident », « Protection Hospi » et « Capital Equipement Dépendance / Handicap » en inclusion éventuellement souscrites.

Aucune prestation ne peut être servie au-delà de la date d'effet de la résiliation, ni au titre des garanties frais de santé, ni au titre de la garantie assistance, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit aux prestations étaient réunies préalablement à la date d'effet de la résiliation.

À compter de sa date de radiation, le Membre participant s'engage, pour lui-même et ses Ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la MUTUELLE la ou les carte(s) d'Adhérent qui lui ouvri(en)t des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la MUTUELLE dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

CHAPITRE III COTISATIONS

ARTICLE 13 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS

13.1. Le bénéfice des garanties complémentaire maladie assurées par la MUTUELLE, et le cas échéant des services proposés, est subordonné au paiement d'une cotisation annuelle fixée forfaitairement par référence :

- au niveau des garanties souscrites,
- aux options éventuellement choisies,
- à l'âge, établi par tranches quinquennales, de chacun des Bénéficiaires. La cotisation augmente par tranche d'âge. L'âge de chacun des Bénéficiaires est calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance,
- au lieu de résidence principale du Membre participant.

13.2. Tarifications spéciales

Les jeunes de moins de 29 ans étudiants, apprentis ou à la recherche d'un emploi se verront appliquer la tarification des moins de 20 ans.

La MUTUELLE se réserve la faculté de moduler ses cotisations en fonction du nombre d'ayant(s) droit mentionné(s) sur le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 14 : RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations sont révisibles chaque année au 1^{er} janvier compte tenu notamment de la variation constatée et prévue du volume du coût des soins ou services et notamment à partir des éléments suivants :

- de l'âge des Bénéficiaires de la garantie souscrite par différence entre le millésime de l'année à venir et le millésime de l'année de naissance ;
- de la suppression ou de l'apparition éventuelle de certains éléments de minoration précédemment acquis ;
- de la souscription ou de la résiliation d'une option ;
- du changement de domicile du Membre participant impactant la tarification.

Les nouveaux montants de cotisations sont communiqués aux Adhérents dans les formes habituelles et payables pour l'année suivante selon les modalités de paiement indiquées sur le bulletin d'adhésion.

D'une façon générale, si un déséquilibre apparaissait entre les recettes et les dépenses (notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations en nature du Régime Obligatoire d'assurance maladie), la MUTUELLE se réserve le droit d'effectuer en cours d'année les réajustements appropriés de tarifs ou de prestations face aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires.

Il pourrait en être de même en cas de variation importante ou prévue du volume du coût des soins en cours d'exercice.

ARTICLE 15 : PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, sur appels de cotisations adressés à la dernière adresse connue du Membre participant.

Elles sont dues à partir de la date d'effet de l'adhésion et peuvent faire l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire.

Les modalités et les périodicités de paiement des cotisations figurent sur le bulletin d'adhésion.

Le Membre participant a la faculté de modifier, en cours d'adhésion, le mode et la périodicité de paiement de ses cotisations, à condition d'en faire la demande, par écrit, auprès de la MUTUELLE un (1) mois au moins avant la date d'effet souhaitée.

La date de paiement prise en considération est celle du règlement au siège social ou dans l'une des agences ou dans tout autre lieu accepté par la MUTUELLE.

ARTICLE 16 : DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement de la cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, la MUTUELLE adresse au Membre participant une lettre de mise en demeure par courrier recommandé avec accusé de réception l'avisant de la situation et de ses conséquences sur le maintien des garanties souscrites.

A défaut de paiement de la cotisation dans les trente (30) jours suivant cette mise en demeure, la MUTUELLE pourra suspendre ses garanties.

Les garanties seront résiliées dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours, si aucun paiement n'a été effectué dans cette période, à moins que le Membre participant n'apporte la preuve que le non-paiement est dû à un cas de force majeure.

En cas de résiliation, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à la MUTUELLE.

ARTICLE 17 : CAS D'EXONÉRATION DE COTISATIONS

Aucune cotisation n'est due au titre du 3^e enfant et des suivants, régulièrement inscrits à la MUTUELLE.

Cette exonération n'est accordée que si l'un des deux conjoints ou concubins ou partenaires liés par un PACS ou le Membre participant adhère à la MUTUELLE et si le nouveau-né et les enfants au titre desquels aucune cotisation n'est due bénéficient du même niveau de garantie que le conjoint ou le concubin ou le partenaire lié par un PACS ou le Membre participant visé ci-devant.

CHAPITRE IV

PRESTATIONS GARANTIES

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

ARTICLE 18 : DÉFINITION DES PRESTATIONS GARANTIES

La nature et l'étendue des prestations complémentaires maladie assurées par la MUTUELLE figurent dans le tableau annexé au présent Règlement.

Les remboursements réalisés par la MUTUELLE sont fonction des choix effectués par le Membre participant lors de son adhésion, parmi les différents niveaux de garantie, les options proposées et figurant sur le bulletin d'adhésion.

Ces prestations peuvent, selon l'option choisie, se cumuler avec une indemnité journalière forfaitaire destinée à couvrir les frais résultant d'une hospitalisation et/ou avec le versement d'un capital en cas de décès par accident ou invalidité absolue et définitive et/ou avec le versement d'un capital en cas de dépendance ou de handicap.

Le montant de ces versements ainsi que les modalités de prise en charge et les exclusions applicables en l'espèce sont définis dans les Conditions Générales de chaque option figurant ci-après.

L'attention des Adhérents est attirée sur le fait que les prestations peuvent être appelées à évoluer au cours des années à venir pour tenir compte des dispositions réglementaires qui doivent être prises dans le cadre de l'application de la Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

La MUTUELLE se réserve le droit de demander toute pièce justificative utile au remboursement des prestations (facture originale, prescription médicale, feuillet de remboursement de prestations spécifiques...).

Les justificatifs qui seront adressés à la MUTUELLE devront être des documents originaux (dans leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique issue du site Ameli de l'Assurance Maladie). L'Adhérent peut envoyer ses justificatifs par voie postale à Mutuelle Bleue - Service Relations Adhérents - 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex ou par voie électronique à contact@mutuellebleue.fr (uniquement pour les justificatifs de prestations).

ARTICLE 19 : CHANGEMENTS ET MODIFICATIONS DE GARANTIES

Les changements ou modifications de garanties ne peuvent être effectués qu'après douze (12) mois, à compter de la date d'effet du contrat.

La demande de modification prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande du Membre participant.

La souscription d'une option se fera également par la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion et prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la signature du nouveau bulletin d'adhésion.

Cette option devra être conservée pendant une période effective de douze (12) mois minimum avant toute autre modification.

D'une façon générale, toute modification de garantie ne pourra intervenir qu'une (1) fois par année civile.

ARTICLE 20 : OUVERTURE DES DROITS

Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet du contrat telle que prévue à l'article 9 du présent Règlement.

ARTICLE 21 : CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS ET LIMITES AUX REMBOURSEMENTS

Sous réserve des cas d'exonérations de cotisations visés par l'article 17 ci-devant, le bénéfice des prestations assurées par la MUTUELLE est subordonné au paiement des cotisations correspondant aux garanties souscrites.

Les Adhérents doivent en conséquence être à jour de leurs cotisations à la date des soins dont le remboursement ou la prise en charge est demandé(e). **Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré ou de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.** Si tel était le cas, la MUTUELLE se réserve le droit de réduire à due concurrence le montant de ses remboursements.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

La MUTUELLE ne prend pas en charge la participation forfaitaire de l'Adhérent aux frais de santé prévue à l'article L. 322-2 II du Code de la

Sécurité sociale, ainsi que la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de ce même article, applicable, dans les conditions et limites prévues par les Lois et Règlements, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie :

- les médicaments, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
- les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
- les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

ARTICLE 22 : MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Sauf dans le cas du tiers payant, la MUTUELLE n'intervient qu'après participation de la caisse d'assurance maladie dont relève l'Adhérent.

Les remboursements de frais de soins de santé sont effectués par la MUTUELLE au vu des documents transmis par la caisse d'affiliation susvisée et/ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission.

A défaut d'application du procédé de la télétransmission, les remboursements sont effectués au vu des pièces suivantes :

- la prescription médicale,
- le cas échéant, le justificatif de paiement (ex. : facture),
- les décomptes du Régime Obligatoire.

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la MUTUELLE est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoire.

La MUTUELLE se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par son médecin-conseil, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout Bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent Règlement.

En cas de refus du Bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la MUTUELLE.

Selon le niveau de garantie souscrit et les options éventuellement choisies, la MUTUELLE peut également verser des prestations forfaitaires pour des actes non remboursés par le Régime Obligatoire.

ARTICLE 23 : FORME ET DÉLAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Sauf dans le cas du tiers payant, les remboursements de frais de soins de santé sont effectués par chèque ou par virement sur le compte déterminé par le Membre participant.

Ces remboursements sont effectués selon les règles de l'art applicables en la matière et dans les meilleurs délais, sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives que le Membre participant et ses Ayants droit doivent fournir pour obtenir les résultats escomptés.

ARTICLE 24 : SUSPENSION DE GARANTIES

Le droit à prestations est suspendu

1. A l'issue des trente (30) jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, en cas de non-paiement des cotisations aux échéances prévues.

En cas de régularisation du compte, les garanties reprennent leurs effets pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour suivant le paiement de l'intégralité des cotisations dues.

2. En cas de guerre.

D'une façon générale, aucune prestation n'est due pour tous soins, toutes interventions ou hospitalisations intervenus ou survenus pendant la période de suspension.

ARTICLE 25 : EXCLUSIONS

Les garanties du présent contrat dit « responsable » ne couvrent pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 322-2-III du Code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux ;
- les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :
 - la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 26 : MODIFICATION DES PRESTATIONS ASSURÉES PAR LA MUTUELLE

Les prestations pourront être augmentées ou diminuées chaque fois que les honoraires médicaux, les frais médicaux, les tarifs de responsabilité ou les taux de remboursement des Régimes Obligatoires de Sécurité sociale varieront en application de la réglementation en vigueur.

Il pourra en être de même en cas de variation importante constatée ou prévue du volume et du coût des soins ou services.

Ces modifications seront décidées dans les conditions prévues par les Statuts et le Code de la Mutualité.

Les nouveaux taux ou montants des prestations seront adressés aux Adhérents à leur dernière adresse et leur seront opposables à compter de cette notification.

ARTICLE 27 : CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties assurées par la MUTUELLE prennent fin :

- en cas de décès du Membre participant. Dans ce cas, les garanties prennent fin également à l'égard des Ayants droit du Membre participant,
- en cas de résiliation dans les conditions exposées à l'article 11 du présent Règlement,
- en cas de non-paiement de la cotisation (article 16 ci-devant),
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à la MUTUELLE, conformément à l'article L. 211-9 du Code de la Mutualité.

Il peut également être mis fin à l'adhésion, indifféremment par la MUTUELLE ou le Membre participant, en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de profession,
- retraite ou cessation définitive d'activité.

Cette résiliation n'est possible que si l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure qui ne se trouve plus dans la nouvelle situation.

Elle doit faire l'objet d'une notification dans le délai de trois (3) mois suivant la survenance de cet événement, pour prendre effet un (1) mois après réception de la notification.

Dans cette hypothèse, il est procédé au remboursement de la fraction de cotisation postérieure à la date d'effet de la résiliation, lorsque cette cotisation a été payée d'avance.

CHAPITRE V DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 28 : PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité :

Article L. 221-11 du Code de la Mutualité : toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant que du jour où la MUTUELLE 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.

Article L. 221-12 du Code de la Mutualité : la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la MUTUELLE à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la MUTUELLE, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code de la Mutualité.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
 - l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
 - une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (Article 2244 du Code civil)] ;
 - l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.
- À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

ARTICLE 29 : ENGAGEMENTS DU MEMBRE PARTICIPANT

Le Membre participant s'engage, en cours d'adhésion, à déclarer à la MUTUELLE tout changement dans sa situation personnelle ou celle de ses Ayants droit pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par la MUTUELLE.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la garantie accordée dans les conditions prévues par l'article 30 ci-après.

Il informera la MUTUELLE, lors de la souscription de son adhésion, de l'existence de garanties complémentaire maladie souscrites auprès d'une autre entreprise d'assurance.

ARTICLE 30 : SANCTIONS

La MUTUELLE se réserve le droit de radier ou d'exclure tout Membre participant qui aura causé ou tenté de causer volontairement à la MUTUELLE un préjudice dûment constaté selon les modalités définies par les Statuts.

En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par le Membre participant, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, le Membre participant peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

1. En cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (article L. 221-14 du Code de la Mutualité).

2. Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : réduction du montant des prestations garanties ou augmentation de la cotisation correspondante acceptée par le Membre participant (article L. 221-15 du Code de la Mutualité).

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte d'Adhérent ou de tout autre document mentionnant ses droits aux prestations, la MUTUELLE se réserve le droit de poursuivre l'auteur de cette utilisation pour le remboursement des sommes versées indûment pour son compte.

L'usage frauduleux s'entend ici de l'utilisation par un Adhérent non à jour de cotisations, agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement des prestations garanties par la MUTUELLE aux seuls Adhérents justifiant du paiement régulier de leurs cotisations.

ARTICLE 31 : SUBROGATION

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, la MUTUELLE est subrogée, à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions du Membre participant et ses Ayants droit envers les tiers responsables de dommages causés à lui-même ou aux membres de sa famille.

A cet effet, le Membre participant et ses Ayants droit devront informer la MUTUELLE de toute demande de remboursement faisant suite à un accident mettant en cause un tiers afin de lui permettre d'exercer son recours contre le tiers responsable ou son assureur.

ARTICLE 32 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les données à caractère personnel recueillies au titre des demandes d'adhésion sont exclusivement utilisées dans le cadre des activités de la MUTUELLE. Elles sont régies par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à

des fins commerciales. Elles sont destinées à la MUTUELLE en tant que responsable du traitement, et éventuellement aux partenaires et/ou aux réassureurs de la MUTUELLE.

La MUTUELLE prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Les Membres participants ainsi que leurs Ayants droit, figurant sur tout fichier informatique à l'usage de la MUTUELLE, de ses mandataires, ses réassureurs ou ses partenaires, peuvent demander communication, rectification ou encore exercer leur droit d'opposition pour des motifs légitimes à propos de toute information les concernant en s'adressant à l'adresse du siège social de la MUTUELLE.

ARTICLE 33 : DROIT D'OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, le Membre participant est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret 10300 Troyes ;
- soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr

Cette inscription permet au Membre participant de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit. En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas la MUTUELLE de joindre téléphoniquement le Membre participant dans le cadre des relations contractuelles existantes.

ARTICLE 34 : RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficultés liées à l'application du présent Règlement mutualiste, les Bénéficiaires peuvent contacter :

- En première instance : le Service Relations Adhérents au 01 64 71 40 00 ;
- En cas de difficultés persistantes : le Service Satisfaction Clients, 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex.

La MUTUELLE s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

- En dernier recours si, après épuisement de toutes les procédures internes de la MUTUELLE, un désaccord subsiste, et que les Bénéficiaires n'ont pas saisi les tribunaux, ils auront la faculté de faire appel au Médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française dont les coordonnées sont les suivantes :

- Courrier : FNMF - Monsieur le Médiateur - 225 rue de Vaugirard - 75719 Paris Cedex 15
- Courriel : mediation@mutualite.fr
- Site internet : www.mediateur-mutualite.fr

L'avis du Médiateur de la FNMF sera écrit et motivé. Il sera communiqué à la MUTUELLE qui sera tenue de s'y conformer.

ARTICLE 35 : MODIFICATION DU RÈGLEMENT

Seule l'Assemblée Générale est compétente pour modifier le présent Règlement. Ces modifications sont portées à la connaissance des Adhérents de la MUTUELLE.

Les modifications portant sur les taux de cotisations et/ou les montants de prestations sont applicables de plein droit à compter de leur notification.

ARTICLE 36 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

La MUTUELLE s'engage à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux. À ce titre, elle est tenue de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans ses livres ou les opérations portant sur des sommes dont elle sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou participent au financement du terrorisme.

ARTICLE 37 : LOI APPLICABLE

La loi applicable aux présentes dispositions sera déterminée conformément à l'article L. 225-2 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 38 : DÉSIGNATION DE L'ORGANISME DE CONTRÔLE

La MUTUELLE exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

TABLEAU DES PRESTATIONS : CAP ECO

Régime général

Cap Eco

Vos prestations

Régime général

	Régime Obligatoire	Cap Eco		Cap Eco +	
		Base de remboursement	T.P.* mutuelle	Base de remboursement	T.P.* mutuelle
HOSPITALISATION médicale ou chirurgicale, y compris maternité					
Frais de séjour et d'hébergement					
● Établissements conventionnés ⁽¹⁾ (en fonction de la nature des soins)	80 %	20 %	✓	20 %	✓
● Établissements conventionnés ⁽¹⁾ (en fonction de la nature des soins)	100 %	-	-	-	-
● Établissements non conventionnés (en fonction de la nature des soins)	80 %	20 %	✓	20 %	✓
● Établissements non conventionnés (en fonction de la nature des soins)	100 %	-	-	-	-
Forfait journalier	-	100 % du forfait en vigueur	✓	100 % du forfait en vigueur	✓
Franchise sur les actes lourds	-	100 % du forfait en vigueur	✓	100 % du forfait en vigueur	✓
Honoraires chirurgie / anesthésie (en fonction de la nature des soins)	80 %	20 %	✓	20 %	✓
Honoraires chirurgie / anesthésie (en fonction de la nature des soins)	100 %	-	-	-	-
Transports sanitaires pris en charge par le R.O.⁽²⁾	65 %	35 %	✓	35 %	✓
Maternité					
● Accouchement	100 %	-	-	-	-
● Acte d'obstétrique, soins et honoraires	100 %	-	-	-	-
Interruption Volontaire de Grossesse	100 %	-	-	-	-
HONORAIRES MEDICAUX					
Consultations, visites, actes techniques médicaux (dont chirurgie)	70 %	30 %	-	30 %	-
Radiologie et échographie	70 %	30 %	✓	30 %	✓
Analyses prises en charge par le R.O.⁽²⁾ (y compris dépistage de l'hépatite B)	60 %	40 %	✓	40 %	✓
Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie...)	60 %	40 %	✓	40 %	✓
Pharmacie (médicaments prescrits pris en charge par le R.O. ⁽²⁾)					
● Médicaments pris en charge à 65 %	65 %	35 %	✓	35 %	✓
● Médicaments pris en charge à 30 %	30 %	-	-	70 %	✓
● Médicaments pris en charge à 15 %	15 %	-	-	85 %	✓
Cure thermale prise en charge par le R.O.⁽²⁾ (soins et forfait surveillance)	65 %	35 %	-	35 %	-
Soins à l'étranger pris en charge par le R.O.⁽²⁾	70 %	30 %	-	30 %	-
Vaccinations prescrites (même non prises en charge par le R.O. ⁽²⁾)	-	Frais Réels	-	Frais Réels	-
OPTIQUE / DENTAIRE / ACOUSTIQUE / APPAREILLAGE					
Monture, verres et lentilles prises en charge par le R.O.⁽²⁾	60 %	40 %	✓	40 %	✓
Soins et radiologie dentaires	70 %	30 %	✓	30 %	✓
Orthodontie prise en charge par le R.O.⁽²⁾ (en fonction de la nature des soins)	70 %	30 %	-	30 %	-
Orthodontie prise en charge par le R.O.⁽²⁾ (en fonction de la nature des soins)	100 %	-	-	-	-
Prothèses dentaires prises en charge par le R.O.⁽²⁾	70 %	30 %	✓	30 %	✓
Prothèses auditives	60 %	40 %	✓	40 %	✓
Autres appareillages (prothèses capillaires, semelles orthopédiques...)	60 %	40 %	✓	40 %	✓
PRÉVENTION					
Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale					
● Actes de prévention pris en charge à 70 %	70 %	30 %	✓	30 %	✓
● Actes de prévention pris en charge à 100 %	100 %	-	-	-	-
SERVICE ASSOCIÉ					
Mutuelle Bleue Assistance	-	OUI	-	OUI	-
PRÉVOYANCE (Facultative)					
Prévoyance Hospitalisation	-	Versement d'une indemnité forfaitaire de 7 € par jour d'hospitalisation			
Prévoyance Accident	-	Versement d'un capital de 7 500 € en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, par accident			
Capital Equipement Dépendance / Handicap	-	Versement d'un capital de 1 500 € en cas de survenance de dépendance ou de handicap			

*T.P. : Tiers Payant (1) Y compris les maisons de repos (2) R.O. : Régime Obligatoire

Tous les pourcentages indiqués dans le tableau correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire. Conformément à la réforme de l'Assurance Maladie, les taux « Régime Obligatoire » mentionnés sont ceux en vigueur au 1^{er} janvier 2016 dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et, éventuellement, des dépassements d'honoraires des praticiens. Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que la participation forfaitaire fixée à ce jour à 1 euro, ainsi que la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale. Les taux « Régime Obligatoire » étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, ils sont donnés ici à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements : ils n'ont pas de valeur contractuelle. Le total des remboursements du régime de base et du régime complémentaire est limité aux frais réels engagés.

TABLEAU DES PRESTATIONS : CAP ECO

Régime local Alsace Moselle

Cap Eco

Vos prestations

Régime local Alsace-Moselle

	Régime Obligatoire	Cap Eco		Cap Eco +	
		Base de remboursement	T.P.* mutuelle	Base de remboursement	T.P.* mutuelle
HOSPITALISATION médicale ou chirurgicale, y compris maternité					
Frais de séjour et d'hébergement					
•Établissements conventionnés ⁽¹⁾	100 %	-	-	-	-
•Établissements non conventionnés	100 %	-	-	-	-
Forfait journalier	100 %	-	-	-	-
Franchise sur les actes lourds	100 %	-	-	-	-
Honoraires chirurgie / anesthésie	100 %	-	-	-	-
Transports sanitaires pris en charge par le R.O.⁽²⁾	100 %	-	-	-	-
Maternité					
•Accouchement	100 %	-	-	-	-
•Acte d'obstétrique, soins et honoraires	100 %	-	-	-	-
Interruption Volontaire de Grossesse	100 %	-	-	-	-
HONORAIRES MEDICAUX					
Consultations, visites, actes techniques médicaux (dont chirurgie)	90 %	10 %	-	10 %	-
Radiologie et échographie	90 %	10 %	✓	10 %	✓
Analyses prises en charge par le R.O.⁽²⁾ (y compris dépistage de l'hépatite B)	90 %	10 %	✓	10 %	✓
Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie...)	90 %	10 %	✓	10 %	✓
Pharmacie (médicaments prescrits pris en charge par le R.O. ⁽²⁾)					
•Médicaments pris en charge à 90 %	90 %	10 %	✓	10 %	✓
•Médicaments pris en charge à 80 %	80 %	-	-	20 %	✓
•Médicaments pris en charge à 15 %	15 %	-	-	85 %	✓
Cure thermale prise en charge par le R.O.⁽²⁾ (soins et forfait surveillance)	90 %	10 %	-	10 %	-
Soins à l'étranger pris en charge par le R.O.⁽²⁾	90 %	10 %	-	10 %	-
Vaccinations prescrites (même non prises en charge par le R.O. ⁽²⁾)	-	Frais Réels	-	Frais Réels	-
OPTIQUE / DENTAIRE / ACOUSTIQUE / APPAREILLAGE					
Monture, verres et lentilles prises en charge par le R.O.⁽²⁾	90 %	10 %	✓	10 %	✓
Soins et radiologie dentaires	90 %	10 %	✓	10 %	✓
Orthodontie prise en charge par le R.O.⁽²⁾ (en fonction de la nature des soins)	90 %	10 %	-	10 %	-
Orthodontie prise en charge par le R.O.⁽²⁾ (en fonction de la nature des soins)	100 %	-	-	-	-
Prothèses dentaires prises en charge par le R.O.⁽²⁾	90 %	10 %	✓	10 %	✓
Prothèses auditives	90 %	10 %	✓	10 %	✓
Autres appareillages (prothèses capillaires, semelles orthopédiques...)	90 %	10 %	✓	10 %	✓
PRÉVENTION					
Actes de prévention prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale					
•Actes de prévention pris en charge à 90 %	90 %	10 %	✓	10 %	✓
•Actes de prévention pris en charge à 100 %	100 %	-	-	-	-
SERVICE ASSOCIÉ					
Mutuelle Bleue Assistance	-	OUI	-	OUI	-
PRÉVOYANCE (Facultative)					
Prévoyance Hospitalisation	-	Versement d'une indemnité forfaitaire de 7 € par jour d'hospitalisation			
Prévoyance Accident	-	Versement d'un capital de 7 500 € en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, par accident			
Capital Equipement Dépendance / Handicap	-	Versement d'un capital de 1 500 € en cas de survenance de dépendance ou de handicap			

*T.P. : Tiers Payant (1) Y compris les maisons de repos (2) R.O. : Régime Obligatoire

Tous les pourcentages indiqués dans le tableau correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire. Conformément à la réforme de l'Assurance Maladie, les taux « Régime Obligatoire » mentionnés sont ceux en vigueur au 1^{er} janvier 2016 dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et, éventuellement, des dépassements d'honoraires des praticiens. Le déremboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que la participation forfaitaire fixée à ce jour à 1 euro, ainsi que la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale. Les taux « Régime Obligatoire » étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, ils sont donnés ici à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements : ils n'ont pas de valeur contractuelle. Le total des remboursements du régime de base et du régime complémentaire est limité aux frais réels engagés.

OPTION PROTECTION ACCIDENT EN INCLUSION

- Conditions Générales -

ARTICLE 1^{ER} : OBJET ET FORME DE L'OPTION

L'option Protection Accident en inclusion proposée par la MUTUELLE a pour but de garantir aux personnes assurées au titre de la garantie Santé Socle un capital en cas de décès par accident ou d'invalidité absolue et définitive suite à un accident survenu pendant la période de validité de la garantie.

Il faut entendre par accident « toute atteinte corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'Adhérent. Ne sont pas considérés comme accidentels les maladies aiguës ou chroniques, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux. ».

Cette option est régie par le Livre II du Code de la Mutualité et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur au moment de sa souscription.

ARTICLE 2 : INTERVENANTS

L'adhésion à l'option Protection Accident en inclusion est accessoire à la garantie Santé Socle. La souscription concerne l'ensemble des personnes mentionnées au bulletin d'adhésion de la garantie Santé.

ARTICLE 3 : PRESTATIONS GARANTIES

Le montant du capital en cas de décès par accident ou en cas d'invalidité absolue et définitive suite à un accident est de sept mille cinq cent (7 500) euros par personne mentionnée au bulletin d'adhésion de la garantie Santé.

ARTICLE 4 : CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

La souscription est ouverte uniquement aux personnes adhérentes à un contrat Cap Eco.

La souscription se fait au moyen du bulletin d'adhésion à la garantie Santé en remplissant le paragraphe prévu à cet effet sur le bulletin d'adhésion.

L'option devra être conservée pendant une période effective de douze (12) mois minimum avant toute modification.

ARTICLE 5 : PRISE D'EFFET ET DUREE DE L'OPTION

L'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion par la MUTUELLE (cachet de la Poste, date de remise en agence ou, lors d'un retour par voie électronique, date figurant sur le bulletin d'adhésion faisant foi). Elle est valide jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle annuellement par tacite reconduction selon les mêmes modalités que la garantie Santé Socle.

ARTICLE 6 : CALCUL DES COTISATIONS

La garantie est consentie moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée de façon forfaitaire pour l'ensemble des personnes mentionnées au bulletin d'adhésion de la garantie Santé Socle.

Cette cotisation annuelle comporte 15 % de frais affectés à la gestion du contrat.

Cette cotisation annuelle porte également la taxe spéciale sur les conventions d'assurances affectée à la catégorie de la présente option.

ARTICLE 7 : PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Le paiement de la cotisation ne pourra être fractionné si le contrat Santé Socle est réglé annuellement. Si le Membre participant souhaite opter pour un fractionnement, celui-ci sera identique à celui du contrat Santé Socle. La cotisation ainsi fractionnée sera appelée sur le même bordereau que le contrat Santé Socle.

ARTICLE 8 : DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement de la cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, la MUTUELLE adresse au Membre participant une lettre de mise en demeure, par courrier recommandé avec accusé réception, l'avisant de la situation et de ses conséquences sur le maintien des garanties souscrites. À défaut de paiement dans les trente (30) jours suivant cette mise en demeure, la MUTUELLE pourra suspendre les garanties.

Les garanties seront résiliées dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours, si aucun paiement n'a été effectué dans cette période, à moins que le Membre participant n'apporte la preuve que le non-paiement est dû à un cas de force majeure.

En cas de résiliation, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à la MUTUELLE.

ARTICLE 9 : CONDITIONS DE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

En cas de décès accidentel d'une personne assurée pendant la période de garantie, la MUTUELLE règle au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) le capital souscrit.

Les bénéficiaires du capital sont les personnes nommément désignées par le souscripteur. La désignation de bénéficiaires peut se faire sur le bulletin d'adhésion ou par acte sous seing privé ou par acte authentique. Si l'Adhérent souhaite répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires, le décès de l'un entraîne la redistribution de son capital aux autres, proportionnellement à leurs parts respectives.

A défaut de bénéficiaire désigné, le capital dû est versé dans l'ordre ci-après :

- au conjoint survivant, non divorcé, non séparé de corps par une décision judiciaire définitive à la date du décès ;
- à défaut, aux descendants à parts égales : enfants (légitimes ou légitimés, naturels, reconnus, adoptifs) présents ou représentés ainsi que les enfants recueillis ;
- à défaut, aux ascendants à parts égales ;
- à défaut, aux frères et sœurs à parts égales ;
- à défaut, aux héritiers légaux.

Lorsque les enfants bénéficiaires, orphelins de père et de mère, sont mineurs, le capital décès est versé au tuteur.

L'Adhérent peut modifier la clause bénéficiaire quand elle n'est plus appropriée.

Toutefois, si le bénéficiaire accepte le bénéfice de la garantie, sa désignation devient irrévocable. Ce qui signifie que son accord devient indispensable si l'Adhérent souhaite lui substituer quelqu'un. A défaut de consentement, la MUTUELLE ne pourra donner une suite favorable à la demande.

Pièces à fournir

Les bénéficiaires devront faire parvenir à la MUTUELLE :

- un acte de décès de l'Adhérent ;
- un certificat médical de décès à retourner sous pli confidentiel au médecin-conseil de la MUTUELLE ;
- une photocopie de la Carte Nationale d'Identité des bénéficiaires portant la mention « non décédé » ;
- une pièce établissant la cause accidentelle du décès (rapport de Police ou de Gendarmerie, coupures de journaux).

Toutefois, cet élément de preuve n'est pas demandé lorsque le certificat médical mentionne clairement la nature, la date, le lieu, les circonstances et les causes du décès.

- toutes pièces éventuellement requises au titre de la législation fiscale.

La MUTUELLE se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives complémentaires.

ARTICLE 10 : CONDITIONS DE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT

La MUTUELLE versera à l'Adhérent reconnu en invalidité absolue et définitive suite à un accident pendant la période de garantie le montant du capital défini à l'article 3 des présentes Conditions Générales.

Pièces à fournir

L'Adhérent devra faire parvenir à la MUTUELLE :

- une demande écrite, datée et signée ;
- un rapport médical délivré par le médecin-traitant à retourner sous pli confidentiel au médecin-conseil de la MUTUELLE (ce certificat devra préciser l'origine accidentelle, la nature, la date de début et le caractère définitif de l'invalidité ainsi que l'état clinique actuel de l'Adhérent) ;
- un certificat médical attestant l'obtention de la tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ;
- une pièce établissant de façon décisive la cause accidentelle de l'invalidité (rapport de Police). Toutefois, cet élément de preuve n'est pas demandé lorsque le certificat médical mentionne clairement la nature, la date, le lieu, les circonstances et les causes de l'accident ;
- une photocopie de la Carte Nationale d'Identité de l'Adhérent, datée et signée ;
- un Relevé d'Identité Bancaire au nom du bénéficiaire.

La MUTUELLE se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives complémentaires.

L'invalidité absolue et définitive doit survenir en cours de période de garantie.

La MUTUELLE se réserve le droit de procéder, à ses frais, à un examen médical approfondi de l'invalidé, soit par son propre médecin-conseil, soit par un médecin choisi par elle, autre que le médecin-traitant.

Compte tenu de l'avis formulé par le médecin-conseil de la MUTUELLE et, le cas échéant, du résultat d'une expertise à effectuer aux frais de la MUTUELLE, celle-ci statue sur la demande présentée et notifie sa décision à l'Adhérent. En cas de contestation sur le niveau de l'invalidité et sur son caractère définitif, l'état de cette invalidité est apprécié en dernier ressort par un médecin-arbitre désigné d'un commun accord par le médecin-conseil de la MUTUELLE et par le médecin-traitant de l'Adhérent.

Les honoraires de l'expert sont à la charge de la MUTUELLE.

ARTICLE 11 : RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie les accidents et conséquences résultant de :

- suicide, actes intentionnels ou illégaux de l'Adhérent ou des bénéficiaires, de l'usage abusif de produits pharmaceutiques ou de stupéfiants en l'absence ou en cas de non-respect de l'ordonnance médicale ;
- des conséquences d'un acte délibéré du bénéficiaire ;
- des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournement, prises d'otages ;
- utilisation, en tant que pilote ou passager, de motos de plus de 125 cc ou d'engins aériens autres que les avions de lignes régulières ;
- compétitions sportives (entraînements et épreuves) à titre professionnel ou pratique des activités suivantes : alpinisme, boxe, hippisme en compétition, navigation maritime de plaisance, spéléologie, ski hors-piste, tout sport nécessitant un engin à moteur ;
- conséquences de la modification de structure du noyau atomique ou de toute autre source de rayonnements ionisants ;
- conséquences d'accidents occasionnés par une catastrophe naturelle ;
- conséquences de l'état d'ivresse, d'éthylisme ou d'alcoolémie (taux constaté égal ou excédant le taux prévu par la réglementation en vigueur lors du sinistre).

ARTICLE 12 : CESSATION DE LA GARANTIE

Résiliation

Le Membre participant a la faculté de résilier la présente option, le 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la MUTUELLE **deux (2) mois au moins avant la fin de l'année civile**, soit le 31 octobre de l'année en cours.

La résiliation du contrat Santé entraîne de fait la résiliation de l'option Protection Accident en inclusion.

Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation et à l'issue des quarante (40) jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la MUTUELLE, les garanties sont résiliées de plein droit à moins que le Membre participant n'apporte la preuve que le non-paiement de la cotisation est dû à un cas de force majeure.

Dans cette hypothèse, les prestations garanties sont suspendues jusqu'au paiement des cotisations dues par le Membre participant.

Le paiement s'entend ici de l'intégralité des cotisations échues et impayées pendant la période de suspension.

D'une façon générale, la MUTUELLE ne doit aucune garantie pour les décès accidentels survenus pendant cette période.

Fausse déclaration intentionnelles

Que ce soit à l'adhésion ou en cours de garantie, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la déchéance de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause.

Par ailleurs, la communication d'informations erronées, portant sur la date, les circonstances et conséquences du sinistre, n'ouvre pas droit aux prestations garanties.

Dans ce cas, la MUTUELLE se réserve le droit de poursuivre le bénéficiaire pour le remboursement des sommes indûment versées et les cotisations payées d'avance restent acquises à la MUTUELLE.

D'une façon générale, les garanties prennent automatiquement fin à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion au contrat Santé Soclé.

ARTICLE 13 : DISPOSITIONS DIVERSES

Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la Mutualité :

Article L. 221-11 du Code de la Mutualité : toutes actions dérivant des

opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux (2) 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 de l'Adhérent, que du jour où la MUTUELLE en a eu connaissance ;

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

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

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le Bénéficiaire n'est pas l'Adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Adhérent décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du membre participant.

Article L. 221-12 du Code de la Mutualité : la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la MUTUELLE à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la MUTUELLE, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code de la Mutualité.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (Article 2244 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil)

Engagements du Membre participant

Le Membre participant s'engage, en cours d'adhésion, à déclarer à la MUTUELLE tout changement dans sa situation personnelle ou celle de ses Ayants droit pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par la MUTUELLE.

Sanctions

La MUTUELLE se réserve le droit de radier ou d'exclure tout Adhérent qui aura causé ou tenté de causer volontairement à la MUTUELLE un préjudice dûment constaté selon les modalités définies par les statuts.

En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par l'Adhérent, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, l'Adhérent peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

En cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (Article L. 221-14 du Code de la Mutualité).

Informatique et libertés

Les données à caractère personnel recueillies au titre des demandes d'adhésion sont exclusivement utilisées dans le cadre des activités de la MUTUELLE. Elles sont régies par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études

statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales. Elles sont destinées à la MUTUELLE en tant que responsable du traitement, et éventuellement aux partenaires et/ou aux réassureurs de la MUTUELLE.

La MUTUELLE prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Les Membres participants ainsi que leurs Ayants droit, figurant sur tout fichier informatique à l'usage de la MUTUELLE, de ses mandataires, ses réassureurs ou ses partenaires peuvent demander communication, rectification ou encore exercer leur droit d'opposition pour des motifs légitimes à propos de toute information les concernant en s'adressant à l'adresse du siège de la MUTUELLE.

Droit d'opposition au démarchage téléphonique

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, le Membre participant est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret 10300 Troyes ;
- soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr

Cette inscription permet au Membre participant de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit. En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas la MUTUELLE de joindre téléphoniquement le Membre participant dans le cadre des relations contractuelles existantes.

Réclamations - Médiation

En cas de difficultés liées à l'application de la présente option, les Bénéficiaires peuvent contacter :

- En première instance : le Service Relations Adhérents au 01 64 71 40 00 ;

- En cas de difficultés persistantes : le Service Satisfaction Clients, 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex ;

La MUTUELLE s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

- En dernier recours si, après épuisement de toutes les procédures internes de la MUTUELLE, un désaccord subsiste, et que les Bénéficiaires n'ont pas saisi les tribunaux, ils auront la faculté de faire appel au Médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française dont les coordonnées sont les suivantes :

- Courrier : FNMF - Monsieur le Médiateur - 225 rue de Vaugirard - 75719 Paris Cedex 15
- Courriel : mediation@mutualite.fr
- Site internet : www.mediateur-mutualite.fr

L'avis du Médiateur de la FNMF sera écrit et motivé. Il sera communiqué à la MUTUELLE qui sera tenue de s'y conformer.

Modification des Conditions Générales

Seule l'Assemblée Générale est compétente pour modifier les présentes Conditions Générales. Ces modifications sont portées à la connaissance des Adhérents de la MUTUELLE.

Les modifications portant sur les taux de cotisations et/ou les montants de prestations sont applicables de plein droit à compter de leur notification.

Loi applicable

La loi applicable aux présentes dispositions sera déterminée conformément à l'article L. 225-2 du Code de la Mutualité.

Désignation de l'organisme de contrôle

La MUTUELLE exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

OPTION PROTECTION HOSPI EN INCLUSION

- Conditions Générales -

ARTICLE 1^{ER} : OBJET ET FORME DE L'OPTION

L'option Protection Hospi en inclusion proposée par la MUTUELLE a pour but de verser des indemnités journalières forfaitaires en cas d'hospitalisation pour une maladie contractée ou un accident survenu pendant la période de validité de la garantie.

Cette option est régie par le Livre II du Code de la Mutualité et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur au moment de sa souscription.

ARTICLE 2 : INTERVENANTS

L'adhésion à l'option Protection Hospi en inclusion est accessoire à la garantie Santé Socle. La souscription concerne l'ensemble des personnes mentionnées au bulletin d'adhésion de la garantie Santé.

ARTICLE 3 : PRESTATIONS GARANTIES

Cette option ouvre droit, en cas d'hospitalisation de l'Adhérent ou de l'une des personnes mentionnées au bulletin d'adhésion de la garantie Santé pour cette option, au versement d'indemnités journalières forfaitaires d'un montant de sept (7) euros par jour d'hospitalisation.

ARTICLE 4 : CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

La souscription est ouverte uniquement aux personnes adhérentes à un contrat Cap Eco.

La limite d'âge à la souscription est de 80 ans. L'âge est calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

La souscription se fait au moyen du bulletin d'adhésion à la garantie Santé en remplissant le paragraphe prévu à cet effet sur le bulletin d'adhésion. L'option devra être conservée pendant une période effective de douze (12) mois minimum avant toute modification.

ARTICLE 5 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'OPTION

L'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion par la MUTUELLE (cachet de la Poste, date de remise en agence ou, lors d'un retour par voie électronique, date figurant sur le bulletin d'adhésion faisant foi). Elle est valide jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction selon les mêmes modalités que la garantie Santé Socle.

ARTICLE 6 : CARENCE - FRANCHISE

DURÉE MAXIMALE D'INDEMNISATION

Délai de carence

Période suivant l'enregistrement du bulletin d'adhésion pendant laquelle une hospitalisation d'origine non accidentelle (ainsi que ses suites, conséquences et récidives) ne peut donner lieu à indemnisation. Il est unique pour cette option, à savoir : quatre vingt dix (90) jours à compter de la date d'effet du contrat.

Franchise

Nombre minimum de jours consécutifs d'hospitalisation ouvrant droit à une indemnisation. Les indemnités sont versées à partir du 1^{er} jour suivant ce délai.

L'indemnisation débute à partir du 3^e jour consécutif d'hospitalisation (franchise de deux (2) jours).

Si l'hospitalisation résulte d'un accident, l'indemnisation débute au 1^{er} jour (pas de franchise).

Il faut entendre par accident « toute atteinte corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'Adhérent. Ne sont pas considérés comme accidentels les maladies aiguës ou chroniques, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examen médicaux. ».

Durée maximale d'indemnisation

La durée maximale d'indemnisation pour une même affection est limitée à trois cent soixante-cinq (365) jours.

ARTICLE 7 : CALCUL DES COTISATIONS

La garantie est consentie moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée de façon forfaitaire pour l'ensemble des personnes mentionnées au bulletin d'adhésion de la garantie Santé Socle.

Cette cotisation annuelle comporte 15 % de frais affectés à la gestion du contrat.

ARTICLE 8 : PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Le paiement de la cotisation ne pourra être fractionné si le contrat Santé Socle est réglé annuellement.

Si le Membre participant souhaite opter pour un fractionnement, celui-ci sera identique à celui du contrat Santé Socle. La cotisation ainsi fractionnée sera appelée sur le même bordereau que le contrat Santé Socle.

ARTICLE 9 : DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement de la cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, la MUTUELLE adresse au Membre participant une lettre de mise en demeure, par courrier recommandé avec accusé réception, l'avisant de la situation et de ses conséquences sur le maintien des garanties souscrites.

À défaut de paiement dans les trente (30) jours suivant cette mise en demeure, la MUTUELLE pourra suspendre les garanties.

Les garanties seront résiliées dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours, si aucun paiement n'a été effectué dans cette période, à moins que le Membre participant n'apporte la preuve que le non-paiement est dû à un cas de force majeure.

En cas de résiliation, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à la MUTUELLE.

ARTICLE 10 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES D'HOSPITALISATION

La MUTUELLE verse une indemnité pour toute période de vingt-quatre (24) heures d'hospitalisation et dans la limite de trois cent soixante-cinq (365) indemnités journalières à compter de la 1^{ère} admission, pour une même maladie ou un même accident.

En cas de nouvelles hospitalisations dues aux suites ou conséquences de la même maladie ou du même accident nécessitant au moins une (1) nuit d'hospitalisation, le versement des indemnités reprendra dans la limite des trois cent soixante-cinq (365) indemnités, à compter du :

- 1^{er} jour de la nouvelle admission si celle-ci intervient moins de trente (30) jours après le dernier jour d'hospitalisation indemnisé ;
- 3^e jour de la nouvelle admission si celle-ci intervient plus de trente (30) jours après le dernier jour d'hospitalisation indemnisé.

En cas de nouvelle hospitalisation due à une autre maladie ou à un autre accident, le droit à indemnités débutera au-delà de la franchise dans la limite des trois cent soixante-cinq (365) jours.

ARTICLE 11 : PIÈCES À FOURNIR EN CAS D'HOSPITALISATION

L'Adhérent doit adresser à la MUTUELLE un bulletin d'hospitalisation au plus tard dans les quinze (15) jours suivant le début de son hospitalisation, sauf cas de force majeure.

Si l'hospitalisation dure plus de quinze (15) jours, les indemnités sont réglées hebdomadairement sur présentation d'un bulletin de situation.

À la sortie de l'hôpital, l'Adhérent fait parvenir à la MUTUELLE un bulletin d'hospitalisation ou une copie de la facture mentionnant les dates d'entrée et de sortie ou le nombre de jours du séjour.

En outre, si l'hospitalisation est consécutive à un accident, l'Adhérent fera parvenir à la MUTUELLE :

- une déclaration d'accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident ;
- les preuves de l'accident : rapport de Police, procès-verbal de Gendarmerie, coupures de journaux...

La MUTUELLE se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives permettant d'apprécier si l'hospitalisation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie.

ARTICLE 12 : RISQUES EXCLUS

L'Adhérent est garanti pour tout séjour effectué en hôpital ou clinique public(que) ou privé(e), à l'exclusion des séjours générés par les faits suivants :

- les hospitalisations non accidentelles survenant pendant les périodes de carence énumérées à l'article 6 de ces mêmes Conditions Générales ;
- le suicide ou les tentatives de suicide ;
- des faits de guerre civile ou étrangère, de la désintégration du noyau atomique ;
- la participation active de l'Adhérent à des émeutes, rixes, crimes, délits, actes de terrorisme ou de sabotage (sauf cas de légitime défense,

d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel) ;

- l'usage de stupéfiants à des fins autres que médicales ;
- la manipulation d'une arme à feu par l'Adhérent ;
- la pratique d'un sport à titre professionnel ou des sports suivants : aviation légère ou sportive, vol à voile, U.L.M., parachutisme, deltaplane, parapente, compétitions automobiles, motocyclistes ou motonautiques ;
- l'usage d'une moto de cylindrée supérieure à 400 cc (la garantie étant acquise pour une moto de cylindrée inférieure mais uniquement en usage promenade-trajet) ;
- l'alpinisme avec varappe ou randonnée au-delà de 4 000 mètres ;
- les conséquences de l'état d'ivresse, d'éthylisme ou d'alcoolémie (taux constaté égal ou excédant le taux prévu par la réglementation en vigueur lors du sinistre) ;
- l'état de grossesse et ses conséquences ;
- les asthénies, les états dépressifs et les affections psychiatriques ;
- les bilans de santé et les traitements esthétiques ;
- les cures de désintoxication ou de sommeil ;
- les suites et conséquences de maladies ou d'accidents déclarés ou survenus avant la date d'effet du contrat.

Ne sont pas garantis par cette option, l'hospitalisation à domicile, la rééducation fonctionnelle, les séjours effectués dans des établissements classés comme maisons de repos, centres ou maisons de convalescence, établissements thermaux, hospices et maisons de retraite.

ARTICLE 13 : CESSATION DE LA GARANTIE

Résiliation

Le Membre participant a la faculté de résilier la présente option, le 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la MUTUELLE **deux (2) mois au moins avant la fin de l'année civile**, soit le 31 octobre de l'année en cours.

Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation et à l'issue des quarante (40) jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la MUTUELLE, les garanties sont résiliées de plein droit à moins que le Membre participant n'apporte la preuve que le non-paiement de la cotisation est dû à un cas de force majeure.

Dans cette hypothèse, les prestations garanties sont suspendues jusqu'au paiement des cotisations dues par le Membre participant.

Le paiement s'entend ici de l'intégralité des cotisations échues et impayées pendant la période de suspension.

D'une façon générale, la MUTUELLE ne doit aucune garantie pour les hospitalisations survenues pendant cette période.

Fausse déclaration intentionnelles

Que ce soit à l'adhésion ou en cours de garantie, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la déchéance de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause.

Par ailleurs, la communication d'informations erronées, portant sur la date, les circonstances et conséquences du sinistre, n'ouvre pas droit aux prestations garanties.

Dans ce cas, la MUTUELLE se réserve le droit de poursuivre le Bénéficiaire pour le remboursement des sommes indûment versées et les cotisations payées d'avance restent acquises à la MUTUELLE.

D'une façon générale, les garanties prennent automatiquement fin à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion au contrat Santé Socle.

ARTICLE 14 : DISPOSITIONS DIVERSES

Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la Mutualité :

Article L. 221-11 du Code de la Mutualité : toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux (2) 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 de l'Adhérent, que du jour où la MUTUELLE en a eu connaissance ;

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

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

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le Bénéficiaire n'est pas l'Adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Adhérent décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du membre participant.

Article L. 221-12 du Code de la Mutualité : la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la MUTUELLE à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la MUTUELLE, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code de la Mutualité.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
 - l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
 - une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (Article 2244 du Code civil)] ;
 - l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.
- À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

Engagements du Membre participant

Le Membre participant s'engage, en cours d'adhésion, à déclarer à la MUTUELLE tout changement dans sa situation personnelle ou celle de ses Ayants droit pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par la MUTUELLE.

Sanctions

La MUTUELLE se réserve le droit de radier ou d'exclure tout Adhérent qui aura causé ou tenté de causer volontairement à la MUTUELLE un préjudice dûment constaté selon les modalités définies par les statuts. En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par l'Adhérent, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, l'Adhérent peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

En cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (Article L. 221-14 du Code de la Mutualité).

Subrogation

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, la MUTUELLE est subrogée, à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions du Membre participant et ses Ayants droit envers les tiers responsables de dommages causés à lui-même ou aux membres de sa famille.

À cet effet, le Membre participant et ses Ayants droit devront informer la MUTUELLE de toute demande de remboursement faisant suite à un accident mettant en cause un tiers afin de lui permettre d'exercer son recours contre le tiers responsable ou son assureur.

Informatique et libertés

Les données à caractère personnel recueillies au titre des demandes d'adhésion sont exclusivement utilisées dans le cadre des activités de la MUTUELLE. Elles sont régies par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à

des fins commerciales. Elles sont destinées à la MUTUELLE en tant que responsable du traitement, et éventuellement aux partenaires et/ou aux réassureurs de la MUTUELLE.

La MUTUELLE prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Les Membres participants, ainsi que leurs Ayants droit, figurant sur tout fichier informatique à l'usage de la MUTUELLE, de ses mandataires, ses réassureurs ou ses partenaires peuvent demander communication, rectification ou encore exercer leur droit d'opposition pour des motifs légitimes à propos de toute information les concernant en s'adressant à l'adresse du siège de la MUTUELLE.

Droit d'opposition au démarchage téléphonique

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, le Membre participant est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret 10300 Troyes ;
- soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr

Cette inscription permet au Membre participant de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit. En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas la MUTUELLE de joindre téléphoniquement le Membre participant dans le cadre des relations contractuelles existantes.

Réclamations - Médiation

En cas de difficultés liées à l'application de la présente option, les Bénéficiaires peuvent contacter :

- En première instance : le Service Relations Adhérents au 01 64 71 40 00 ;
- En cas de difficultés persistantes : le Service Satisfaction Clients, 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex ;

La MUTUELLE s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

- En dernier recours si, après épuisement de toutes les procédures internes de la MUTUELLE, un désaccord subsiste, et que les Bénéficiaires n'ont pas saisi les tribunaux, ils auront la faculté de faire appel au Médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française dont les coordonnées sont les suivantes :

- Courrier : FNMF - Monsieur le Médiateur - 225 rue de Vaugirard - 75719 Paris Cedex 15
- Courriel : mediation@mutualite.fr
- Site internet : www.mediateur-mutualite.fr

L'avis du Médiateur de la FNMF sera écrit et motivé. Il sera communiqué à la MUTUELLE qui sera tenue de s'y conformer.

Modification des Conditions Générales

Seule l'Assemblée Générale est compétente pour modifier les présentes Conditions Générales. Ces modifications sont portées à la connaissance des Adhérents de la MUTUELLE.

Les modifications portant sur les taux de cotisations et/ou les montants de prestations sont applicables de plein droit à compter de leur notification.

Loi applicable

La loi applicable aux présentes dispositions sera déterminée conformément à l'article L. 225-2 du Code de la Mutualité.

Désignation de l'organisme de contrôle

La MUTUELLE exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

OPTION CAPITAL ÉQUIPEMENT DÉPENDANCE / HANDICAP EN INCLUSION

- Conditions Générales -

ARTICLE 1^{ER} : OBJET ET FORME DE L'OPTION

L'option Capital Équipement Dépendance / Handicap en inclusion proposée par la MUTUELLE a pour but de garantir aux personnes assurées au titre de la garantie Santé Socle un capital en cas de dépendance ou de handicap de l'Adhérent pendant la période de validité de la garantie.

Il faut entendre par dépendance « la perte définitive d'autonomie de l'Adhérent qui lui rend impossible la réalisation de certaines activités ordinaires de la vie sans l'aide d'une tierce personne ». L'option Capital Équipement Dépendance / Handicap en inclusion ne prévoit le versement du capital qu'en cas de classement de l'Adhérent en Groupe Iso-Ressources 1 et 2 (GIR1 et GIR2).

Il faut entendre par handicap « toute atteinte corporelle ou psychique entraînant le classement par la Sécurité sociale en 3^e catégorie d'invalidité ou l'attribution définitive d'un taux d'invalidité d'au moins 80 % par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ».

Cette option est régie par le Livre II du Code de la Mutualité et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur au moment de sa souscription.

ARTICLE 2 : INTERVENANTS

L'adhésion à l'option Capital Équipement Dépendance / Handicap en inclusion est accessoire à la garantie Santé Socle. La souscription concerne l'ensemble des personnes mentionnées au bulletin d'adhésion de la garantie Santé.

ARTICLE 3 : PRESTATIONS GARANTIES

Le montant du capital versé en cas de dépendance ou de handicap avéré(e) est de mille cinq cent (1 500) euros par personne assurée au moment du sinistre et mentionnée au bulletin d'adhésion de la garantie Santé.

ARTICLE 4 : CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

La souscription est ouverte uniquement aux personnes adhérentes à un contrat Cap Eco.

La limite d'âge à la souscription est de 80 ans. L'âge est calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

La souscription se fait au moyen du bulletin d'adhésion à la garantie Santé en remplissant le paragraphe prévu à cet effet sur le bulletin d'adhésion. L'option devra être conservée pendant une période effective de douze (12) mois minimum avant toute modification.

ARTICLE 5 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'OPTION

L'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion par la MUTUELLE (cachet de la Poste, date de remise en agence ou, lors d'un retour par voie électronique, date figurant sur le bulletin d'adhésion faisant foi). Elle est valide jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle annuellement par tacite reconduction selon les mêmes modalités que la garantie Santé Socle.

ARTICLE 6 : CARENCE - FRANCHISE

La garantie est consentie moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée de façon forfaitaire pour l'ensemble des personnes mentionnées au bulletin d'adhésion de la garantie Santé Socle.

Cette cotisation annuelle comporte 15 % de frais affectés à la gestion du contrat.

Cette cotisation annuelle porte également la taxe spéciale sur les conventions d'assurances affectée à la catégorie de la présente option.

ARTICLE 7 : PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Le paiement de la cotisation ne pourra être fractionné si le contrat Santé Socle est réglé annuellement.

Si le Membre participant souhaite opter pour un fractionnement, celui-ci sera identique à celui du contrat Santé Socle. La cotisation ainsi fractionnée sera appelée sur le même bordereau que le contrat Santé Socle.

ARTICLE 8 : DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement de la cotisation dans les dix (10) jours de son

échéance, la MUTUELLE adresse au Membre participant une lettre de mise en demeure par courrier recommandé avec accusé de réception l'avisant de la situation et de ses conséquences sur le maintien des garanties souscrites. À défaut de paiement dans les trente (30) jours suivant cette mise en demeure, la MUTUELLE pourra suspendre les garanties.

Les garanties seront résiliées dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours, si aucun paiement n'a été effectué dans cette période, à moins que le Membre participant n'apporte la preuve que le non-paiement est dû à un cas de force majeure.

En cas de résiliation, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à la MUTUELLE.

ARTICLE 9 : CONDITIONS DE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DÉPENDANCE OU DE HANDICAP

En cas de survenance de dépendance ou de handicap avéré(e) d'une personne assurée pendant la période de garantie, la MUTUELLE règle à l'Adhérent ou au représentant légal, dans le cas d'un enfant mineur, le capital souscrit.

Pièces à fournir en cas de dépendance

L'Adhérent devra faire parvenir à la MUTUELLE :

- un certificat médical du médecin-traitant ou hospitalier à retourner sous pli confidentiel au médecin-conseil de la MUTUELLE, exposant l'état de dépendance de l'Adhérent, sa date de survenance et précisant l'origine de la ou des affection(s) ;
- la notification du rattachement de l'Adhérent au Groupe Iso-Ressources (GIR) ;
- tout autre document demandé par la MUTUELLE lui permettant d'apprécier si la demande de prestation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie.

Pièces à fournir en cas de handicap

- un certificat médical délivré par le médecin-traitant à retourner sous pli confidentiel au médecin-conseil de la MUTUELLE (ce certificat devra préciser l'origine, la nature, la date de début et le caractère définitif de l'invalidité ainsi que l'état clinique actuel de l'Adhérent),
- le justificatif du classement en invalidité 3^e catégorie Sécurité sociale établi par le médecin-conseil de l'organisme d'assurance maladie dont dépend l'Adhérent,
- ou la notification définitive de l'attribution de la carte d'invalidité par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avec un minimum de 80 % d'invalidité reconnue,
- tout autre document demandé par la MUTUELLE lui permettant d'apprécier si la demande de prestation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie.

La MUTUELLE se réserve le droit de procéder, à ses frais, à un examen médical approfondi de l'Adhérent, soit par son propre médecin-conseil, soit par un médecin choisi par elle, autre que le médecin-traitant de l'Adhérent.

Compte tenu de l'avis formulé par le médecin-conseil de la MUTUELLE et, le cas échéant, du résultat d'une expertise à effectuer aux frais de la MUTUELLE, celle-ci statue sur la demande présentée et notifie sa décision à l'Adhérent. En cas de contestation sur le niveau de l'invalidité et sur son caractère définitif, l'état de l'Adhérent est apprécié en dernier ressort par un médecin-arbitre désigné d'un commun accord par le médecin-conseil de la MUTUELLE et par le médecin-traitant de l'Adhérent.

Les honoraires de l'expert sont à la charge de la MUTUELLE.

Pièces à fournir dans tous les cas

La MUTUELLE se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives complémentaires.

ARTICLE 10 : RISQUES EXCLUS

Dans tous les cas, les suites et conséquences d'un handicap ou d'un état de dépendance déclaré ou survenu avant la date d'effet du contrat sont exclues de la garantie.

Sont également exclues de la garantie les conséquences résultant de :

- suicide, actes intentionnels ou illégaux de l'Adhérent, l'usage abusif de produits pharmaceutiques ou de stupéfiants en l'absence ou en cas de non-respect de l'ordonnance médicale ;

- d'un acte délibéré du Bénéficiaire ;
- des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournement, prises d'otages ;
- compétitions sportives (entraînements et épreuves) à titre professionnel ;
- conséquences de la modification de structure du noyau atomique ou de toute autre source de rayonnements ionisants ;
- conséquences de l'état d'ivresse, d'éthylisme ou d'alcoolémie (taux constaté égal ou excédant le taux prévu par la réglementation en vigueur lors du sinistre).

ARTICLE 11 : CESSATION DES GARANTIES

Résiliation

Le Membre participant a la faculté de résilier la présente option, le 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la MUTUELLE **deux (2) mois au moins avant la fin de l'année civile**, soit le 31 octobre de l'année en cours.

La résiliation du contrat Santé entraîne de fait la résiliation de l'option Capital Équipement Dépendance / Handicap en inclusion.

Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation et à l'issue des quarante (40) jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la MUTUELLE, les garanties sont résiliées de plein droit à moins que le Membre participant n'apporte la preuve que le non-paiement de la cotisation est dû à un cas de force majeure.

Dans cette hypothèse, les prestations garanties sont suspendues jusqu'au paiement des cotisations dues par le Membre participant.

Le paiement s'entend ici de l'intégralité des cotisations échues et impayées pendant la période de suspension.

D'une façon générale, la MUTUELLE n'assure aucune garantie pour les états de dépendance ou de handicap survenus pendant cette période de suspension.

Fausse déclaration intentionnelles

Que ce soit à l'adhésion ou en cours de garantie, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la déchéance de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause.

Par ailleurs, la communication d'informations erronées, portant sur la date, les circonstances et conséquences du sinistre, n'ouvre pas droit aux prestations garanties.

Dans ce cas, la MUTUELLE se réserve le droit de poursuivre le Bénéficiaire pour le remboursement des sommes indûment versées et les cotisations payées d'avance restent acquises à la MUTUELLE.

D'une façon générale, les garanties prennent automatiquement fin à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion au contrat Santé Socle.

Réalisation du risque

Le versement du capital garanti au titre d'un état de dépendance ou de handicap met définitivement fin à l'option Capital Équipement Dépendance / Handicap pour l'Adhérent concerné.

ARTICLE 12 : DISPOSITIONS DIVERSES

Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la Mutualité :

Article L. 221-11 du Code de la Mutualité : toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux (2) 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 de l'Adhérent, que du jour où la MUTUELLE en a eu connaissance ;

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

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

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le Bénéficiaire n'est pas l'Adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Adhérent décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°,

les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du membre participant.

Article L. 221-12 du Code de la Mutualité : la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la MUTUELLE à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la MUTUELLE, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code de la Mutualité.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
 - l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
 - une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (Article 2244 du Code civil)] ;
 - l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.
- À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil)

Engagements du Membre participant

Le Membre participant s'engage, en cours d'adhésion, à déclarer à la MUTUELLE tout changement dans sa situation personnelle ou celle de ses Ayants droit pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par la MUTUELLE.

Sanctions

La MUTUELLE se réserve le droit de radier ou d'exclure tout Adhérent qui aura causé ou tenté de causer volontairement à la MUTUELLE un préjudice dûment constaté selon les modalités définies par les statuts. En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par l'Adhérent, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, l'Adhérent peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

En cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (Article L. 221-14 du Code de la Mutualité).

Informatique et libertés

Les données à caractère personnel recueillies au titre des demandes d'adhésion sont exclusivement utilisées dans le cadre des activités de la MUTUELLE. Elles sont régies par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales. Elles sont destinées à la MUTUELLE en tant que responsable du traitement, et éventuellement aux partenaires et/ou aux réassureurs de la MUTUELLE.

La MUTUELLE prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Les Membres participants ainsi que leurs Ayants droit, figurant sur tout fichier informatique à l'usage de la MUTUELLE, de ses mandataires, ses réassureurs ou ses partenaires peuvent demander communication rectification ou encore exercer leur droit d'opposition pour des motifs légitimes à propos de toute information les concernant en s'adressant à l'adresse du siège de la MUTUELLE.

Droit d'opposition au démarchage téléphonique

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, le Membre participant est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret - 10300 Troyes ;
- soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr

Cette inscription permet au Membre participant de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit. En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas la MUTUELLE de joindre téléphoniquement le Membre participant dans le cadre des relations contractuelles existantes.

Reclamations - Médiation

En cas de difficultés liées à l'application de la présente option, les Bénéficiaires peuvent contacter :

- En première instance : le Service Relations Adhérents au 01 64 71 40 00 ;
- En cas de difficultés persistantes : le Service Satisfaction Clients, 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex ;

La MUTUELLE s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

- En dernier recours si, après épuisement de toutes les procédures internes de la MUTUELLE, un désaccord subsiste, et que les Bénéficiaires n'ont pas saisi les tribunaux, ils auront la faculté de faire appel au Médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française dont les coordonnées sont les suivantes :

- Courrier : FNMF - Monsieur le Médiateur - 225 rue de Vaugirard - 75719 Paris Cedex 15
- Courriel : mediation@mutualite.fr
- Site internet : www.mediateur-mutualite.fr

L'avis du Médiateur de la FNMF sera écrit et motivé. Il sera communiqué à la MUTUELLE qui sera tenue de s'y conformer.

Modification des Conditions Générales

Seule l'Assemblée Générale est compétente pour modifier les présentes Conditions Générales. Ces modifications sont portées à la connaissance des Adhérents de la MUTUELLE.

Les modifications portant sur les taux de cotisations et/ou les montants de prestations sont applicables de plein droit à compter de leur notification.

Loi applicable

La loi applicable aux présentes dispositions sera déterminée conformément à l'article L. 225-2 du Code de la Mutualité.

Désignation de l'organisme de contrôle

La MUTUELLE exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 671 993.

Siège social : 68 rue du Rocher - CS 60075 - 75396 Paris Cedex 08
Siège administratif : 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex