



RÈGLEMENT MUTUALISTE DE LA MUTUELLE PRÉVIFRANCE

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 669

Mis à jour par l'Assemblée Générale du 20 juin 2024

- RÈGLEMENT GÉNÉRAL INDIVIDUEL
- RÈGLEMENT SPÉCIFIQUE AUX GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ
- RÈGLEMENT SPÉCIFIQUE À LA GARANTIE HOSPITALISATION
- RÈGLEMENT SPÉCIFIQUE AUX GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL / INVALIDITÉ PERMANENTE
- RÈGLEMENT SPÉCIFIQUE À LA GARANTIE MAINTIEN PRIME DE FEU EN CAS D'INAPTITUDE OPÉRATIONNELLE
- RÈGLEMENT SPÉCIFIQUE À LA GARANTIE PROTECTION ACCIDENT ACTIFS
- RÈGLEMENT SPÉCIFIQUE À LA GARANTIE PROTECTION ACCIDENT SENIORS

Table des matières

RÈGLEMENT GÉNÉRAL INDIVIDUEL 3

Article 1 : Informations générales sur la Mutuelle.....	3
Article 2 : Objet du règlement mutualiste.....	3
Article 3 : Modification des règlements, des cotisations et des prestations	3
Article 3.1 : Modalités.....	3
Article 3.2 : Information.....	3
Article 3.3 : Support durable.....	3
Article 4 : Adhésion.....	3
Articles 4.1 : Modalités d'adhésion.....	3
Article 4.2 : Date d'effet et durée de l'adhésion.....	4
Article 4.3 : Changement de situation personnelle ou familiale.....	4
Article 5 : Déclaration du risque.....	4
Article 6 : Montant de la cotisation.....	4
Article 7 : Paiement de la cotisation.....	4
Article 8 : Non-paiement des cotisations.....	4
Article 9 : Prestations assurées.....	4
Article 10 : Limitations et exclusions.....	5
Article 11 : Prescription.....	5
Article 12 : Subrogation.....	5
Article 13 : Action sociale.....	5
Article 14 : Réclamations-Médiation.....	5
Article 15 : Informatique et libertés.....	5
Article 16 : Loi et langue applicable.....	5

RÈGLEMENT SPÉCIFIQUE AUX GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

SANTÉ 6

Article 1 : Généralités.....	6
Article 2 : Garantie.....	6
Article 3 : Dénonciation de l'adhésion.....	6
Article 4 : Prestations.....	6
Article 5 : Territorialité.....	7
Article 6 : Tiers Payant.....	7
Article 7 : Cotisations.....	7
Article 8 : Subrogation.....	7
Article 9 : Contrôle.....	7

RÈGLEMENT SPÉCIFIQUE À LA GARANTIE HOSPITALISATION 8

Article 1 : Généralités.....	8
Article 2 : Garantie.....	8
Article 3 : Prestations.....	8
Article 4 : Risques exclus.....	8
Article 5 : Cessation des garanties.....	8
Article 6 : Formalités en cas de sinistre.....	8
Article 7 : Versement des prestations.....	8
Article 8 : Définition de l'accident.....	8

RÈGLEMENT SPÉCIFIQUE AUX GARANTIES INCAPACITÉ

TEMPORAIRE DE TRAVAIL / INVALIDITÉ PERMANENTE 9

Article 1 : Généralités.....	9
Article 3 : Prestation.....	9
Article 4 : Cotisations.....	9
Article 5 : Risques exclus.....	9
Article 6 : Cessation des garanties.....	9
Article 7 : Formalités en cas de sinistre.....	9
Article 8 : Versement des prestations.....	9
Article 9 : Définition de l'accident.....	9
Article 10 : Contrôle.....	9
Article 10.1 : Contrôle médical.....	9
Article 10.2 : Contrôle sur place et sur pièces.....	9

Article 10.3 : Expertise.....	9
Article 11 : Litiges médicaux.....	9

RÈGLEMENT SPÉCIFIQUE À LA GARANTIE MAINTIEN PRIME DE FEU EN CAS D'INAPTITUDE OPERATIONNELLE 11

Article 1 : Généralités.....	11
Article 2 : Garantie.....	11
Article 3 : Prestations.....	11
Article 4 : Date limite de l'indemnisation et limitations.....	11
Article 5 : Cotisations.....	11
Article 6 : Risques exclus.....	11
Article 7 : Cessation des garanties.....	11
Article 8 : Formalités en cas de sinistre.....	11

RÈGLEMENT SPÉCIFIQUE GARANTIE PROTECTION ACCIDENT

ACTIFS..... 12

Article 1 : Définitions.....	12
Article 2 : Objet du règlement.....	12
Article 3 : Conditions d'adhésion - Entrée en vigueur des garanties.....	12
Article 4 : Contenu des garanties consécutives à un accident.....	12
Article 4.1 : Garantie en cas de décès.....	12
Article 4.2 : La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.....	12
Article 4.3 : Garantie en cas d'hospitalisation.....	12
Article 4.4 : Hospitalisation en soins intensifs.....	12
Article 5 : Paiement des prestations.....	12
Article 6 : Modalités de règlement et pièces justificatives.....	12
Article 7 : Contrôle médical - Contre-expertise - Arbitrage.....	13
Article 7.1 : Contrôle médical.....	13
Article 7.2 : Contrôle sur place et sur pièces.....	13
Article 7.3 : Expertise.....	13
Article 7.4 : Litiges médicaux.....	13
Article 8 : Cotisations.....	13
Article 9 : Exclusions.....	13
Article 10 : Prestations.....	13
Article 11 : Cessation des garanties.....	13
Article 12 : Territorialité.....	13

RÈGLEMENT SPÉCIFIQUE GARANTIE PROTECTION ACCIDENT

SENIORS..... 14

Article 1 : Définitions.....	14
Article 2 : Objet du règlement.....	14
Article 3 : Conditions d'adhésion - Entrée en vigueur des garanties.....	14
Article 4 : Contenu des garanties consécutives à un accident.....	14
Article 4.1 : Garantie en cas de décès.....	14
Article 4.2 : Garantie en cas d'hospitalisation.....	14
Article 4.3 : Hospitalisation en soins intensifs.....	14
Article 5 : Paiement des prestations.....	14
Article 6 : Modalités de règlement et pièces justificatives.....	14
Article 7 : Contrôle médical - Contre-expertise - Arbitrage.....	14
Article 7.1 : Contrôle médical.....	14
Article 7.2 : Contrôle sur place et sur pièces.....	14
Article 7.3 : Expertise.....	15
Article 8 : Litiges médicaux.....	15
Article 9 : Cotisations.....	15
Article 9.1 : Détermination des cotisations.....	15
Article 9.2 : Révision des cotisations.....	15
Article 10 : Exclusions.....	15
Article 11 : Prestation.....	15
Article 12 : Cessation des garanties.....	15
Article 13 : Territorialité.....	15

RÈGLEMENT GÉNÉRAL INDIVIDUEL

Article 1 : Informations générales sur la Mutuelle

La Mutuelle PréviFrance (ci-après dénommée « la Mutuelle ») est une Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 669 dont le siège social est situé 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31 012 Toulouse Cedex 6.

Elle dispose des agréments dans les branches suivantes du Code de la Mutualité : branche 1 Accident, branche 2 Maladie, branche 20 Vie-Décès. La Mutuelle est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège social est situé 4, Place de Budapest CS 92459 – 75 436 Paris Cedex 09.

Article 2 : Objet du règlement mutualiste

Conformément à l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité, le présent règlement définit le contenu des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne :

- les prestations
- et,
- les cotisations.

pour les branches d'activité pour lesquelles la Mutuelle est agréée.

Plus précisément, les droits et obligations de la Mutuelle et du membre participant résultent de l'application cumulative :

- des statuts de la Mutuelle et du règlement intérieur,
 - du règlement général individuel,
 - du règlement spécifique, annexé au règlement général, applicable au membre participant
- et,
- du tableau de garanties applicable au membre participant et correspondant à son choix sur le bulletin d'adhésion et/ou le certificat d'adhésion

Article 3 : Modification des règlements, des cotisations et des prestations

Article 3.1 : Modalités

La modification des règlements est décidée par l'Assemblée Générale ou adoptée par le Conseil d'Administration s'il a reçu délégation de l'Assemblée Générale conformément à l'article L114-11 du Code de la Mutualité ; dans ce cas-là, il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière.

Celles des cotisations et prestations est décidée par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration sur délégation de l'Assemblée Générale.

Article 3.2 : Information

Les modifications sont portées à la connaissance des membres participants et des membres honoraires de la Mutuelle ; elles sont applicables dès qu'elles leur ont été notifiées.

Cette notification pourra être effectuée par une insertion dans les lettres d'information adressées aux membres participant, par courrier simple ou courrier électronique, ou par tout autre moyen de communication, notamment par le biais de tout support durable autorisé par le Code de la Mutualité.

Article 3.3 : Support durable

Selon les dispositions de l'article L. 221-6-4 du Code de la Mutualité, constitue un support durable, tout instrument offrant la possibilité au membre participant, à l'employeur, à la personne morale souscriptrice ou à la Mutuelle, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

Quand la Mutuelle met à la disposition du membre participant des documents sur support durable autre que le papier, ceux-ci seront dématérialisés et consultables sur l'Espace Adhèrent du membre participant (via le site Internet de la Mutuelle).

Dans ce cas, à la mise en ligne d'un nouveau document, une information est adressée au membre participant :

- soit par courrier électronique à l'adresse de messagerie électronique,
- soit par SMS au numéro de téléphone mobile,

portés à la connaissance de la Mutuelle.

Conformément à l'article L.221-6-5 du Code de la mutualité, le membre participant a le droit de s'opposer à l'utilisation du support numérique dès l'adhésion ou à n'importe quel moment.

Article 4 : Adhésion

L'adhésion au présent règlement mutualiste peut s'effectuer selon les modalités mises à disposition par la Mutuelle.

Articles 4.1 : Modalités d'adhésion

Adhésion par écrit

La personne physique désireuse d'adhérer à la Mutuelle doit compléter, dater et signer un bulletin d'adhésion indiquant le niveau de garantie choisi parmi celles régies par un des règlements spécifiques ainsi que, lorsque cela est demandé, des documents complémentaires notamment un questionnaire médical lorsque le Code de la Mutualité et la réglementation le permettent et/ou un acompte de cotisations.

La Mutuelle peut être amenée à demander des compléments d'informations ou des précisions sur les informations fournies. Dans le cas où un dossier d'adhésion reste incomplet, il est renvoyé au signataire et l'adhésion ne prend pas effet.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par les règlements.

Dématérialisation

La Mutuelle peut proposer d'adhérer au(x) règlement(s) de façon dématérialisée.

A cet effet, le Membre participant devra disposer d'une adresse de courrier électronique et d'un numéro de téléphone mobile personnel, portés à la connaissance de la Mutuelle.

Dans ce cadre, notamment le bulletin d'adhésion est signé électroniquement.

Signature électronique

La signature électronique est un procédé technique permettant de donner à un document sur support électronique la même valeur juridique que celle d'un écrit sur support papier. Elle peut être proposée par la Mutuelle pour la signature d'une

adhésion en face à face en agence, à distance ou en ligne dans les conditions prévues par l'article L221-6-7 du Code de la Mutualité.

Des Conditions Générales d'Utilisation viennent détailler les conditions dans lesquelles est réalisée la signature électronique. Après en avoir pris connaissance, la personne désireuse d'adhérer s'engage à en respecter les dispositions.

La signature électronique assure l'identification du signataire ; elle permet également de garantir l'authenticité et l'intégrité de l'ensemble des informations fournies au membre participant, dont les documents contractuels (bulletin d'adhésion, mandat SEPA, questionnaire médical, règlement mutualiste, fiche d'information...) transmis sur support durable à l'adresse e-mail et/ou sur son espace adhérent.

Conformément à l'article L.221-6-5 du Code de la Mutualité, le membre participant a le droit de s'opposer à l'utilisation du support numérique dès l'adhésion ou à n'importe quel moment. Il peut demander à ce qu'un support papier soit utilisé sans frais pour la poursuite de l'adhésion.

Adhésion à distance

a. Définition

Le contrat est commercialisé à distance lorsqu'il est conclu sans qu'il y ait la présence physique et simultanée des parties.

b. Éléments communiqués à l'adhérent conformément à l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité

En temps utile avant l'adhésion à distance à un règlement, le futur membre participant reçoit les informations suivantes :

- la dénomination de la Mutuelle, l'adresse de son siège social, son numéro d'immatriculation au répertoire SIRENE, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la section mutualiste qui propose la couverture ;
- le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation permettant à l'adhérent de vérifier celle-ci ;
- la durée minimale du bulletin d'adhésion au règlement ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;
- la durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de l'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance ;
- l'existence ou l'absence d'un droit de renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de renonciation doit être envoyée. L'adhérent doit également être informé du montant de cotisation que la Mutuelle peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;
- la loi sur laquelle la Mutuelle se fonde pour établir les relations précontractuelles avec l'adhérent ainsi que la loi applicable au bulletin d'adhésion au règlement et la langue que la Mutuelle s'engage à utiliser, avec l'accord de l'adhérent, pendant la durée du bulletin d'adhésion au règlement ;
- les modalités d'examen des réclamations que l'adhérent peut formuler au sujet du bulletin d'adhésion au règlement y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

Les informations sur les conditions d'adhésion communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au bulletin d'adhésion au règlement.

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

Pour l'application de l'article L. 221-18, la Mutuelle ou l'union communique au membre participant les informations suivantes :

- Les modalités d'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation.

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

- En cas de communication par téléphonie vocale, le nom de la Mutuelle ou de l'union ainsi que le caractère commercial de l'appel sont indiqués sans équivoque au début de toute conversation avec le membre participant. La personne en contact avec le membre participant doit en outre préciser son identité et son lien avec la Mutuelle ou l'union.

Sous réserve de l'accord formel du membre participant, seules les informations visées aux 2°, 3° et 5° du III de l'article L. 221-18 peuvent lui être communiquées. Le membre participant est toutefois informé que les informations visées aux 1°, 4°, 6° et 7° peuvent lui être fournies sur demande.

En outre, la Mutuelle ou l'union est tenue de fournir l'ensemble des informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 lorsqu'elle remplit ses obligations en vertu de l'article L. 121-20-11 du Code de la consommation.

En cas d'adhésion par téléphone, l'enregistrement vocal de l'accord verbal donné par l'adhérent à l'adhésion le jour de l'entretien téléphonique et enregistré avec son consentement formalise l'adhésion.

En cas d'adhésion sur support digital, l'enregistrement informatique formalise l'adhésion.

Faculté de renonciation en cas de vente à distance

Si l'adhésion a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance en application de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. Ce délai est porté à 30 jours calendaires révolus en ce qui concerne les adhésions aux garanties Décès.

Ce délai commence à courir soit à compter de la date d'effet mentionnée sur son certificat d'adhésion, soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle PréviFrance par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'adhésion et la renonciation.

Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation, la Mutuelle Prévoyance rembourse au membre participant les cotisations payées. Un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après :

« Je, soussigné(e)..... domicilié(e)..... déclare renoncer à mon adhésion du .../.../... au règlement mutualiste et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance. » Fait à, le, (signature).
A adresser à : Mutuelle Prévoyance - Santé Gestion des contrats - 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 TOULOUSE cedex 06.

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues.

Article 4.2 : Date d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion :

- prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion adressé au membre participant par la Mutuelle et s'achève le 31 décembre de l'année d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation ;
- se renouvelle ensuite, annuellement, au 1er janvier, par tacite reconduction dans le respect de la réglementation en vigueur.

Sous réserve des spécificités propres à chaque règlement spécifique, l'adhésion prend fin :

- A l'initiative du membre participant :
En cas de dénonciation de son adhésion, par le membre participant, notifiée à la Mutuelle par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité au moins deux mois avant la date d'échéance de son adhésion. La date d'échéance est fixée au 31 décembre de l'année civile concernée.
Par ailleurs, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de son adhésion au règlement est rappelée dans chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction.
- A l'initiative de la Mutuelle :
En cas de non-paiement des cotisations par le membre participant, en cas de fausse déclaration intentionnelle.
- A l'initiative de la Mutuelle ou du membre participant :
Conformément à l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ne sont plus remplies ou en cas de survenance d'un des événements suivants : changement de domicile, changement de situation matrimoniale, changement de régime matrimonial, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification. La Mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Les modalités de démission, radiation et exclusion, ainsi que leurs effets, sont également précisés par l'article 8 des statuts de la Mutuelle et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 4.3 : Changement de situation personnelle ou familiale

Le membre participant doit impérativement signaler à la Mutuelle dans le délai de deux mois qui suit l'événement, les changements survenant dans leur situation ou celle de leurs ayants droit. Si la demande est effectuée dans le délai, la modification prendra effet soit à la date de l'événement et au plus tard au premier jour du mois suivant la demande.

Dans le cas où elle n'est pas faite dans le délai de deux mois, la Mutuelle ne pourra pas être tenue pour responsable des conséquences ; le changement ne sera alors pris en considération qu'à compter de la date de la demande.

Si le changement de situation, quelles que soient la date ou la façon dont il aura été porté à la connaissance de la Mutuelle, implique une hausse de la cotisation notamment en cas de changement de zone tarifaire, celle-ci prendra effet, rétroactivement, au 1er jour du mois de l'événement, le membre participant étant tenu de régulariser le paiement des cotisations dues à la Mutuelle.

Article 5 : Déclaration du risque

Principe : La Mutuelle doit être informée de la réalisation du risque couvert par chaque garantie dès que le bénéficiaire de la prestation en a connaissance et au maximum dans le délai de prescription afférent à la garantie en cause. Des précisions sur les modalités de déclaration du risque sont apportées dans chaque règlement spécifique.

La Mutuelle se réserve le droit de demander une indemnité en cas de déclaration tardive, conformément à l'article L. 221-16 du Code de la Mutualité.

Réticence ou fausse déclaration :

Conformément à l'article L 221-14 du Code de la Mutualité et indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Conformément à l'article L. 221-15 du Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle peut maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue alors au membre participant la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des

cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 6 : Montant de la cotisation

Le montant annuel des cotisations est fixé par le Conseil d'Administration sur délégation de l'Assemblée Générale ou par l'Assemblée Générale.

Sous réserve d'une spécificité propre à un règlement mutualiste spécifique, les révisions de cotisations n'engendrent pas de modification du bulletin d'adhésion. Conformément à l'article L. 114-7 du Code de la Mutualité, la modification des montants de cotisations est applicable dès qu'elle a été notifiée aux membres participants.

Le montant des cotisations est fonction des garanties choisies.

En ce qui concerne les remboursements de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, conformément à l'article L. 112-1 du Code de la Mutualité, le montant des cotisations ne peut être modulé qu'en fonction du revenu, de la durée d'appartenance à la Mutuelle, du Régime de Sécurité sociale d'affiliation, du lieu de résidence, du nombre d'ayants droit, et de l'âge des membres participants. Pour ces opérations, la Mutuelle ne peut recueillir des informations médicales auprès de ses membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.

Le montant des cotisations intègre les taxes et prélèvements fixés par la législation en vigueur et spécifiques aux risques garantis.

Lorsque l'âge du membre participant est pris en compte dans le calcul du montant de la cotisation, la cotisation due est celle correspondant à l'âge qu'il atteindra au cours de l'année civile. La cotisation évolue ensuite en fonction de l'âge du membre participant.

Article 7 : Paiement de la cotisation

Le membre participant est seul responsable du paiement de la cotisation.

Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. Leur paiement peut être fractionné selon la périodicité choisie par le membre participant sur le bulletin ou demande d'adhésion.

Le membre participant s'engage à régler les cotisations au plus tard dans les dix jours suivant leur échéance périodique.

En cas d'adhésion en cours d'année civile, la cotisation du membre participant est calculée au prorata de la cotisation annuelle en vigueur.

Aucun paiement en espèce ne sera accepté.

Article 8 : Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L 221-7 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

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

En cas d'incident de paiement (rejet d'un prélèvement automatique ou chèque sans provision) la Mutuelle se réserve le droit d'exiger des frais financiers et de gestion liés à ce rejet.

Après radiation, le membre participant pourra adhérer à nouveau : deux ans après la date de la résiliation des garanties, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

Article 9 : Prestations assurées

La nature et l'étendue des prestations versées par la Mutuelle :

- figurent dans les tableaux annexés aux différents règlements spécifiques proposés par la Mutuelle et,
- sont fonction du choix effectué par le membre participant lors de son adhésion et figurant sur le bulletin d'adhésion.

Les conditions de modification des garanties sont fonction du type de risque garanti et sont détaillées dans chaque règlement spécifique.

Le membre participant est redevable des sommes qu'il aurait perçues à tort, notamment des remboursements de frais engagés hors période de garantie, qu'ils aient été directement perçus par le bénéficiaire ou payés pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du Tiers payant.

En cas de versements se révélant indus, la Mutuelle se réserve le droit de :

- compenser les prestations payées à tort avec un versement de prestations postérieur ou un crédit de cotisation ou,
- solliciter la répétition de la prestation indument versée dans le délai de 5 années ; en cas de non-restitution des sommes par le membre participant, la Mutuelle pourra recourir à tous les moyens de droit nécessaires à leur recouvrement.

Déchéance en cas de fraude

Toute fraude ou tentative de fraude caractérisée par l'utilisation de moyens frauduleux ou la production de documents falsifiés (faux décomptes, fausses factures, faux bulletins d'hospitalisation ...) fait perdre tout droit à prestation au membre participant ou à l'ayant droit qui porte ainsi atteinte aux intérêts de la Mutuelle.

Les prestations déjà versées à tort par la Mutuelle dans ces conditions seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

Toute personne dont la fraude est avérée pourra être exclue de la Mutuelle dans les conditions de l'article 8 des statuts.

Article 10 : Limitations et exclusions

Les limitations et exclusions de garanties sont mentionnées dans les différents règlements spécifiques et tableaux annexés à ces règlements proposés par la Mutuelle.

Article 11 : Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations régies par les différents règlements proposés par la Mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 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,
- 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.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 12 : Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit, jusqu'à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

À cet effet, le membre participant ou les bénéficiaires des prestations 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 13 : Action sociale

Conformément au Code de la Mutualité et à ses statuts, la Mutuelle peut, dans des situations exceptionnelles, mettre en œuvre une action sociale pour ses membres participants et leurs ayants droit. Les prestations allouées dans ce cadre peuvent notamment être :

- la prise en charge de frais de santé exceptionnels insuffisamment couverts ou non couverts par l'assurance maladie obligatoire ;
- l'aide au paiement de la cotisation du membre participant à la Mutuelle ;
- l'aide, notamment à domicile, lorsque le membre participant ne peut subvenir seul à ses besoins vitaux.

Article 14 : Réclamations-Médiation

a. Réclamation

Toute réclamation est à adresser à Mutuelle PréviFrance « Réclamation Santé Adhérents » 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE CEDEX 6 par courrier recommandé avec accusé de réception.

b. Médiation

En l'absence de réponse dans les 2 mois ou si le différent persiste et si aucune action contentieuse n'a déjà été engagée pour le même litige, le membre participant ou ses ayants droit pourront, saisir gratuitement le Médiateur de la Mutuelle.

Le Médiateur est saisi :

- soit par courrier avec accusé de réception adressé à :
CM2C - 14 RUE SAINT JEAN - 75017 Paris
- soit par voie électronique sur le site internet de CM2C : cm2c.net
- soit par mail à cm2c@cm2c.net

accompagné de l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier.

Article 15 : Informatique et libertés

Conformément à la réglementation sur la protection des données, les informations communiquées sont destinées à la Mutuelle PréviFrance en sa qualité de responsable de traitement. Elles sont collectées pour la passation, la gestion et l'exécution des adhésions ainsi qu'à des fins de contrôle interne, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude à l'assurance, et sauf opposition à des fins de prospection commerciale. La réception et le traitement des documents comportant des informations médicales par les salariés de la Mutuelle PréviFrance sont effectués dans le respect des procédures internes limitant le nombre de personnes ayant accès à ces renseignements et garantissant leur confidentialité. Ces personnes sont toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au secret professionnel.

Dans ce cadre, les salariés de la Mutuelle PréviFrance pourront traiter l'ensemble des informations médicales. Concernant les dossiers de Prévoyance, en cas de refus écrit de l'adhérent/prospect, ces informations seront traitées par le Médecin conseil uniquement.

Aucune des données à caractère personnel n'est transmise à des tiers autres que les entités PréviFrance et ses éventuels délégataires de gestion.

Pour plus d'informations, les membres participants peuvent consulter la Charte de protection des données mise à disposition par la Mutuelle.

Les membres participants et leurs ayants droit disposent à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles les concernant. Pour exercer ce droit, la demande doit être adressée, accompagnée d'un justificatif d'identité en cours de validité à : Mutuelle PREVIFRANCE - Protection des données- 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE cedex 6, ou par e-mail à : protection.donnees@previfrance.fr

Le membre participant ayant communiqué ses coordonnées téléphoniques à la Mutuelle est informé, en application de l'article L.121-34 du Code de la Consommation, qu'il a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dite « Bloctel » : accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr

Article 16 : Loi et langue applicable

La loi applicable est la loi française.

La langue applicable est la langue française.

RÈGLEMENT SPÉCIFIQUE AUX GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

Article 1 : Généralités

Les droits et obligations de la Mutuelle et du membre participant, au titre des garanties complémentaires santé, résultent de l'application cumulative :

- des statuts de la Mutuelle et du règlement intérieur,
- du règlement général individuel,
- du présent règlement spécifique et,
- du tableau de garanties applicable au membre participant et correspondant à son choix sur le bulletin d'adhésion et/ou le certificat d'adhésion

Article 2 : Garantie

La garantie a pour objet le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés par le membre participant en cas de maladie, maternité, accident, dès lors que ceux-ci donnent lieu à remboursement par le Régime d'Assurance Maladie Obligatoire français auquel est affilié le membre participant ou son ayant droit.

De manière accessoire, et en conformité avec les mentions stipulées sur le bulletin d'adhésion et/ou sur le certificat d'adhésion, certains frais ne donnant pas lieu à indemnisation de la part du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire pourront être pris en charge par la Mutuelle.

Si la garantie prévoit des prestations annexes liées à une hospitalisation, la Mutuelle pourra les prendre en charge dans la mesure où l'hospitalisation aura donné lieu à un remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

La garantie peut également prévoir l'attribution de primes en cas d'événement familial (prime de naissance ou d'adoption, prestation décès...).

Dans tous les cas, 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 du membre participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Le membre participant peut demander une modification de ses garanties, à condition d'avoir bénéficié pendant au moins un an des garanties en cours. La modification de garanties prend effet, après émission d'un nouveau certificat d'adhésion par la Mutuelle et au plus tôt lors de la prochaine échéance périodique de cotisation si la demande de modification de l'adhésion a été reçue par la Mutuelle au moins vingt jours avant cette échéance. A défaut, la modification de garantie prend effet à l'échéance périodique suivante.

Les membres participants peuvent ouvrir le bénéfice des prestations à leurs ayants droit en les inscrivant sur le bulletin d'adhésion.

Peuvent être inscrites en tant qu'ayant droit du membre participant, les personnes physiques suivantes :

- a. son conjoint, ou la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité, ou son concubin notoire ;
- b. les enfants du membre participant et/ou des personnes définies au a., jusqu'à leur vingt-huitième anniversaire ;
- c. les enfants du membre participant et/ou des personnes définies au a. sans condition d'âge s'ils sont handicapés et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles ;
- d. les ascendants à charge fiscalement du membre participant.

L'inscription de l'enfant d'une personne définie au a. n'est possible qu'à la condition que cette dernière soit inscrite à la Mutuelle.

Dans le cas de l'inscription d'un nouveau né ou d'un enfant adopté, celle-ci prend effet au moment de la survenance de l'événement à condition d'en effectuer la demande dans les deux mois. A défaut, les garanties prennent effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion.

Lorsque l'assuré perd sa qualité d'ayant droit, il doit remplir un bulletin d'adhésion individuel afin de continuer à bénéficier de garanties équivalentes.

Le membre participant s'engage à fournir à tout moment à la Mutuelle la preuve de la qualité d'ayant droit de chaque personne inscrite comme telle.

Le membre participant a l'obligation d'informer la Mutuelle, dès leur survenance, de toute modification des informations qu'il a fournies.

Si une prestation en cas de décès est incluse dans la garantie choisie :

- Elle est d'une durée maximale d'une année. L'Assemblée Générale de la Mutuelle décide chaque année de son maintien, de sa suppression ou de sa modification pour l'année suivante.
- Les conditions qui la régissent figurent dans le tableau de la garantie.
- Le capital sera versé, à défaut d'autres bénéficiaires désignés par le membre participant,
 - o à son conjoint survivant, non séparé de corps judiciairement à la date du décès, à défaut
 - o à ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut
 - o à ses héritiers.

A leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

Ne peuvent être membres participants de la Mutuelle que les assurés bénéficiaires de droits propres auprès d'un organisme légal d'assurance maladie français.

Article 3 : Dénonciation de l'adhésion

Résiliation infra-annuelle

Conformément à l'article L. 221-10-2 du code de la mutualité et de la réglementation afférente, le membre participant bénéficie d'un droit à résiliation infra-annuelle : à tout moment, à l'issue de la première année d'adhésion (12 mois) le membre participant peut résilier son adhésion sous réserve des modalités et conditions d'application fixées par décret en Conseil d'État.

Un changement de garantie tant à la hausse qu'à la baisse entraîne l'application d'un nouveau délai de 12 mois.

Résiliation en cours d'année

À titre exceptionnel, le membre participant peut mettre fin à son adhésion en cours d'année :

- lorsqu'il apporte la preuve qu'il a l'obligation de s'affilier à un régime de protection sociale couvrant les mêmes risques appliqué dans son entreprise.
- lors de l'obtention des droits à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).

Dans ces deux cas, la dénonciation de l'adhésion prend effet à la fin de l'échéance périodique au cours de laquelle la Mutuelle reçoit le courrier de dénonciation et les documents justifiant de la situation dans laquelle se trouve le membre participant.

Seul le membre participant peut mettre fin à l'adhésion d'un de ses ayants droit, annuellement, par courrier adressé à la mutuelle au moins 2 mois avant le 31 décembre de l'année (cachet de la Poste faisant foi).

Article 4 : Prestations

Les prestations, délais d'attente éventuels, limitations et exclusions de garanties sont décrits dans les tableaux annexés au présent règlement.

Le choix de la formule de garanties est mentionné sur le bulletin d'adhésion et, éventuellement, sur le certificat d'adhésion.

Sauf mentions contraires dans les tableaux de garanties, les garanties Complémentaire Santé s'inscrivent dans le cadre des «contrats dit responsables» fixé à l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Elles seront adaptées en cas d'évolution de ces textes.

Ainsi notamment, sont expressément exclues des prestations :

- la participation forfaitaire à la charge de l'assuré pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, sauf ceux réalisés au cours d'une hospitalisation (conformément à l'article L.160-13 II du Code de la Sécurité sociale) ;
- la franchise forfaitaire, plafonnée annuellement, sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires (conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale) ;
- la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (conformément aux articles L162-5-3 et L162-5 18° du Code de la Sécurité sociale) ;
- la majoration de la participation de l'assuré lorsque le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accès à son dossier médical personnel.

Les remboursements respectent les obligations :

- de prise en charge de la participation de l'assuré prévue au I de l'article L 160-13 du Code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire la prise en charge du ticket modérateur pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, notamment les consultations, les médicaments, les frais d'analyses ou de laboratoires, les prestations liées à la prévention ;
 - de prise en charge sans limitation de durée du forfait journalier en établissement hospitalier ;
 - de double limitation des remboursements des dépassements tarifaires sur les actes et consultations des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ;
 - de prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :
 - o à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, la prestation d'appareillage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;
 - o dans le respect de prise en charge minimale et maximale, en cas de remboursement des frais exposés, en sus la participation de l'assuré prévue au I de l'article L 160-13 du Code de la Sécurité sociale, pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L. 165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée, ainsi que dans le respect des conditions prévues à l'article D911-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- La prise en charge est limitée à l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.
- de prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;
 - à compter du 1er janvier 2021, de la prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :
 - o à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;
 - o au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

La prise en charge est limitée aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

La Mutuelle communique avant l'adhésion, puis annuellement les ratios Prestations/Cotisations et Frais de gestion/Cotisations ainsi que la composition des

frais de gestion relatifs aux garanties Complémentaire Santé de l'ensemble de son portefeuille selon les modalités précisées par un arrêté du Ministre chargé de la Santé.

Le versement des prestations intervient, en principe, par règlement direct au membre participant sur présentation des pièces justificatives des débours.

Cependant dans le cadre d'accords dits de « Tiers-Payant », la Mutuelle peut s'acquitter directement des dépenses engagées pour le membre participant ou ses ayants droit auprès des établissements hospitaliers ou de certains praticiens.

Pour obtenir le paiement des prestations, en dehors des cas de « Tiers Payant » ou de procédures de télétransmission avec les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire, le membre participant doit adresser à la Mutuelle dans les plus brefs délais :

- les originaux acquittés des notes d'honoraires et les factures de prestations ;
- les décomptes originaux du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ;
- de façon générale, tout document justificatif, utile et proportionné que la Mutuelle pourrait demander.

Dans le cas où ces documents sont transmis par voie dématérialisée, les originaux doivent être conservés par le membre participant ou ses ayants droits afin de pouvoir les présenter en cas de contrôle ; ceci pour la durée de prescription, soit 2 ans à compter de la date des soins.

La Mutuelle rembourse les soins effectués par des praticiens non conventionnés, sur la base du remboursement (Tarif d'autorité) transmis par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Quelle que soit la garantie choisie, en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge.

Dans le cas des frais de transport, la Mutuelle intervient en complément de l'assurance maladie obligatoire.

Lorsque le membre participant ou un bénéficiaire utilise un véhicule personnel, si le tableau de garantie prévoit un remboursement supérieur à 100%, part de l'assurance maladie obligatoire incluse, le remboursement s'effectue sur la base du barème kilométrique fiscal en vigueur à la date du transport, sur présentation de :

- La copie de l'état de frais adressé à l'assurance maladie obligatoire
- Le décompte de l'assurance maladie obligatoire
- La copie de la carte grise du véhicule

Seules les dépenses engagées pendant la période de validité de l'adhésion (c'est-à-dire entre sa date d'effet et sa cessation pour laquelle cause que ce soit) sont remboursables par la Mutuelle, la date de soins faisant foi.

Les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ainsi que les hospitalisations antérieures, programmées ou en cours à cette date ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Lorsque la prise en charge d'une chambre particulière est prévue par la garantie, la Mutuelle rembourse uniquement l'hébergement en chambre individuelle et ne prend pas en compte les services et prestations optionnels.

Lorsque la prise en charge des frais d'accompagnement est prévue par la garantie, ils sont remboursés au membre participant.

Si la garantie prévoit des prestations annexes liées à une hospitalisation, la Mutuelle pourra les prendre en charge dans la mesure où l'hospitalisation aura donné lieu à un remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Le traitement des prestations s'effectue à réception du dossier complet des pièces justificatives demandées par la Mutuelle. A ce moment, le paiement est réalisé sous 48h pour les demandes de remboursement reçues par télétransmission et sous 10 jours pour les décomptes et factures envoyé(e)s par courrier.

Article 5 : Territorialité

Seuls les frais faisant l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire française pourront être pris en charge par la Mutuelle.

En cas de frais de santé imprévus engagés à l'étranger, la Mutuelle intervient à hauteur de 100% de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sous réserve de recevoir les décomptes originaux de l'Assurance Maladie Obligatoire. Le paiement des prestations est toujours effectué sur un compte bancaire français et dans la monnaie légale de l'Etat français ; le taux de conversion monétaire utilisé est identique à celui utilisé par le régime d'Assurance Maladie.

Toutefois, la Mutuelle pourra rembourser selon les taux indiqués dans les tableaux de garantie sous réserve de recevoir :

- l'original ou la copie :
 - o des factures acquittées et des prescriptions médicales (traduites en français) ;
 - o du formulaire S3125 intitulé "Soins reçus à l'étranger".
- l'original :
 - o du décompte de l'Assurance Maladie obligatoire ;
 - o ainsi que, le cas échéant, du décompte du premier organisme complémentaire.

Dans tous les cas, la Mutuelle rembourse sur la base des taux et des remboursements français dans la limite des frais engagés ; si des prestations annexes à ces soins ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie, elles seront remboursées par la Mutuelle de la même manière qu'en France, si le tableau de garantie les prévoit.

Article 6 : Tiers Payant

Selon la garantie souscrite, le membre participant bénéficie du tiers payant, système lui permettant de ne pas faire l'avance des frais. Ce service ne pourra être effectué qu'en fonction des accords passés avec les professionnels de santé et la Mutuelle Prévoirance, sur présentation de la carte Mutuelle, en cours de validité. En ce qui concerne les hospitalisations, le tiers payant ne pourra être effectué que sur demande de prise en charge.

Le membre participant s'engage à :

- n'utiliser sa carte de délégation de paiement (Tiers-Payant) que s'il est à jour de ses cotisations à la date des soins ;
- détruire en cas de changement de garanties son ancienne carte et présenter la nouvelle aux Professionnels de Santé à compter de sa date d'effet ;
- détruire et ne plus utiliser sa carte en cas de cessation de sa garantie, quel qu'en soit le motif.

Dans le cas d'une utilisation non conforme, le membre participant s'engage à acquitter auprès de la Mutuelle la dette dont il serait alors redevable.

Article 7 : Cotisations

Des conditions spécifiques peuvent être appliquées pour les membres participants bénéficiaires de dispositions prévues par la législation sociale, telles l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ou la Complémentaire Santé Solidaire.

Article 8 : Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit, jusqu'à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

A cet effet, le membre participant ou les bénéficiaires des prestations 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 9 : Contrôle

Si, après avoir payé un professionnel de santé, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts, ou que le remboursement dépasse la limite des garanties souscrites, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte dans les conditions de l'article 8.4.

Dans tous les cas, la Mutuelle peut demander tout renseignement complémentaire, toute, utile et proportionnée, ou faire procéder à tout contrôle permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

En cas d'opposition à ce contrôle, la Mutuelle peut refuser la prise en charge ou le remboursement des frais.

La Mutuelle peut à tout moment faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle jugera nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuité du service des prestations au titre du présent règlement. De même, la Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative, utile et proportionnée avant ou après le paiement des prestations, afin de vérifier la réalité des dépenses engagées.

En cas de refus du membre participant ou de son ayant-droit de se soumettre à ce contrôle, ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle. Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat serait défavorable au membre participant ou à son ayant-droit, ce dernier devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues. En cas de contestation d'ordre médical, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par le membre participant ou de son ayant-droit, un médecin désigné par la Mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers. Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle. Toutefois, au cas où le tiers expert confirmerait la décision de suspension prise à l'égard de l'intéressé, les honoraires du tiers expert seraient supportés par moitié par la Mutuelle et le membre participant. En cas de fraude avérée, le membre participant ou son ayant droit supportera la totalité des honoraires du tiers expert. L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la Mutuelle et le membre participant ou son ayant droit.

Dentaire

La Mutuelle peut soumettre les dossiers à l'avis de son chirurgien-dentiste conseil, qui pourra procéder au contrôle des travaux dentaires effectués, quelle que soit la nature des soins.

RÈGLEMENT SPÉCIFIQUE À LA GARANTIE HOSPITALISATION

Article 1 : Généralités

Les droits et obligations de la Mutuelle et du membre participant, au titre de la garantie hospitalisation, résultent de l'application cumulative :

- des statuts de la Mutuelle et du règlement intérieur,
- du règlement général individuel,
- du présent règlement spécifique et,
- du tableau de garanties applicable au membre participant et correspondant à son choix sur le bulletin d'adhésion et/ou le certificat d'adhésion

Article 2 : Garantie

La garantie a pour objet le versement au membre participant d'une indemnité journalière forfaitaire en cas d'hospitalisation pour cause de maladie ou d'accident. Le montant de l'indemnité est fixé sur le bulletin d'adhésion.

Peuvent demander à adhérer les personnes âgées de plus de dix-huit ans et de moins de soixante-cinq ans ; lorsque leur adhésion est validée, ces personnes deviennent membre participant de la Mutuelle.

La garantie est acquise à condition que le membre participant soit domicilié en France métropolitaine.

Au titre du présent règlement, aucun membre participant ne peut être couvert simultanément plusieurs fois.

Sauf dispositions spécifiques prévues au tableau de garanties :

- sont admises les personnes qui ont passé favorablement un contrôle exercé sous la forme d'un profil de santé ou d'une visite
- on entend par hospitalisation tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public ou privé ou à domicile dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou d'un accident.

Délai de carence

Le droit au versement des prestations prend effet à l'expiration d'un délai de 3 (trois mois) après la date d'effet de l'adhésion précisée dans le certificat d'adhésion, sauf en cas d'accident.

Aucune hospitalisation survenue durant le délai de carence ne pourra donner lieu à une prise en charge.

Article 3 : Prestations

Les prestations et limitations sont décrites dans les tableaux de garanties.

Le choix de la formule est mentionné sur le bulletin d'adhésion et/ou sur le certificat d'adhésion. Si la formule de garantie choisie le permet, le membre participant peut demander une modification de ses garanties en cours d'adhésion.

En cas de demande d'augmentation des montants des prestations garanties, des informations complémentaires, notamment médicales, peuvent être demandées au membre participant.

En cas d'acceptation par la Mutuelle, la modification de garanties prend effet après émission d'un nouveau certificat d'adhésion et au plus tôt lors de la prochaine échéance périodique de cotisation, si la demande de modification et tous les éléments d'information nécessaires à son traitement ont été reçus par la Mutuelle au moins vingt jours avant cette échéance. A défaut, la modification de garantie prend effet à l'échéance périodique suivante. Le délai d'attente sera appliqué sur le différentiel de prestations.

Article 4 : Risques exclus

La garantie n'intervient que dans le cadre d'une hospitalisation en France métropolitaine.

Ne sont pas couvert(e)s par le présent règlement :

- les hospitalisations antérieures à la date de prise d'effet de l'adhésion, y compris celles qui sont en cours à cette date
- les séjours dans les établissements de cure, centres de rééducation ou de réadaptation, maisons de repos ou de convalescence, établissements de régime ou diététique ;
- les hospitalisations liées à :
 - o la maternité, (y compris la grossesse pathologique),
 - o des maladies neuropsychiatriques, dépression nerveuse, maladie psychiatrique en milieu hospitalier spécialisé,
 - o de la chirurgie esthétique, ou des traitements esthétiques, (sauf si prise en charge par l'assurance maladie obligatoire).
- les hospitalisations consécutives à :
 - o un fait intentionnel du membre participant,
 - o la participation du membre participant à des émeutes, mouvements populaires, actes de terrorisme ou de sabotage, attentats, paris, crimes ou délits, rixes, hors cas de légitime défense
 - o un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur supérieur ou égal à celui prévu par la législation française en vigueur pour la conduite de véhicules automobiles, un délire alcoolique, la consommation de drogue, de stupéfiants ou produits pharmaceutiques non prescrits médicalement,
 - o une guerre civile ou étrangère directement ou indirectement
 - o des manipulations volontaires d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite,
 - o tout cataclysme, tels que tremblement de terre ou inondation,
 - o des effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de radioactivité ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules,
 - o la pratique de sports aériens, automobiles et motocyclistes à titre d'amateur ou professionnel et de tous les autres sports à titre professionnel,
 - o la navigation aérienne lorsque l'assuré se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit

par un pilote ne possédant pas un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée, ce pilote pouvant être le membre participant lui-même,

- o la participation à des matchs, paris, défis, courses, tentative de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin, sauf compétition sportive normale (par compétition sportive normale, il faut entendre toute compétition organisée selon la pratique, la coutume, dans le sport considéré),

En dehors des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, la Mutuelle se réserve le droit de refuser de prendre en charge les suites d'une maladie ou d'un accident survenu antérieurement à l'adhésion du membre participant dès lors que cette maladie ou accident est mentionné dans le certificat d'adhésion.

Le dossier d'adhésion indique s'il y a lieu, les exclusions complémentaires éventuelles ou, au contraire, la suppression de certaines exclusions.

Article 5 : Cessation des garanties

Les garanties cessent pour chaque membre participant, et sauf disposition particulière figurant dans le certificat d'adhésion :

- à l'âge indiqué sur le tableau de la garantie choisie
- en cas de dénonciation de l'adhésion
- en cas de décès
- en cas de non-paiement des cotisations

Dans ce cas, le membre participant ne pourra adhérer à nouveau qu'après l'expiration d'un délai de 2 ans, suivant la date de résiliation, sous réserve d'absence de contentieux en cours

Article 6 : Formalités en cas de sinistre

En cas de survenance d'une hospitalisation, le membre participant doit la déclarer à la Mutuelle dans le délai maximum de 60 jours à compter de la date de début d'hospitalisation, sauf en cas de force majeure. A défaut, l'hospitalisation sera réputée avoir débutée à la date de réception de la déclaration

Le membre participant doit adresser à la Mutuelle, toutes les pièces justificatives nécessaires au traitement du dossier, et notamment, sans exhaustivité :

- un bulletin de situation délivré par l'établissement hospitalier indiquant les dates d'entrée et de sortie du membre participant et précisant les services dans lesquels celui-ci a séjourné
- un certificat médical précisant le motif de l'hospitalisation, adressé sous pli confidentiel à Mutuelle PréviFrance - Cellule Médicale Prévoyance - 80 rue Matabiau – BP 71269 – 1012 TOULOUSE Cedex 6.

Dans tous les cas, la Mutuelle peut être amenée à demander des pièces justificatives supplémentaires, utiles et proportionnés ou une expertise médicale.

Article 7 : Versement des prestations

Le versement de la prestation interviendra dans un délai de 15 jours après réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au traitement de la demande d'indemnisation et, le cas échéant, après la validation du dossier par la Cellule Médicale, sauf cas de force majeure et hors délai bancaire.

Pour les hospitalisations d'une durée inférieure à un 1 (un) mois, le versement est effectué en une seule fois ; pour les durées supérieures à un 1 (un) mois, les versements pourront être effectués mensuellement à terme échu et sur présentation de documents intermédiaires délivrés par l'établissement.

Article 8 : Définition de l'accident

Est considérée comme accident toute atteinte corporelle d'un membre participant, mais non intentionnelle de sa part, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Dans tous les cas, les pathologies rachidiennes dorso-lombaires ne sont pas considérées comme résultant d'un accident.

RÈGLEMENT SPÉCIFIQUE AUX GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL / INVALIDITÉ PERMANENTE

Article 1 : Généralités

Les droits et obligations de la Mutuelle et du membre participant, au titre des garanties incapacité temporaire de travail et invalidité permanente, résultent de l'application cumulative :

- des statuts de la Mutuelle et du règlement intérieur,
- du règlement général individuel,
- du présent règlement spécifique et,
- du tableau de garanties applicable au membre participant et correspondant à son choix sur le bulletin d'adhésion et/ou le certificat d'adhésion Article 2 : Garanties

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion en cas d'acceptation par la Mutuelle de l'adhésion, suite à étude des informations transmises avec le bulletin d'adhésion et analyse par la Cellule Médicale Prévoyance des renseignements médicaux demandés.

La date d'effet indiquée sur le certificat d'adhésion est le point de départ des délais d'attente éventuellement prévus pour certaines garanties et précisés dans le tableau de garanties.

Les garanties peuvent être souscrites jusqu'à l'âge auquel le membre participant peut prétendre à la liquidation de la pension de retraite du régime de base.

Ces garanties ont pour objet de faire bénéficier le membre participant d'un maintien de rémunération dans les cas suivants :

- incapacité temporaire totale de travail, dès lors que le membre participant perçoit des prestations, du régime de base dont il relève, en raison de cet arrêt de travail ;

et / ou

- invalidité permanente, dès lors que le membre participant perçoit des prestations du régime de base dont il relève en raison de la constatation de cet état d'invalidité ; et
- de garanties complémentaires annexes à la garantie incapacité temporaire totale de travail ou à la garantie invalidité permanente ouverte sur option selon les formules de garanties choisies et détaillées dans les tableaux de garanties.

Article 3 : Prestation

Les prestations, leur base de calcul, les franchises, limitations et exclusions de garanties sont décrites dans les tableaux de garanties annexés au présent règlement.

Le choix de la formule de garantie est mentionné sur le bulletin d'adhésion et sur le certificat d'adhésion.

La durée de versement des prestations spécifique à chaque garantie est précisée dans les tableaux de garanties.

En tout état de cause, le montant des prestations versées par la Mutuelle ne peut excéder 100 % de la base de calcul des prestations précisée dans les tableaux de garanties annexés.

En cas de requalification de l'arrêt de travail entraînant la prise en charge de façon rétroactive, par l'employeur ou un régime de protection sociale de base ou complémentaire, d'un maintien de rémunération, la Mutuelle sollicitera le remboursement des prestations indûment versées.

Si la formule de garantie choisie le permet, le membre participant peut demander une modification de ses garanties en cours d'adhésion.

En cas de demande d'augmentation des montants des prestations garanties, des informations complémentaires, notamment médicales, peuvent être demandées au membre participant.

En cas d'acceptation par la Mutuelle, la modification de garanties prend effet après émission d'un nouveau certificat d'adhésion et au plus tôt lors de la prochaine échéance périodique de cotisation, si la demande de modification et tous les éléments d'information nécessaires à son traitement ont été reçus par la Mutuelle au moins vingt jours avant cette échéance. A défaut, la modification de garantie prend effet à l'échéance périodique suivante avec application des éventuels délais d'attente sur le différentiel de prestations.

Le membre participant doit se prêter à toute expertise médicale que la Mutuelle jugera utile pour le suivi de son dossier. Le refus de se soumettre à ces évaluations médicales entraîne pour le membre participant la cessation de tout droit à prestations à compter de la date à laquelle la Mutuelle prend acte de ce refus.

Article 4 : Cotisations

La cotisation est fonction des formules de garanties choisies par le membre participant et des modalités de calculs décrites dans le tableau de garanties.

Elle peut évoluer, notamment, en cas de modification des prestations versées par le régime de base dont relève le membre participant, de modification de la base de calcul des prestations, de modification des modalités de taxation.

Article 5 : Risques exclus

En plus des risques exclus et mentionnés dans les tableaux de garanties annexés, et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, la Mutuelle se réserve le droit de refuser de prendre en charge les suites d'une maladie ou d'un accident survenus antérieurement à l'adhésion du membre participant dès lors que cette maladie ou accident est mentionné dans le certificat d'adhésion.

Article 6 : Cessation des garanties

Les garanties cessent pour chaque membre participant, et sauf disposition particulière figurant dans le certificat d'adhésion

- à la liquidation de la pension de retraite du régime de base ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- en cas de cessation de l'activité professionnelle déclarée dans le bulletin d'adhésion.

Le membre participant a l'obligation d'informer la Mutuelle de la fin des conditions d'éligibilité aux différentes prestations.

Article 7 : Formalités en cas de sinistre

En cas de survenance d'un arrêt de travail, le membre participant doit en aviser la Mutuelle PréviFrance sous les plus brefs délais.

A titre non exhaustif, la liste des pièces à fournir est la suivante :

- l'arrêt de travail initial et les prolongations éventuelles délivrées par le médecin ;
- les certificats du médecin traitant ;
- l'attestation émanant de l'employeur ou de tout organisme de protection sociale dont relève le membre participant ;
- la copie des bulletins de salaire des douze mois précédant l'arrêt de travail et, par la suite, des bulletins des mois pendant lesquels une indemnisation est opérée ;
- le cas échéant, les décomptes des prestations en espèces versées par le régime de base de protection sociale du membre participant et les justificatifs de classement en invalidité émis par les régimes de base.

Dans tous les cas, la Mutuelle PréviFrance peut être amenée à demander des pièces justificatives supplémentaires, utiles et proportionnées ou une expertise médicale.

Article 8 : Versement des prestations

L'indemnité est payable à terme échu selon les modalités et périodicités propres à chaque garantie décrite dans les tableaux de garanties annexés.

Le versement de l'indemnité cesse :

- au jour de la reprise d'activité, même partielle ;
- à la fin de l'indemnisation par l'employeur ou par le régime de protection sociale de base du membre participant ;
- à la date d'attribution d'une pension d'invalidité en lieu et place de la prestation incapacité ;
- à la date de liquidation, par le membre participant, de sa pension de retraite de base ou à l'âge auquel il peut prétendre à cette liquidation ;
- à la date de requalification de l'arrêt de travail entraînant la prise en charge, par l'employeur ou le régime de protection sociale de base ou complémentaire, de façon rétroactive, d'un maintien de rémunération totale.

Article 9 : Définition de l'accident

Est considérée comme accident toute atteinte corporelle d'un membre participant, mais non intentionnelle de sa part, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Dans tous les cas, les pathologies rachidiennes dorso-lombaires ne sont pas considérées comme résultant d'un accident.

Article 10 : Contrôle

Sous peine de suspension, puis de suppression des prestations, le membre participant doit se prêter à tout contrôle et examens demandés par la Mutuelle.

Article 10.1 : Contrôle médical

La Mutuelle n'est pas tenue de suivre les décisions du régime d'assurance maladie obligatoire ou de tout autre organisme.

Dans tous les cas, et à toute époque, la Mutuelle se réserve le droit de réaliser des contrôles médicaux lorsque le versement des prestations est lié à l'état de santé du membre participant.

Ce contrôle est exercé par l'intermédiaire du Médecin Conseil de la Mutuelle.

Article 10.2 : Contrôle sur place et sur pièces

Lorsque l'arrêt de travail du membre participant autorise les sorties libres, les médecins délégués par la Mutuelle ou son représentant désigné doivent avoir en tout temps, sous peine de déchéance du droit aux prestations et de suspension du paiement des prestations en cours de service, accès auprès du membre participant en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile, tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater la gravité de son état.

Dans le cas où l'arrêt de travail prévoit des autorisations de sortie, le membre participant doit être présent à son domicile de 9h à 11h et de 14h à 16h (sauf soins ou examens médicaux sur justificatif) afin de se prêter au contrôle prévu à l'alinéa précédent.

Le Médecin Conseil de la Mutuelle est en droit de demander au membre participant de lui adresser tout document médical qu'il jugerait utile pour apprécier son état de santé.

A défaut de réponse du membre participant dans un délai de trente jours, la Mutuelle se réserve le droit de lui adresser une relance et de suspendre les prestations.

Les décisions de la Mutuelle prises en fonction des conclusions du Médecin Conseil, sont notifiées au membre participant par courrier recommandé.

Elles s'imposent à lui, s'il n'en a pas contesté le bien-fondé dans les quinze jours suivant leur envoi. Cette contestation doit être adressée à la Mutuelle par lettre recommandée.

Article 10.3 : Expertise

Dans le cadre de son contrôle, le Médecin Conseil de la Mutuelle est en droit de demander au membre participant de se prêter à une expertise médicale, aux frais de la Mutuelle.

En cas d'impossibilité de se rendre à l'expertise à la date et au lieu choisis, le membre participant est en droit de solliciter le report de l'expertise. Cette possibilité n'est ouverte qu'une fois au titre d'une même mesure d'expertise.

En pareil cas, une nouvelle date ou un nouveau médecin expert est désigné pour correspondre au mieux aux contraintes avancées par le membre participant au soutien de sa demande.

En cas de non-présentation injustifiée à l'expertise organisée par la Mutuelle, le cas échéant après mise en œuvre de la procédure prévue à l'alinéa précédent, la Mutuelle est en droit de suspendre les prestations en cours de versement.

Le Médecin Conseil de la Mutuelle prend connaissance du rapport d'expertise. Sur cette base, il rend un avis :

- De poursuite du versement des prestations ;
- De cessation du versement des prestations.

Article 11 : Litiges médicaux

En cas de contestation d'une décision prise par la Mutuelle sur avis de son Médecin Conseil, le membre participant doit adresser sa réclamation au Siège de la Mutuelle, dans les trente jours de la décision visée, en joignant une contre-expertise médicale, effectuée aux frais du membre participant par un médecin expert agréé.

Après étude du dossier par le Médecin Conseil de la Mutuelle et en cas de désaccord persistant, un arbitrage sera confié à un Médecin choisi d'un commun accord entre le membre participant et la Mutuelle, à frais partagés.

En cas de désaccord sur le choix de ce Médecin ou de refus de sa décision, les voies de recours judiciaires restent ouvertes aux parties.

Le membre participant est redevable auprès de la Mutuelle de toutes sommes qui seraient reconnues indues au terme des contrôles, expertises et recours.

RÈGLEMENT SPÉCIFIQUE À LA GARANTIE MAINTIEN PRIME DE FEU EN CAS D'INAPTITUDE OPERATIONNELLE

- le cas échéant, les décomptes des prestations en espèces du régime général de la Sécurité Sociale,
- l'arrêté prononçant l'inaptitude médicale temporaire ou définitive.

Dans tous les cas, la Mutuelle PréviFrance peut être amenée à demander des pièces justificatives supplémentaires, utiles et proportionnées.

Article 1 : Généralités

Les droits et obligations de la Mutuelle et du membre participant, au titre de la garantie Maintien de la prime de feu en cas d'inaptitude opérationnelle résultent de l'application cumulative :

- des statuts de la Mutuelle et du règlement intérieur,
- du règlement général individuel,
- du présent règlement spécifique et,
- du tableau de garantie applicable au membre participant et correspondant à son choix sur le bulletin d'adhésion et/ou le certificat d'adhésion.

Article 2 : Garantie

La garantie est obligatoirement souscrite en complément de la garantie « Incapacité temporaire de travail » régie par le Règlement mutualiste Prévoyance Prévi Pompiers. Cette garantie a pour objet de faire bénéficier le membre participant du maintien de la prime de feu en cas d'inaptitude médicale temporaire ou définitive, c'est-à-dire lorsqu'il se voit interdire de sortir à l'extérieur de la caserne pour les interventions après un arrêt de travail.

Elle prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion.

La garantie peut être souscrite jusqu'à l'âge auquel le membre participant peut prétendre à la liquidation de la pension de retraite du régime de base.

Article 3 : Prestations

La Mutuelle intervient au 1er jour à compter duquel le membre participant est déclaré médicalement inapte au feu.

Article 4 : Date limite de l'indemnisation et limitations

L'indemnité acquise jour par jour est payable mensuellement à terme échu; le service de cette indemnité cesse :

- au jour de la reprise des fonctions opérationnelles ;
- à la date de la fin de période d'inaptitude ;
- à la date de liquidation, par le membre participant, de sa pension de retraite de base ou à l'âge auquel il peut prétendre à cette liquidation ;
- à la date de requalification de l'arrêt de travail entraînant la prise en charge, par l'employeur ou le régime de protection sociale de base ou complémentaire, de façon rétroactive, d'un maintien de rémunération totale ;
- au décès du membre participant.

Le cumul des prestations versées par la Mutuelle, les régimes légaux et le cas échéant du traitement versé par l'employeur et tout autre organisme ne peut excéder 100 % du salaire net.

En cas de dépassement, la prestation de la Mutuelle est réduite à due concurrence.

En cas de requalification de l'arrêt de travail entraînant la prise en charge de façon rétroactive, par l'employeur ou un régime de protection sociale de base ou complémentaire, d'un maintien de rémunération totale ou partielle, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle toutes les prestations indument perçues. Celui-ci est tenu d'informer spontanément la Mutuelle de tout changement de sa situation susceptible de modifier le bénéfice de la garantie.

Le membre participant doit se prêter à toute expertise médicale que la Mutuelle jugera utile pour le suivi de son dossier. Le refus de se soumettre à ces évaluations médicales entraîne pour le membre participant la cessation de tout droit à prestations à compter de la date à laquelle la Mutuelle prend acte de ce refus.

Article 5 : Cotisations

La cotisation est fonction des formules de garantie choisies par le membre participant et des modalités de calculs décrites dans le tableau de garantie.

Elle peut évoluer, notamment, en cas de modification des prestations versées par le régime de base dont relève le membre participant, de modification de la base de calcul des prestations, de modification des modalités de taxation.

Article 6 : Risques exclus

Les risques exclus sont identiques à ceux qui le sont pour la Garantie Incapacité au titre du Règlement mutualiste Prévoyance Prévi Pompiers.

Article 7 : Cessation des garanties

La garantie cesse pour chaque membre participant, et sauf disposition particulière figurant dans le certificat d'adhésion :

- à la liquidation de la pension de retraite du régime de base ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion ;
- en cas de dénonciation de la garantie « Incapacité temporaire de travail » ouvrant droit à l'adhésion à cette garantie ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- en cas de cessation de l'activité professionnelle déclarée dans le bulletin d'adhésion.
- au décès du membre participant.

Le membre participant a l'obligation d'informer la Mutuelle de la fin des conditions d'éligibilité aux différentes prestations.

Article 8 : Formalités en cas de sinistre

Les demandes de prestations doivent être adressées à la Mutuelle, dans un délai maximum de trois mois à compter de la date à laquelle le membre participant a subi une perte. Passé ce délai, le paiement des prestations n'interviendra que pour les sommes dues à compter de la réception de la demande d'indemnisation.

Le membre participant doit remettre à la Mutuelle toutes pièces justificatives, comprenant notamment, et à titre non limitatif :

- l'arrêt de travail initial et les prolongations éventuelles délivrés par le médecin, les certificats du médecin traitant,
- l'attestation émanant de l'employeur ou de tout organisme dont relève le membre participant et, notamment, l'arrêté du C.A.S.D.I.S. (Conseil d'Administration du SDIS),
- la copie des douze derniers bulletins de salaires précédant l'arrêt initial et les bulletins de salaire des mois pendant lesquels le sinistre est pris en charge,

RÈGLEMENT SPÉCIFIQUE GARANTIE PROTECTION ACCIDENT ACTIFS

Article 1 : Définitions

MEMBRE PARTICIPANT / ADHÉRENT : la personne physique ayant demandé à adhérer à une garantie.

ASSURÉ :

- Dans le cadre de l'option individuelle : le membre participant âgé de plus de 18 ans et de moins de 60 ans à la date de l'adhésion
- Dans le cadre de l'option couple : le membre participant ainsi que son conjoint âgé de plus de 18 ans et de moins de 60 ans à la date de l'adhésion

BÉNÉFICIAIRE : la personne physique percevant une prestation allouée en cas de réalisation des risques garantis au contrat.

ACCIDENT : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, dont il est victime pendant la période de garantie, et provenant directement d'une cause soudaine et imprévisible, à l'exclusion de toute cause inhérente à son état de santé, que la pathologie à laquelle est imputable le sinistre fût connue ou inconnue du membre participant.

Il est notamment précisé que ne sont pas considérés comme des accidents :

- les accidents vasculaires cérébraux, les ruptures d'anévrisme, les crises cardiaques, et leurs conséquences ;
- les crises d'épilepsie, de délirium tremens, et leurs conséquences ;
- les lumbagos, sciatiques, hernies ;
- les suites d'une intervention chirurgicale ;
- le suicide ou la tentative de suicide.

ACCIDENT DE LA CIRCULATION : est réputé « accident de la circulation », l'accident :

- provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton, lorsque le membre participant circule à pied sur une voie publique ou privée ;
- survenu à l'occasion d'un parcours effectué par le membre participant, en tant que passager d'une ligne régulière de transport par voie de fer, d'air ou d'eau, en tant que passager ou conducteur d'un véhicule sur voie de terre.

Il est précisé que les accidents survenant lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur ne sont pas considérés comme des accidents de la circulation.

HOSPITALISATION : séjour d'une nuit au minimum, dans un établissement hospitalier public ou privé, agréé et conventionné ou non par le régime d'assurance maladie obligatoire français au moment du séjour.

SOINS INTENSIFS : hospitalisation dans un service spécifique où sont assurés des soins permanents (24 heures sur 24) relevant d'un personnel soignant spécialisé utilisant des techniques de réanimation.

Article 2 : Objet du règlement

Les droits et obligations de la Mutuelle et des membres participants résultent de l'application cumulative :

- des dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,
- des statuts de la Mutuelle et du règlement intérieur,
- du présent règlement,
- des tableaux de garanties applicable au membre participant et correspondant à son choix sur le bulletin d'adhésion et/ou le certificat d'adhésion
- du certificat d'adhésion formalisant les particularités prévues dans le bulletin d'adhésion et dans ses éventuels avenants.

Le présent règlement a pour objet de garantir le versement d'une prestation en cas d'hospitalisation, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou de décès de l'assuré à la suite d'un accident ; son montant est indiqué sur le certificat d'adhésion.

En cas de décès suite à un accident de la circulation, le montant du capital sera doublé.

L'accident peut survenir dans le monde entier. Le capital versé est exonéré de droits de succession dans les conditions de la législation en vigueur à la date du versement.

Si l'accident survient à compter de l'année qui suit celle où l'assuré atteint 70 ans (soixante-dix ans), les prestations prévues seront réduites de moitié.

En tout état de cause les garanties cessent, au plus tard, au jour du 80^{ème} anniversaire de l'assuré.

Il n'est admis qu'une seule garantie par personne.

Article 3 : Conditions d'adhésion - Entrée en vigueur des garanties

Peuvent adhérer aux garanties les personnes physiques âgées de plus de dix-huit ans et de moins de soixante ans à la date de l'adhésion, soit dans le cadre d'une option individuelle (adhérent seul), soit dans le cadre de l'option couple (adhérent ainsi que son conjoint).

Les garanties prennent effet à la date d'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation.

Article 4 : Contenu des garanties consécutives à un accident

Article 4.1 : Garantie en cas décès

Le décès doit survenir uniquement et directement à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, dans les 365 jours consécutifs à celle-ci.

Le capital décès :

En cas de décès accidentel de l'Assuré avant la fin de l'année au cours de laquelle il atteint l'âge de 70 ans, la Mutuelle garantit le versement du Capital Décès Accidentel souscrit figurant sur le certificat d'adhésion aux bénéficiaire(s) désigné(s).

En cas de décès accidentel de l'Assuré entre l'année qui suit celle où il a atteint 70 ans et le jour de son 80e anniversaire, le montant du capital souscrit figurant sur le certificat d'adhésion versé aux bénéficiaire(s) désigné(s) est réduit de moitié.

En tout état de cause, le capital sera doublé en cas de décès consécutif à un accident de la circulation.

Les bénéficiaires en cas de décès :

Le(s) bénéficiaire(s) du capital garanti est (sont) : le conjoint survivant, non séparé de corps judiciairement à la date du décès, à défaut le partenaire lié par un Pacs ayant cette qualité au moment du décès, à défaut les enfants du membre participant, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'assuré.

La faculté est toutefois laissée à l'assuré de fixer librement, par écrit daté et signé, l'attribution bénéficiaire en définissant avec précision la (ou les) personne(s) à qui doit être versé le Capital garanti et en précisant en cas de pluralité de bénéficiaires la répartition en pourcentage du capital entre eux.

La clause bénéficiaire peut également faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique, l'assuré devant alors indiquer l'étude notariale auprès de laquelle l'acte est déposé.

En cas de décès du bénéficiaire et si aucune nouvelle attribution à un bénéficiaire déterminé n'a été notifiée régulièrement avant que les sommes dues deviennent exigibles, ces sommes sont versées conformément aux dispositions du premier paragraphe du présent article.

L'assuré peut modifier librement la désignation bénéficiaire, par un écrit daté et signé, tant qu'il n'y a pas d'acceptation bénéficiaire. L'acceptation du bénéficiaire ne pouvant être faite que par avenant signé, par l'assuré, le bénéficiaire et la Mutuelle ou par acte authentique ou sous seing privé entre l'assuré et le bénéficiaire avec notification par écrit à la Mutuelle.

Article 4.2 : La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

La garantie a pour objet le versement anticipé du capital décès en cas d'Accident, au profit de l'assuré, si l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré est reconnu, avant son soixante-cinquième anniversaire.

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est l'invalidité présumée définitive qui place l'assuré dans l'impossibilité d'exercer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit et l'oblige, en outre, à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Plus précisément, l'assuré doit être classé en invalidité définitive par son régime d'assurance maladie obligatoire avec attribution de la tierce personne.

Le versement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à la garantie Décès.

Article 4.3 : Garantie en cas d'hospitalisation

La garantie a pour objet le versement d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation consécutive à un accident.

La première hospitalisation doit intervenir dans les 10 jours consécutifs à l'accident.

L'hospitalisation doit comporter une nuit au minimum.

Cette indemnité est versée dans la limite de 180 jours à compter de la 1re admission pour un même accident. En cas de nouvelle hospitalisation due aux suites ou conséquences du même accident et nécessitant au moins une nuit d'hospitalisation, le versement des indemnités pourra reprendre, dans la limite des 180 jours prévue ci-dessus sous condition que l'hospitalisation intervienne moins de 6 mois après le dernier jour d'hospitalisation indemnisé.

En cas d'hospitalisation de l'Assuré consécutive à un accident entre l'année qui suit celle où il a atteint 70 ans et le jour de son 80e anniversaire, le montant de l'indemnité journalière souscrite figurant sur le certificat d'adhésion est réduit de moitié.

Article 4.4 : Hospitalisation en soins intensifs

En cas de séjour en service de soins intensifs, les indemnités seront augmentées de 50 % et ce dans la limite de 30 jours par accident.

La réduction de l'indemnité journalière en cas d'hospitalisation en soins intensifs s'applique dans les mêmes conditions que celle versée en cas d'hospitalisation.

Article 5 : Paiement des prestations

Seuls les sinistres, générés par un risque non exclu, survenus pendant la période de validité de l'adhésion de l'assuré (c'est-à-dire entre la date d'effet et la date de radiation quelle qu'en soit la cause) sont pris en charge par la Mutuelle.

Lors de la survenance du sinistre, la prestation garantie est déterminée sur la base des informations contenues dans le bulletin d'adhésion ou le certificat d'adhésion.

Les modalités de calcul de la prestation garantie sont détaillées dans les tableaux de garanties.

Décès Accidentel

Le décès doit survenir uniquement et directement à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, dans les 365 jours consécutifs à celle-ci. La Mutuelle verse le capital garanti aux bénéficiaires dans les 30 jours à compter de la réception de toutes les pièces justificatives par la Mutuelle.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

La Mutuelle versera à l'assuré le capital dans les 30 jours à compter de la réception de toutes les pièces justificatives. La Mutuelle se réserve le droit de vérifier par le biais de son médecin conseil la nature et le niveau d'invalidité.

Hospitalisation

La première hospitalisation doit intervenir dans les 10 jours consécutifs à l'accident.

Le règlement des indemnités interviendra dans les 15 jours après réception de toutes les pièces justificatives par la Mutuelle.

Article 6 : Modalités de règlement et pièces justificatives

Pour prétendre à la prestation, l'accident doit être expressément déclaré, par l'Assuré ou toute autre personne agissant en son nom, à la Mutuelle dans un délai de 1 mois suivant sa survenance, sauf en cas de force majeure, à l'adresse suivante :

Mutuelle PréviFrance, Service Prévoyance, 80, rue Matabiau - BP 71269, 31012 Toulouse Cedex 6. Passé ce délai, la prise en charge ne pourra avoir lieu.

Aucun document réalisé en langue autre que le français ne sera accepté comme valant déclaration.

Doivent être adressées à la Mutuelle, les pièces justificatives nécessaires au traitement du dossier, et notamment, sans exhaustivité :

Dans tous les cas

- Une déclaration d'accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident ;
- Une copie du rapport de police ou de gendarmerie précisant les circonstances de l'accident ;
- Certificat médical précisant la cause accidentelle et la nature du décès sous pli fermé à l'attention du Médecin Conseil ;

En cas d'hospitalisation

- Un certificat d'hospitalisation délivré par l'établissement hospitalier indiquant les dates d'entrée et de sortie de l'assuré et précisant les services dans lesquels l'assuré a séjourné ;
- En cas d'hospitalisation en soins intensifs, une attestation de l'établissement hospitalier précisant la discipline médico tarifaire (DMT) ainsi que les dates d'entrée et sortie du service ;

En cas de décès accidentel

- Extrait d'acte de décès ;
- L'acte de notoriété si le ou les bénéficiaires ne sont pas désignés nominativement ou dans d'autres cas particuliers ;
- Un acte du Juge des Tutelles en cas de bénéficiaire mineur ou de majeur sous tutelle ;
- Copie recto verso de la carte d'identité en cours de validité du ou des bénéficiaires ;
- Relevé d'identité bancaire du ou des bénéficiaires ;

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- La déclaration du membre participant de son invalidité ;
- La notification d'attribution de la pension d'invalidité définitive du régime d'assurance maladie obligatoire avec attribution de la tierce personne.

Et dans tous les cas, toutes pièces nécessaires à l'instruction du dossier.

Article 7 : Contrôle médical - Contre-expertise - Arbitrage

Sous peine de suspension, puis de suppression des prestations, le membre participant doit se prêter à tout contrôle et examens demandés par la Mutuelle.

Article 7.1 : Contrôle médical

La Mutuelle n'est pas tenue de suivre les décisions du régime d'assurance maladie obligatoire ou de tout autre organisme.

Dans tous les cas, et à toute époque, la Mutuelle se réserve le droit de réaliser des contrôles médicaux lorsque le versement des prestations est lié à l'état de santé du membre participant.

Ce contrôle est exercé par l'intermédiaire du Médecin Conseil de la Mutuelle.

Article 7.2 : Contrôle sur place et sur pièces

Lorsque l'arrêt de travail du membre participant autorise les sorties libres, les médecins délégués par la Mutuelle ou son représentant désigné doivent avoir en tout temps, sous peine de déchéance du droit aux prestations et de suspension du paiement des prestations en cours de service, accès auprès du membre participant en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile, tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater la gravité de son état.

Dans le cas où l'arrêt de travail prévoit des autorisations de sortie, le membre participant doit être présent à son domicile de 9h à 11h et de 14h à 16h (sauf soins ou examens médicaux sur justificatif) afin de se prêter au contrôle prévu à l'alinéa précédent.

Le Médecin Conseil de la Mutuelle est en droit de demander au membre participant de lui adresser tout document médical qu'il jugerait utile pour apprécier son état de santé.

A défaut de réponse du membre participant dans un délai de trente jours, la Mutuelle se réserve le droit de lui adresser une relance et de suspendre les prestations.

Les décisions de la Mutuelle prises en fonction des conclusions du Médecin Conseil, sont notifiées au membre participant par courrier recommandé.

Elles s'imposent à lui, s'il n'en a pas contesté le bien-fondé dans les quinze jours suivant leur envoi. Cette contestation doit être adressée à la Mutuelle par lettre recommandée.

Article 7.3 : Expertise

Dans le cadre de son contrôle, le Médecin Conseil de la Mutuelle est en droit de demander au membre participant de se prêter à une expertise médicale, aux frais de la Mutuelle.

En cas d'impossibilité de se rendre à l'expertise à la date et au lieu choisis, le membre participant est en droit de solliciter le report de l'expertise. Cette possibilité n'est ouverte qu'une fois au titre d'une même mesure d'expertise.

En pareil cas, une nouvelle date ou un nouveau médecin expert est désigné pour correspondre au mieux aux contraintes avancées par le membre participant au soutien de sa demande.

En cas de non-présentation injustifiée à l'expertise organisée par la Mutuelle, le cas échéant après mise en œuvre de la procédure prévue à l'alinéa précédent, la Mutuelle est en droit de suspendre les prestations en cours de versement.

Le Médecin Conseil de la Mutuelle prend connaissance du rapport d'expertise. Sur cette base, il rend un avis :

- de poursuite du versement des prestations
- de cessation du versement des prestations
-

Article 7.4 : Litiges médicaux

En cas de contestation d'une décision prise par la Mutuelle sur avis de son Médecin Conseil, le membre participant doit adresser sa réclamation au Siège de la Mutuelle, dans les trente jours de la décision visée, en joignant une contre-expertise médicale, effectuée aux frais du membre participant par un médecin expert agréé.

Après étude du dossier par le Médecin Conseil de la Mutuelle et en cas de désaccord persistant, un arbitrage sera confié à un Médecin choisi d'un commun accord entre le membre participant et la Mutuelle, à frais partagés.

En cas de désaccord sur le choix de ce Médecin ou de refus de sa décision, les voies de recours judiciaires restent ouvertes aux parties.

Le membre participant est redevable auprès de la Mutuelle de toutes sommes qui seraient reconnues indues au terme des contrôles, expertises et recours.

Article 8 : Cotisations

Chaque année, les cotisations ou garanties sont analysées et éventuellement ajustées en raison notamment des résultats techniques du contrat, du renforcement des exigences prudentielles demandées aux organismes assureurs, de l'application de nouvelles taxes et de toute évolution législative ou réglementaire impactant le contrat.

En cas de désaccord, le Membre participant a un mois suivant la notification de cette modification pour demander la résiliation du contrat, par lettre recommandée à la Mutuelle, sinon les cotisations seront appelées sur ces nouvelles bases.

Article 9 : Exclusions

Les garanties s'exercent dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause, à l'exclusion des conséquences de :

- un suicide ou de tout fait intentionnel de la part du membre participant au cours de la 1^{re} (première) année suivant l'entrée en vigueur des garanties ;
- faits intentionnellement causés ou provoqués par un bénéficiaire ;
- usage abusif de produits pharmaceutiques (absence ou non-respect de prescriptions médicales),
- faits de guerre civile ou étrangère, émeutes, mouvements populaires, dans le lieu où se déroulent ces faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que le bénéficiaire y prend part ;
- rixe dans laquelle le membre participant est impliqué, sauf cas de légitime défense constatée par une décision de justice ;
- tous risques nucléaires par explosion, radiation ou dégagement de chaleur.
- une utilisation en tant que pilote ou passager d'appareils aériens d'une capacité inférieure à 30 places.

Exclusions supplémentaires spécifiques au doublement du capital :

- actes de sabotage ou de piraterie,
- de tout événement survenu alors que le membre participant a un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par le code de la route français ou est sous l'emprise de stupéfiants ou produits toxiques non prescrits pour raisons médicales ;
- de participation à des manifestations, tentatives de record, de raids, rallies, essais, paris de toute nature, compétitions et à leur entraînement,

Exclusions supplémentaires spécifiques aux garanties Hospitalisation et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- d'une tentative de suicide
- blessure ou lésion provenant partiellement ou totalement d'un état pathologique préexistant ou d'une opération chirurgicale non consécutive à un accident,
- pratique de sports (entraînements et épreuves) à titre professionnel ou à titre d'amateur rémunéré,
- pratique des activités suivantes : alpinisme, navigation maritime de plaisance au-delà de 20 miles nautiques d'un abri côtier, plongée au-delà de 20 mètres de profondeur, spéléologie, sports de combat, sports de neige hors-piste, hippisme en compétition, saut à l'élastique, rafting, tout sport nécessitant un appareil à moteur,
- utilisation en tant que pilote ou passager de moto de 125 cm³ et plus (pour la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie) ou pilote ou passager de moto de plus de 400 cm³ (pour les indemnités journalières en cas d'hospitalisation).

L'hospitalisation dans les établissements suivants n'est pas couverte :

- sanatorium, préventorium, aérium et tout établissement ou service similaire,
- centre de réadaptation ou de rééducation, maison de repos ou de convalescence,
- établissement thermal, hôtel de cure, établissement de postcure,
- toute hospitalisation en service psychiatrique en établissements privés ou publics.

Article 10 : Prestations

Les prestations, leur base de calcul, limitations et exclusions de garanties sont décrites dans les tableaux annexés au présent règlement. Le choix de la formule de garanties est mentionné sur le bulletin d'adhésion et/ou sur le certificat d'adhésion.

Le membre participant peut demander une modification de ses garanties en cours d'adhésion.

La modification de garanties prend effet après émission d'un nouveau certificat d'adhésion et au plus tôt lors de la prochaine échéance périodique de cotisation, si la demande de modification et tous les éléments d'information nécessaires à son traitement ont été reçus par la Mutuelle au moins vingt jours avant cette échéance.

À défaut, la modification de garantie prend effet à l'échéance périodique suivante.

Article 11 : Cessation des garanties

Les garanties cessent pour chaque assuré :

- en cas de résiliation de l'adhésion par le membre participant;
- en cas de non-paiement des cotisations par le membre participant
- au jour de son quatre-vingtième anniversaire
- à son soixante-cinquième anniversaire pour la garantie en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Le versement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin à la garantie Décès consécutive à un accident.

Le capital décès dû au titre d'un décès survenu antérieurement à la date de résiliation, sera payé dans les conditions prévues au contrat.

Article 12 : Territorialité

Les garanties sont acquises à condition que l'assuré soit domicilié en France métropolitaine à la date de l'accident.

Les garanties sont couvertes dans le monde entier, hors exclusions à l'article 9.

Pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survenue lors d'un déplacement à l'étranger, c'est la constatation de l'état médical par un médecin exerçant en France métropolitaine lors du retour du membre participant qui permet l'étude du dossier pour versement de la prestation. L'assuré doit être disponible sur le territoire métropolitain pour tout éventuel contrôle permettant à la Mutuelle de valider son dossier de paiement de prestations.

Les prestations sont payables exclusivement sur le territoire français dans la monnaie légale de l'État français.

RÈGLEMENT SPÉCIFIQUE GARANTIE PROTECTION ACCIDENT SENIORS

Article 1 : Définitions

MEMBRE PARTICIPANT / ADHÉRENT : la personne physique ayant demandé à adhérer à une garantie

ASSURÉ :

- Dans le cadre de l'option individuelle : le membre participant âgé de plus de 60 ans et de moins de 75 ans à la date de l'adhésion.
- Dans le cadre de l'option couple : le membre participant ainsi que son conjoint, âgé de plus de 18 ans et moins de 75 ans à la date de l'adhésion.

BÉNÉFICIAIRE : la personne physique percevant une prestation allouée en cas de réalisation des risques garantis au contrat.

ACCIDENT : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, dont il est victime pendant la période de garantie, et provenant directement d'une cause soudaine et imprévisible, à l'exclusion de toute cause inhérente à son état de santé, que la pathologie à laquelle est imputable le sinistre fût connue ou inconnue du membre participant.

Il est notamment précisé que ne sont pas considérés comme des accidents :

- les accidents vasculaires cérébraux, les ruptures d'anévrisme, les crises cardiaques, et leurs conséquences ;
- les crises d'épilepsie, de délirium tremens, et leurs conséquences ;
- les lombagos, sciatiques, hernies ;
- les suites d'une intervention chirurgicale ;
- le suicide ou la tentative de suicide.

DOMICILE : lieu de résidence principale ou secondaire à usage domestique et privé de l'assuré, à caractère inamovible ou raccordé en permanence aux services collectifs, situé sur le territoire français, y compris garages, dépendances, serres, jardins et piscines.

HOSPITALISATION : séjour d'une nuit au minimum, dans un établissement hospitalier public ou privé, agréé et conventionné ou non par le régime d'assurance maladie obligatoire français au moment du séjour.

SOINS INTENSIFS : hospitalisation dans un service spécifique où sont assurés des soins permanents (24 heures sur 24) relevant d'un personnel soignant spécialisé utilisant des techniques de réanimation.

Article 2 : Objet du règlement

Les droits et obligations de la Mutuelle et des membres participants au titre des garanties Protection accident, résultent de l'application cumulative :

- des dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,
- des statuts de la Mutuelle et du règlement intérieur,
- du présent règlement spécifique,
- applicable au membre participant et correspondant à son choix sur le bulletin d'adhésion et/ou le certificat d'adhésion
- du certificat d'adhésion formalisant les particularités prévues dans le bulletin d'adhésion et dans ses éventuels avenants.

Le présent règlement a pour objet de garantir le versement d'une prestation en cas d'hospitalisation, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou de décès de l'assuré à la suite d'un accident ; son montant est indiqué sur le certificat d'adhésion

En cas de décès suite à un accident à domicile, le montant du capital sera doublé.

L'accident peut survenir dans le monde entier. Le capital versé est exonéré de droits de succession dans les conditions de la législation en vigueur à la date du versement.

En tout état de cause les garanties cessent, au plus tard, au jour du 85^{ème} anniversaire de l'assuré.

Il n'est admis qu'une seule garantie par personne.

Article 3 : Conditions d'adhésion - Entrée en vigueur des garanties

Peuvent adhérer aux garanties les personnes physiques âgées de plus de soixante ans et de moins de soixante-quinze ans à la date de l'adhésion, soit dans le cadre d'une option individuelle (adhérent seul), soit dans le cadre de l'option couple (adhérent ainsi que son conjoint).

Les garanties prennent effet à la date d'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation.

Article 4 : Contenu des garanties consécutives à un accident

Article 4.1 : Garantie en cas décès

Le capital décès :

En cas de décès accidentel de l'Assuré avant son quatre-vingt cinquième anniversaire, la Mutuelle garantit le versement du Capital Décès Accidentel souscrit figurant sur le certificat d'adhésion aux bénéficiaire(s) désigné(s).

En tout état de cause, le capital sera doublé en cas de décès consécutif à un accident à domicile.

Les bénéficiaires en cas de décès :

Le(s) bénéficiaire(s) du capital garanti est (sont) : le conjoint survivant, non séparé de corps judiciairement à la date du décès, à défaut le partenaire lié par un Pacs ayant cette qualité au moment du décès, à défaut les enfants du membre participant, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'assuré.

La faculté est toutefois laissée à l'assuré de fixer librement, par écrit daté et signé, l'attribution bénéficiaire en définissant avec précision la (ou les) personne(s) à qui doit être versé le Capital garanti et en précisant en cas de pluralité de bénéficiaires la répartition en pourcentage du capital entre eux.

La clause bénéficiaire peut également faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique, l'assuré devant alors indiquer l'étude notariale auprès de laquelle l'acte est déposé.

En cas de décès du bénéficiaire et si aucune nouvelle attribution à un bénéficiaire déterminé n'a été notifiée régulièrement avant que les sommes dues deviennent exigibles, ces sommes sont versées conformément aux dispositions du premier paragraphe du présent article.

L'assuré peut modifier librement la désignation bénéficiaire, par un écrit daté et signé, tant qu'il n'y a pas d'acceptation bénéficiaire. L'acceptation du bénéficiaire ne pouvant être faite que par avenant signé, par l'assuré, le bénéficiaire et la Mutuelle ou par acte

authentique ou sous seing privé entre l'assuré et le bénéficiaire avec notification par écrit à la Mutuelle.

Article 4.2 : Garantie en cas d'hospitalisation

La garantie a pour objet le versement d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation consécutive à un accident. L'hospitalisation doit comporter une nuit au minimum. Cette indemnité est versée dans la limite de 180 jours à compter de la 1^{ère} admission pour un même accident. En cas de nouvelle hospitalisation due aux suites ou conséquences du même accident et nécessitant au moins une nuit d'hospitalisation, le versement des indemnités pourra reprendre, dans la limite des 180 jours prévue ci-dessus sous condition que l'hospitalisation intervienne moins de 6 mois après le dernier jour d'hospitalisation indemniée.

Article 4.3 : Hospitalisation en soins intensifs

En cas de séjour en service de soins intensifs, les indemnités seront augmentées de 50 % et ce dans la limite de 30 jours par accident.

Article 5 : Paiement des prestations

Seuls les sinistres, générés par un risque non exclu, survenus pendant la période de validité de l'adhésion de l'assuré (c'est-à-dire entre la date d'effet et la date de radiation quelle qu'en soit la cause) sont pris en charge par la Mutuelle.

Lors de la survenance du sinistre, la prestation garantie est déterminée sur la base des informations contenues dans le bulletin d'adhésion ou le certificat d'adhésion. Les modalités de calcul de la prestation garantie sont détaillées dans les tableaux de garanties.

Décès Accidentel

Le décès doit survenir uniquement et directement à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, dans les 365 jours consécutifs à celle-ci. La Mutuelle verse le capital garanti aux bénéficiaires dans les 30 jours à compter de la réception de toutes les pièces justificatives par la Mutuelle.

Hospitalisation

La première hospitalisation doit intervenir dans les 10 jours consécutifs à l'accident. Le règlement des indemnités interviendra dans les 15 jours après réception de toutes les pièces justificatives par la Mutuelle.

Article 6 : Modalités de règlement et pièces justificatives

Pour prétendre à la prestation, l'accident doit être expressément déclaré, par l'Assuré ou toute autre personne agissant en son nom, à la Mutuelle dans un délai de 1 mois suivant sa survenance, sauf en cas de force majeure, à l'adresse suivante :

Mutuelle PréviFrance, Service Prévoyance, 80, rue Matabiau - BP 71269, 31012 Toulouse Cedex 6. Passé ce délai, la prise en charge ne pourra avoir lieu.

Aucun document réalisé en langue autre que le français ne sera accepté comme valant déclaration.

Doivent être adressées à la Mutuelle, les pièces justificatives nécessaires au traitement du dossier, et notamment, sans exhaustivité :

Dans tous les cas

- Une déclaration d'accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident ;
- Une copie du rapport de police ou de gendarmerie précisant les circonstances de l'accident ;
- Certificat médical précisant le lieu de l'accident, la cause accidentelle et la nature du décès sous pli fermé à l'attention du Médecin Conseil ;

En cas d'hospitalisation

- Un certificat d'hospitalisation délivré par l'établissement hospitalier indiquant les dates d'entrée et de sortie de l'assuré et précisant les services dans lesquels l'assuré a séjourné ;
- En cas d'hospitalisation en soins intensifs, une attestation de l'établissement hospitalier précisant la discipline médico tarifaire (DMT) ainsi que les dates d'entrée et sortie du service ;

En cas de décès accidentel

- Extrait d'acte de décès ;
- L'acte de notoriété si le ou les bénéficiaires ne sont pas désignés nominativement ou dans d'autres cas particuliers ;
- Un acte du Juge des Tutelles en cas de bénéficiaire mineur ou de majeur sous tutelle
- Copie recto verso de la carte d'identité en cours de validité du ou des bénéficiaires ;
- Relevé d'identité bancaire du ou des bénéficiaires ;

En cas d'accident à domicile

- Un justificatif de domicile au nom de l'assuré ou de son conjoint datant de moins de 3 mois.
- Pour la résidence principale : dernier avis d'imposition à fournir en plus.
- Pour la résidence secondaire : dernier avis de la taxe d'habitation

Et dans tous les cas, toutes pièces nécessaires à l'instruction du dossier.

Article 7 : Contrôle médical - Contre-expertise - Arbitrage

Sous peine de suspension, puis de suppression des prestations, le membre participant doit se prêter à tout contrôle et examens demandés par la Mutuelle.

Article 7.1 : Contrôle médical

La Mutuelle n'est pas tenue de suivre les décisions du régime d'assurance maladie obligatoire ou de tout autre organisme.

Dans tous les cas, et à toute époque, la Mutuelle se réserve le droit de réaliser des contrôles médicaux lorsque le versement des prestations est lié à l'état de santé du membre participant.

Ce contrôle est exercé par l'intermédiaire du Médecin Conseil de la Mutuelle.

Article 7.2 : Contrôle sur place et sur pièces

Lorsque l'arrêt de travail du membre participant autorise les sorties libres, les médecins délégués par la Mutuelle ou son représentant désigné doivent avoir en tout temps, sous peine de déchéance du droit aux prestations et de suspension du paiement des prestations en cours de service, accès auprès du membre participant en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile, tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater la gravité de son état.

Dans le cas où l'arrêt de travail prévoit des autorisations de sortie, le membre participant doit être présent à son domicile de 9h à 11h et de 14h à 16h (sauf soins ou examens médicaux sur justificatif) afin de se prêter au contrôle prévu à l'alinéa précédent.

Le Médecin Conseil de la Mutuelle est en droit de demander au membre participant de lui adresser tout document médical qu'il jugerait utile pour apprécier son état de santé.

A défaut de réponse du membre participant dans un délai de trente jours, la Mutuelle se réserve le droit de lui adresser une relance et de suspendre les prestations.

Les décisions de la Mutuelle prises en fonction des conclusions du Médecin Conseil, sont notifiées au membre participant par courrier recommandé.

Elles s'imposent à lui, s'il n'en a pas contesté le bien-fondé dans les quinze jours suivant leur envoi. Cette contestation doit être adressée à la Mutuelle par lettre recommandée.

Article 7.3 : Expertise

Dans le cadre de son contrôle, le Médecin Conseil de la Mutuelle est en droit de demander au membre participant de se prêter à une expertise médicale, aux frais de la Mutuelle.

En cas d'impossibilité de se rendre à l'expertise à la date et au lieu choisis, le membre participant est en droit de solliciter le report de l'expertise. Cette possibilité n'est ouverte qu'une fois au titre d'une même mesure d'expertise.

En pareil cas, une nouvelle date ou un nouveau médecin expert est désigné pour correspondre au mieux aux contraintes avancées par le membre participant au soutien de sa demande.

En cas de non-présentation injustifiée à l'expertise organisée par la Mutuelle, le cas échéant après mise en œuvre de la procédure prévue à l'alinéa précédent, la Mutuelle est en droit de suspendre les prestations en cours de versement.

Le Médecin Conseil de la Mutuelle prend connaissance du rapport d'expertise. Sur cette base, il rend un avis :

- De poursuite du versement des prestations ;
- De cessation du versement des prestations.

Article 8 : Litiges médicaux

En cas de contestation d'une décision prise par la Mutuelle sur avis de son Médecin Conseil, le membre participant doit adresser sa réclamation au Siège de la Mutuelle, dans les trente jours de la décision visée, en joignant une contre-expertise médicale, effectuée aux frais du membre participant par un médecin expert agréé.

Après étude du dossier par le Médecin Conseil de la Mutuelle et en cas de désaccord persistant, un arbitrage sera confié à un Médecin choisi d'un commun accord entre le membre participant et la Mutuelle, à frais partagés.

En cas de désaccord sur le choix de ce Médecin ou de refus de sa décision, les voies de recours judiciaires restent ouvertes aux parties.

Le membre participant est redevable auprès de la Mutuelle de toutes sommes qui seraient reconnues indues au terme des contrôles, expertises et recours.

Article 9 : Cotisations

Article 9.1 : Détermination des cotisations

Le montant annuel des cotisations est fixé par le Conseil d'Administration sur délégation de l'Assemblée Générale ou par l'Assemblée Générale.

Les révisions de cotisations n'engendrent pas de modification du bulletin d'adhésion. Conformément à l'article L. 114-7 du Code de la Mutualité, la modification des montants de cotisations est applicable dès qu'elle a été notifiée aux membres participants. Le montant des cotisations est fonction des garanties choisies.

Article 9.2 : Révision des cotisations

Chaque année, les cotisations ou garanties sont analysées et éventuellement ajustées en raison notamment des résultats techniques du contrat, du renforcement des exigences prudentielles demandées aux organismes assureurs, de l'application de nouvelles taxes et de toute évolution législative ou réglementaire impactant le contrat.

En cas de désaccord, le Membre participant a un mois suivant la notification de cette modification pour demander la résiliation du contrat, par lettre recommandée à la Mutuelle, sinon les cotisations seront appelées sur ces nouvelles bases.

Article 10 : Exclusions

Les garanties s'exercent dans le monde entier, quelle qu'en soit la cause, à l'exclusion des conséquences de :

- un suicide ou de tout fait intentionnel de la part du membre participant au cours de la 1^{ère} (première) année suivant l'entrée en vigueur des garanties ;
- faits intentionnellement causés ou provoqués par un bénéficiaire ;
- usage abusif de produits pharmaceutiques (absence ou non-respect de prescriptions médicales),
- faits de guerre civile ou étrangère, émeutes, mouvements populaires, dans le lieu où se déroulent ces faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que le bénéficiaire y prend part ;
- rixe dans laquelle le membre participant est impliqué, sauf cas de légitime défense constatée par une décision de justice ;
- tous risques nucléaires par explosion, radiation ou dégagement de chaleur.
- une utilisation en tant que pilote ou passager d'appareils aériens d'une capacité inférieure à 30 places.

Exclusions supplémentaires spécifiques aux garanties Hospitalisation :

- d'une tentative de suicide,
- blessure ou lésion provenant partiellement ou totalement d'un état pathologique préexistant ou d'une opération chirurgicale non consécutive à un accident,
- pratique de sports (entraînements et épreuves) à titre professionnel ou à titre d'amateur rémunéré,
- pratique des activités suivantes : alpinisme, navigation maritime de plaisance au-delà de 20 miles nautiques d'un abri côtier, plongée au-delà de 20 mètres de profondeur, spéléologie, sports de combat, sports de neige hors-piste, hippisme en compétition, saut à l'élastique, rafting, tout sport nécessitant un appareil à moteur,
- utilisation en tant que pilote ou passager de moto de plus de 400 cm³.

L'hospitalisation dans les établissements suivants n'est pas couverte :

- sanatorium, préventorium, aérium et tout établissement ou service similaire,
- centre de réadaptation ou de rééducation, maison de repos ou de convalescence,
- établissement thermal, hôtel de cure, établissement de postcure,