

CONDITIONS GÉNÉRALES

Contrat Frais Généraux



Conditions Générales n° 27

Vous avez choisi la MAPA, l'assureur dédié aux professionnels de l'alimentaire NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE CONFIANCE.

DE QUELS DOCUMENTS EST CONSTITUÉ VOTRE CONTRAT ?

Ce contrat, qui concrétise nos engagements réciproques, est constitué :

- Des Conditions Générales qui définissent le cadre général de nos rapports ;
- Des Conditions Particulières qui précisent vos choix personnels dans le cadre des Conditions Générales.

Il est régi par le Code des assurances, et en ce qui concerne les risques situés dans les départements du Haut-Rhin, Bas-Rhin et de la Moselle par le Titre IX du Livre 1^{er}.

ADHÉSION AUX STATUTS

Nous sommes une Mutuelle d'Assurance.

L'acceptation de votre risque implique l'adhésion à nos Statuts.

Les conditions d'adhésion sont décidées par le Conseil d'Administration et contenues dans les Statuts dont un exemplaire est consultable sur le site internet de la MAPA <https://www.mapa-assurances.fr/>.

En cas de décès du Sociétaire, ses ayants droit devront nous donner immédiatement les noms, professions et adresses du ou des héritiers bénéficiaires des garanties.

Le conjoint d'un Sociétaire décédé acquiert, à sa demande, la qualité de Sociétaire, même s'il ne satisfait pas entièrement aux conditions des Statuts.

En cas de changement de profession ou d'activité, vous pouvez demander à demeurer Sociétaire. Nous vous ferons connaître notre décision.

Dans le cas d'un refus de notre part, la résiliation intervient 30 jours à compter de la date d'envoi de notre lettre de résiliation. Si la cotisation a été réglée, le montant correspondant à la période allant de la date de résiliation au 31 décembre sera remboursé.

COMMENT DÉTERMINER ET CONTRÔLER VOS GARANTIES ?

Vous devez tout d'abord prendre connaissance des Conditions Particulières de votre contrat. Ces Conditions Particulières indiquent les garanties qui vous ont été proposées, celles que vous avez souscrites et celles que vous avez refusées parce que tel est votre choix ou qu'elles ne vous étaient pas nécessaires.

AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE DE NOTRE MUTUELLE D'ASSURANCE :

ACPR : AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION

4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09

Sommaire

DÉFINITIONS	4
-------------------	---

LA GARANTIE DU CONTRAT FRAIS GÉNÉRAUX.....	7
--	---

L'indemnité Frais Généraux en cas d'arrêt de travail

ARTICLE 1 : L'objet de la garantie	7
ARTICLE 2 : Le montant de l'indemnité.....	7
ARTICLE 3 : Quelles sont les périodes d'attente ?	7
ARTICLE 4 : Les conditions d'application de la garantie	7

DISPOSITIONS GÉNÉRALES	8
------------------------------	---

L'étendue géographique du contrat.....

ARTICLE 5 : Les prestations sont accordées dans les conditions suivantes	8
--	---

La formation du contrat

ARTICLE 6 : Qui peut souscrire ?	8
ARTICLE 7 : Qui peut être Assuré ?.....	8
ARTICLE 8 : La déclaration des risques lors de la souscription	9
ARTICLE 9 : Quelles sont les conséquences des déclarations fausses et incomplètes réalisées lors de la souscription ou durant la vie du contrat ?	9
ARTICLE 10 : À partir de quand êtes-vous Assuré ?	9

La vie du contrat

ARTICLE 11 : Quelle est sa durée ?	10
ARTICLE 12 : Quelles modifications ou aggravations des risques le Souscripteur et l'Assuré doivent nous déclarer en cours de contrat ?.....	10
ARTICLE 13 : Quelles sont les conséquences des modifications ou aggravations des risques ?	10
ARTICLE 14 : Quelles modifications du contrat le Souscripteur peut-il demander en cours de contrat ?	11

La cotisation

ARTICLE 15 : Comment est déterminée la cotisation ?	12
ARTICLE 16 : Comment évolue la cotisation annuelle ?	12
ARTICLE 17 : Comment et quand le Souscripteur doit-il régler ses cotisations ?	12
ARTICLE 18 : Qu'arrive-t-il si le Souscripteur ne paie pas ses cotisations ?	13
ARTICLE 19 : Le Compte Sociétaire	13
ARTICLE 20 : Rappel de cotisation	13
ARTICLE 21 : Ristourne de cotisation	14

La fin du contrat (résiliation)

ARTICLE 22 : Résiliation.....	15
-------------------------------	----

SINISTRES ET INDEMNITÉS.....	18
------------------------------	----

ARTICLE 23 : Les obligations du Souscripteur	18
ARTICLE 24 : Les obligations de l'Assuré (à défaut ses ayants droit)	18
ARTICLE 25 : Qu'arrive-t-il si le Souscripteur et/ou l'Assuré ne respectent pas leurs obligations ?	18

Le règlement du sinistre

ARTICLE 26 : Quels sont les frais indemnisés ?.....	19
ARTICLE 27 : Comment est évaluée l'indemnité ?	19
ARTICLE 28 : Quelles sont les modalités de règlement de la prestation ?	20
ARTICLE 29 : Quel est le délai d'indemnisation ?	21
ARTICLE 30 : Subrogation.....	21

DISPOSITIONS DIVERSES	22
-----------------------------	----

ARTICLE 31 : Exclusions générales	22
ARTICLE 32 : Prescription	23
ARTICLE 33 : Examen des réclamations	23
ARTICLE 34 : Vos données à caractère personnel	24
ARTICLE 35 : La confidentialité des informations.....	24
ARTICLE 36 : Fraude ou tentative de fraude	24

Définitions

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle provoquée par l'action soudaine d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'Assuré qui en est victime.

Les agressions, électrocutions, hydrocutions, noyades, asphyxies, empoisonnements, insulations sont assimilés à des accidents.

ÂGE LIMITE

La garantie comporte des limites d'âge pour l'adhésion et pour la cessation qui sont indiquées dans les présentes Conditions Générales.

ASSURÉ

Toute personne physique désignée aux Conditions Particulières sur laquelle porte le risque arrêt de travail, par opposition au Souscripteur qui perçoit le règlement.

ASSUREUR

Société MAPA Mutuelle d'Assurance, régie par le Code des assurances, auprès de laquelle le contrat est souscrit, et désignée par « nous » aux Conditions Générales.

COMPTE SOCIÉTAIRE

Du jour où vous devenez Sociétaire, un compte est ouvert à votre nom appelé, sur tous les documents : Compte Sociétaire. Le droit d'adhésion perçu une fois pour toutes à la souscription du premier contrat figure au Compte Sociétaire.

Ce compte regroupe les cotisations pour l'année en cours de tous les contrats souscrits et, éventuellement, les cotisations non encore réglées de l'année précédente.

Les règlements que vous effectuez et les avoirs consécutifs à une modification sont portés au Compte Sociétaire à votre crédit.

FRANCHISE

Période pendant laquelle l'indemnité n'est contractuellement pas due.

HOSPITALISATION

Séjour de 24 heures consécutives au moins, dans un établissement hospitalier public ou privé, agréé et conventionné ou non par la Sécurité Sociale française au moment du séjour.

INCAPACITÉ

État temporaire de l'Assuré se trouvant dans l'impossibilité d'exercer partiellement ou totalement une activité professionnelle rémunérée.

INVALIDITÉ

Réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel constitutive d'une invalidité reconnue par le Régime Obligatoire.

MALADIE

Toute altération de la santé constatée par un médecin, quelle que soit l'interprétation du Régime Obligatoire, et résultant d'une cause autre qu'accidentelle.

Sont assimilées notamment à une maladie quelle qu'en soit l'origine :

- les hernies, ruptures musculaires, lombalgies, sciatiques, cervico-dorso-lombalgies,
- les atteintes cardiaques, cérébrales, vasculaires,
- les infections et inflammations,
- les conséquences d'un accident résultant d'une maladie ou d'une infirmité.

MATERNITÉ

État de grossesse, interruption de grossesse, accouchement, ainsi que toutes les complications pathologiques d'un de ces événements.

MÉDECIN

Il peut s'agir :

- de votre médecin traitant (praticien titulaire d'un diplôme d'Etat de docteur en médecine),
- du médecin expert (titulaire du diplôme de réparation juridique du dommage corporel ou d'un diplôme équivalent).

MÉDECIN CONSEIL

Médecin rattaché au Siège de la MAPA Mutuelle d'Assurance.

PÉRIODE D'ATTENTE

Période qui suit la souscription ou la majoration d'une garantie et à l'expiration de laquelle le droit aux prestations est acquis.

Ne sont jamais garanties les conséquences des affections constatées médicalement pendant la période d'attente.

RÉGIME OBLIGATOIRE

Régime Légal de Protection Sociale auquel est obligatoirement ou volontairement affilié l'Assuré ou dont il bénéficie en qualité d'ayant droit.

RETRAITE PROGRESSIVE

La retraite progressive permet de percevoir une fraction de la pension de retraite de base versée par le régime général de la Sécurité Sociale tout en exerçant une ou plusieurs activités à temps partiel.

REVALORISATION

Réévaluation des cotisations et des montants de garanties décidée chaque année par le Conseil d'Administration.

SOUSCRIPTEUR

L'entreprise (personne physique ou morale) signataire du contrat agissant tant pour elle-même que pour le compte du ou des Assurés.

SUBROGATION

Opération par laquelle l'assureur est substitué dans les droits et actions du Souscripteur contre les tiers qui par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu au versement des indemnités au profit du Souscripteur et à concurrence de leur montant.

TROUBLES NEUROPSYCHIQUES

Relèvent des troubles neuropsychiques :

- les troubles d'ordre psychologique ;
- les troubles mentaux et du comportement ;
- les états dépressifs ;
- les psychoses ;
- les névroses.

La garantie du contrat Frais Généraux

L'INDEMNITÉ FRAIS GÉNÉRAUX EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

ARTICLE 1 : L'OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'arrêt de travail de l'Assuré désigné au contrat, à la suite d'une maladie ou d'un accident garanti, nous assurons à votre entreprise, pendant la durée effective de l'arrêt, la prise en charge totale ou partielle :

- des frais supplémentaires d'exploitation engagés pour pallier l'absence de l'Assuré désigné au contrat (embauche, recours à du personnel intérimaire, appel à des prestataires externes) ;
- la prise en charge des frais professionnels permanents constatés en cas de fermeture de l'établissement.

ARTICLE 2 : LE MONTANT DE L'INDEMNITÉ

Le montant maximum de l'indemnité est indiqué aux Conditions Particulières.
Il peut être revalorisé chaque année, sur décision du Conseil d'Administration.

ARTICLE 3 : QUELLES SONT LES PÉRIODES D'ATTENTE ?

- **12 mois** pour les arrêts consécutifs à des troubles d'ordre psychique ou nerveux.
- **3 mois** pour toutes les autres maladies.
- **Aucune** pour les accidents.

ARTICLE 4 : LES CONDITIONS D'APPLICATION DE LA GARANTIE

- **Nous garantissons le versement de tout ou partie de l'indemnité contractuelle :**
 - En cas d'arrêt de travail médicalement constaté de l'Assuré ;
 - Après l'expiration d'une période de franchise mentionnée aux Conditions Particulières qui commence le jour de la constatation médicale de l'arrêt de travail de l'Assuré ;
 - La durée maximale d'indemnisation pour une affection de même nature, ses rechutes et ses conséquences directes et indirectes est de 365 jours, déduction faite de la franchise. Elle est réduite à 180 jours en cas de troubles neuropsychiques sans hospitalisation psychiatrique de plus de 3 semaines ininterrompues dans un service ou un établissement spécialisé en psychiatrie.

Dispositions générales

L'ÉTENDUE GÉOGRAPHIQUE DU CONTRAT

ARTICLE 5 : LES PRESTATIONS SONT ACCORDÉES DANS LES CONDITIONS SUIVANTES

Le contrat produit ses effets pendant sa période de validité, en cas d'accidents ou de maladies survenus en France métropolitaine, dans les départements et régions d'Outre-Mer - collectivités d'Outre-Mer, dans la principauté d'Andorre et de Monaco.

La garantie s'exerce également dans les pays membres de l'Union Européenne, en Suisse, en Islande, au Liechtenstein, à San Marin, au Vatican et en Norvège. Dans ce cas, les prestations sont versées uniquement durant les périodes d'hospitalisation et durant 3 mois maximum.

- Les investigations concernant les soins, l'hospitalisation, l'arrêt de travail ou l'invalidité ne peuvent être effectuées qu'en France Métropolitaine par un de nos médecins, ou dans un pays membre de l'Union Européenne par un médecin titulaire d'un diplôme équivalent.
- Le règlement est toujours effectué en France métropolitaine et en euros.

LA FORMATION DU CONTRAT

ARTICLE 6 : QUI PEUT SOUSCRIRE ?

- L'entreprise (personne physique ou morale) désignée aux Conditions Particulières :
 - dont le siège social et l'exercice de l'activité professionnelle se situe en France Métropolitaine (hors Corse et Principautés d'Andorre et de Monaco);
 - dont l'enregistrement au Registre du Commerce et des Sociétés ou à la Chambre des Métiers et de l'Artisanat est en cours de validité.

ARTICLE 7 : QUI PEUT ÊTRE ASSURÉ ?

- L'Assuré est une personne physique, âgée de 18 à 67 ans.
- L'Assuré doit avoir sa résidence habituelle et exerce son activité professionnelle en France métropolitaine (hors Corse et Principautés d'Andorre et de Monaco).
- Peuvent être Assurés sous réserve d'exercer au sein de l'entreprise une activité régulière, rémunérée, déclarée et continue :
 - le gérant non-salarié (ou travailleur non salarié);
 - le gérant salarié.

ARTICLE 8 : LA DÉCLARATION DES RISQUES LORS DE LA SOUSCRIPTION

Le Souscripteur et l'Assuré s'engagent à nous communiquer, toutes les informations nécessaires à l'appréciation du risque que nous prenons en charge.

- Le Souscripteur doit :
 - répondre avec précision aux questions figurant sur la proposition d'assurance,
 - communiquer les documents nécessaires à l'appréciation de son besoin ;
 - nous déclarer toute garantie de même nature souscrite par lui auprès d'un autre assureur.
- L'Assuré doit :
 - répondre au questionnaire de santé au moyen duquel nous l'interrogeons sur les éléments qui nous permettent d'apprécier le risque que nous prenons en charge,
 - se soumettre aux examens médicaux que nous lui demandons et/ou nous adresser tout document sur la nature et l'origine d'une maladie ou d'un accident lorsque les réponses aux questionnaires médicaux ne nous permettent pas d'apprécier son état de santé.

Ces renseignements doivent être adressés sous pli cacheté à notre Service Médical qui seul en prendra connaissance. Après étude des déclarations de santé, nous pouvons décider d'accepter la souscription à des Conditions Particulières de garantie et/ou de tarif ou la refuser.

ARTICLE 9 : QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DES DÉCLARATIONS FAUSSES ET IN-COMPLÈTES RÉALISÉES LORS DE LA SOUSCRIPTION OU DURANT LA VIE DU CONTRAT ?

En cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle du Souscripteur ou de l'Assuré, nous pouvons, conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances, invoquer la nullité de contrat :

- les cotisations déjà réglées nous restent acquises ;
- nous pourrions demander le remboursement des indemnités payées par nous à l'occasion d'un sinistre.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte du Souscripteur ou de l'Assuré, sans intention de tromperie, nous pouvons, conformément à l'article L 113-9 du Code des assurances :

- soit résilier le contrat, auquel cas la résiliation sera effective 10 jours après la date d'envoi de notre lettre recommandée. Dans ce cas, nous rembourserons la fraction de cotisation correspondant à la période non garantie ;
- soit proposer un nouveau contrat ou un nouveau montant de cotisation conforme au risque réel.

Si la constatation d'une omission ou d'une déclaration inexacte a lieu après sinistre, l'indemnité due au titre du sinistre est réduite en proportion des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 10 : À PARTIR DE QUAND ÊTES-VOUS ASSURÉ ?

Les garanties accordées par le contrat et les modifications de contrat prévues par avenant prennent effet, après paiement d'une première cotisation :

- à la date d'effet figurant sur les Conditions Particulières,
- à l'expiration des périodes d'attente de la garantie fixées à l'article 3.

LA VIE DU CONTRAT

ARTICLE 11 : QUELLE EST SA DURÉE ?

Le contrat est souscrit pour un an et se renouvelle chaque année le 1^{er} janvier, sauf en cas de dénonciation de votre part dans les conditions prévues au présent contrat, à l'article 22 du présent contrat.

ARTICLE 12 : QUELLES MODIFICATIONS OU AGGRAVATIONS DES RISQUES LE SOUSCRIPTEUR ET L'ASSURÉ DOIVENT NOUS DÉCLARER EN COURS DE CONTRAT ?

Le Souscripteur (ou son représentant légal) doit nous déclarer :

- tout changement de profession ou statut professionnel de l'Assuré ou son départ de l'entreprise,
- le décès de l'Assuré,
- tout changement de la forme juridique ou du siège social de l'entreprise,
- toute modification ou cessation définitive d'activité de l'entreprise.

L'Assuré doit nous déclarer :

- sa mise en invalidité par son Régime Obligatoire ;
- la perception d'une rente longue maladie ou invalidité souscrite au titre d'un contrat de prévoyance ;
- son départ à la retraite, même progressive.

Le Souscripteur et l'Assuré s'engagent à déclarer toutes modifications qui auraient pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux :

- par lettre recommandée avec avis de réception à la MAPA Mutuelle d'Assurance,
- dans un délai maximal de 10 jours qui suivent leur survenance.

Si l'absence ou le retard de déclaration cause un préjudice à la MAPA, nous pouvons, conformément à l'article L 113-2 du Code des assurances, invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder aux indemnisations prévues.

ARTICLE 13 : QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DES MODIFICATIONS OU AGGRAVATIONS DES RISQUES ?

En cas de modification ou d'aggravation des risques définis à l'article 12, nous pouvons :

- accepter cette modification ou aggravation des risques et proposer un contrat et/ou une cotisation conforme au nouveau risque déclaré. Si le Souscripteur ne donne pas suite à cette proposition ou la refuse dans un délai de 30 jours, nous pourrions résilier le contrat ;
- résilier le contrat, la résiliation étant effective 10 jours à compter de la date d'envoi de notre lettre recommandée.

Sort des cotisations

Dans les cas où l'aggravation du risque ou les modifications du contrat conduisent à la résiliation, nous portons au crédit du Compte Sociétaire la fraction de cotisation correspondant à la période non garantie, de la date de résiliation au 31 décembre de l'année en cours.

ARTICLE 14 : QUELLES MODIFICATIONS DU CONTRAT LE SOUSCRIPTEUR PEUT-IL DEMANDER EN COURS DE CONTRAT ?

À tout moment, le Souscripteur peut demander la modification des garanties de son contrat. Pour cela, il devra nous adresser toutes les pièces nécessaires à l'étude de sa demande.

Après analyse des éléments transmis, notre Service Médical peut décider d'accepter la modification à des Conditions Particulières de garantie et/ou de tarif, ou la refuser.

Le Souscripteur peut demander :

- l'adjonction ou la majoration d'une garantie.

Cette modification est assujettie aux mêmes formalités que celles exigées lors de la souscription du contrat et donne lieu à l'application des périodes d'attente prévues par les Conditions Générales et Particulières de la garantie en cause.

- la suppression ou la diminution d'une garantie.

Cette modification doit être formulée par l'envoi d'une lettre recommandée deux mois avant le 31 décembre. Elle prendra effet à la prochaine échéance du contrat soit au 1^{er} janvier.

Aucune modification ne peut être à effet rétroactif, sauf lorsqu'il y a cessation de l'activité professionnelle assurée ou vente du fonds de commerce.

En cas d'évolution du risque assuré, nous pouvons :

- vous proposer un contrat ou une cotisation conforme au nouveau risque dans les mêmes conditions que celles évoquées à l'**article 13** ;
- refuser la demande de modification.

LA COTISATION

ARTICLE 15 : COMMENT EST DÉTERMINÉE LA COTISATION ?

- **La cotisation annuelle** correspond toujours à un exercice basé sur l'année civile.

Lorsqu'il y a assurance au cours de l'année civile, nous appelons la cotisation correspondant à la période garantie, de la date d'assurance au 31 décembre, augmentée des frais fixes.

De même, lorsqu'il y a résiliation au cours de l'année civile, sauf résiliation pour non-paiement, nous remboursons au Souscripteur du contrat la fraction de cotisation correspondant à la période non garantie, de la date de résiliation au 31 décembre, déduction faite des frais fixes, ou nous la portons au crédit de son Compte Sociétaire.

- **Toutefois, lorsqu'il y a assurance temporaire :**

- soit par assurance de date à date au cours d'une même année civile,
- soit par assurance et résiliation au cours d'une même année civile,

nous pouvons appeler un minimum de cotisation calculée sur la base d'un barème d'assurance temporaire.

La cotisation annuelle comprend les frais fixes et les taxes d'État s'il y a lieu.

- **Comment est fixée la cotisation annuelle ?**

D'après les déclarations du Souscripteur et en fonction :

- de la garantie souscrite,
- de l'âge de l'Assuré,
- des antécédents médicaux de l'Assuré.

Une déclaration inexacte ou incomplète peut entraîner une nullité de contrat ou une réduction des indemnités en cas de sinistre conformément aux articles L 113-8, L 113-9 et L 132-2 du Code des assurances.

ARTICLE 16 : COMMENT ÉVOLUE LA COTISATION ANNUELLE ?

- À chaque échéance, par décision du Conseil d'Administration, en fonction des résultats techniques.
- À l'échéance annuelle qui précède le passage de l'Assuré dans une tranche d'âge supérieure. La cotisation devient alors celle correspondant à la nouvelle classe d'âge.
- Indépendamment de ces deux dispositions, la cotisation peut être ajustée :
 - chaque fois que les garanties exprimées en euros sont revalorisées ;
 - par décision du Conseil d'Administration, en cas de modification dans la législation quand cette modification change la nature et l'importance de nos engagements ;
 - durant les deux premières années de souscription de la garantie.

ARTICLE 17 : COMMENT ET QUAND LE SOUSCRIPTEUR DOIT-IL RÉGLER SES COTISATIONS ?

- Dans les 10 jours suivant l'échéance du 1^{er} janvier, le Souscripteur doit effectuer le règlement des cotisations appelées par avis d'échéance commun à tous les contrats souscrits.

- En cas de paiement fractionné, chaque fraction doit être réglée dans les 10 jours de son échéance. Le paiement fractionné peut entraîner un supplément de cotisation calculé en pourcentage sur les cotisations appelées.
- Les cotisations ou portions de cotisations augmentées des impôts et taxes sur les contrats d'assurance sont payables en euros à notre Siège Social.

ARTICLE 18 : QU'ARRIVE-T-IL SI LE SOUSCRIPTEUR NE PAIE PAS SES COTISATIONS ?

- À défaut du paiement des cotisations indiquées sur son Compte Sociétaire, ou d'une fraction de celles-ci, dans les 10 jours, et, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, nous pouvons suspendre les garanties de tous les contrats faisant l'objet d'un appel de cotisation à son Compte Sociétaire 30 jours après lui avoir adressé, en recommandé, une demande de paiement valant mise en demeure et résiliation. Cette lettre est adressée à la dernière adresse de l'entreprise connue.
- La résiliation pour non-paiement intervient 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours mentionné ci-dessus. Si le paiement nous parvient avant la résiliation, y compris le paiement des cotisations venues à échéance depuis l'envoi de la lettre de mise en demeure dans les cas de paiement fractionné, les garanties de tous ses contrats reprennent effet le lendemain à midi du jour de réception de son paiement.
- Si ses contrats sont résiliés, le paiement des cotisations n'entraîne pas leur remise en vigueur automatique et nous lui ferons connaître notre décision dès qu'il aura réglé.
- Aucune prestation n'est accordée pour les conséquences des maladies ou accidents dont l'origine se situe pendant la période de suspension du contrat, et cela même s'il s'acquitte ultérieurement de la cotisation impayée.

ARTICLE 19 : LE COMPTE SOCIÉTAIRE

- Du jour où le Souscripteur devient Sociétaire, un compte est ouvert à son nom, appelé sur tous les documents : « Compte Sociétaire ».
- Le droit d'adhésion perçu une fois pour toutes à la souscription du premier contrat figure au Compte Sociétaire.
- Ce compte regroupe les cotisations pour l'année en cours de tous les contrats souscrits et éventuellement, les cotisations non encore réglées de l'année précédente.
- Les règlements que le Sociétaire effectue et les avoirs consécutifs à une modification sont portés au crédit de son Compte Sociétaire.

ARTICLE 20 : RAPPEL DE COTISATION

Les rappels de cotisations motivés par un excédent de sinistres ou de frais d'un exercice seront exigés de tous ceux dont les contrats étaient alors en cours, même si, depuis, ces contrats ont été résiliés ou ont cessé de s'appliquer pour quelque cause que ce soit. Les rappels ne peuvent intervenir que dans un délai maximal de deux ans après la clôture de l'exercice concerné.

Le maximum de cotisation complémentaire pour un exercice donné ne peut être supérieur à deux fois le montant de la cotisation appelée pour l'exercice en cause.

ARTICLE 21 : RISTOURNE DE COTISATION

Sur proposition du Conseil d'Administration, les excédents de recettes d'un exercice, après constitution des réserves prescrites par les lois et règlements en vigueur, peuvent faire l'objet d'une « ristourne » décidée par l'Assemblée Générale qui en fixe également les modalités de répartition.

LA FIN DU CONTRAT (RÉSILIATION)

ARTICLE 22 : RÉSILIATION

Nous pouvons résilier :

- Pendant les deux premières années d'assurance, moyennant un préavis de deux mois. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat.
- En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction des cotisations, 10 jours après la suspension du contrat qui intervient un mois après l'envoi de la mise en demeure.
- En cas de déclarations fausses et incomplètes réalisées lors de la souscription ou durant la vie du contrat. La résiliation intervient dans les formes et conditions prévues à l'**article 9**.
- En cas de modifications ou aggravations des risques tels que définis à l'**article 12**. La résiliation intervient dans les formes et conditions prévues à l'**article 13**.
- Lorsque survient l'un des événements suivants :
 - changement de domicile,
 - changement de situation matrimoniale ou de régime matrimonial,
 - changement de profession, retraite ou cessation d'activité professionnelle, lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. **La résiliation ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la survenance de l'événement. Elle prend effet 30 jours après qu'elle vous ait été notifiée par lettre recommandée.**

Forme de la résiliation

Par lettre recommandée avec avis de réception à la dernière adresse connue du Souscripteur.

Point de départ du délai de préavis.

Il est déterminé par la date de réception de notre lettre recommandée.

Résiliation de plein droit

- À l'échéance qui suit le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré, même si ce dernier exerce toujours une activité professionnelle ;
- En cas de retraite progressive ou totale de l'Assuré ;
- En cas de décès de l'Assuré ;
- À la date d'arrêt définitif de l'activité professionnelle du Souscripteur ou de la vente du fonds de commerce dans lequel s'exerçait cette activité ;
- En cas de retrait total de notre agrément (cessation d'activité imposée par l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles), la résiliation prendra effet le 40^e jour à midi à compter de la publication au Journal Officiel de l'arrêté portant retrait.

Vous pouvez résilier :

- Chaque année au 31 décembre, moyennant un préavis de deux mois, et sous réserve que le contrat ait au moins un an. Le délai de résiliation part de la date figurant sur le cachet de la poste.
- Lorsque survient l'un des événements suivants :
 - changement de domicile,
 - changement de situation matrimoniale ou de régime matrimonial,
 - changement de profession, retraite ou cessation d'activité professionnelle, lorsque le contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La demande doit être formulée dans les trois mois suivant la survenance de l'événement. Elle prend effet 30 jours après l'envoi de votre demande.
- En cas de majoration de la cotisation, hors changement de tranche d'âge, dans les 15 jours qui suivent l'échéance du 1^{er} janvier. La résiliation sera effective 30 jours après la date d'envoi de votre demande.

Forme de la résiliation

- Soit par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique ;
- Soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social ou dans l'une de nos agences.

Que deviennent les cotisations en cas de résiliation ?

- La fraction de cotisation correspondant à la période non garantie est créditée sur le Compte Sociétaire ou remboursée.
- Le remboursement ne sera effectué qu'après déduction des sommes pouvant être dues sur le Compte Sociétaire.
- En cas de résiliation pour non-paiement, cette fraction de cotisation peut également rester acquise à la Société à titre d'indemnité.

Conséquences de la résiliation sur la garantie

Si après la résiliation vous en souscrivez une autre de même nature, le délai de deux ans exigé pour que la garantie devienne viagère s'applique de nouveau à compter de la nouvelle souscription.

Conséquences de la résiliation sur les prestations en cours

Sauf dispositions complémentaires prévues à la garantie « Frais Généraux », les prestations éventuelles en cours sont :

- **supprimées à la date d'effet de la résiliation** en cas de :
 - résiliation par le Souscripteur quel que soit le motif ;
 - résiliation pour :
 - non-paiement des cotisations ou d'une fraction des cotisations,
 - fausse déclaration, omission, inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat,
 - refus du nouveau contrat proposé par nous en cas de modifications ou d'aggravations des risques,
 - fraude ou tentative de fraude à l'occasion d'un sinistre,
 - limite d'âge de couverture atteinte, soit à l'échéance qui suit le 67^{ème} anniversaire de l'Assuré, même si ce dernier exerce toujours une activité professionnelle,
 - en cas de retraite progressive ou totale de l'Assuré,

- en cas de décès de l'Assuré,
- cessation définitive de l'activité professionnelle du Souscripteur ou de la vente du fonds de commerce dans lequel s'exerçait cette activité,
- liquidation judiciaire.

- **maintenues durant 90 jours à compter de la date de résiliation** si le contrat est résilié par nous pour d'autres motifs que ceux énumérés ci-dessus.

Toutefois, une reprise d'activité partielle ou totale intervenant dans cette période de 90 jours mettra définitivement fin au versement des prestations.

Sinistres et indemnités

ARTICLE 23 : LES OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

- **Nous déclarer** par écrit l'arrêt de travail de l'Assuré dans un délai maximal de **cinq jours** après sa survenance. Ce document devra préciser la date de début et la durée probable de l'arrêt. Il en est de même pour les prolongations d'arrêt de travail ;
- **Nous fournir** tous les documents nécessaires au calcul de l'indemnité (voir détail des pièces à l'**article 27**) ;
- **Régler** les honoraires et frais en cas d'expertise médicale de l'Assuré ;
- **Nous déclarer** toute garantie de même nature souscrite par lui auprès d'un autre assureur.

ARTICLE 24 : LES OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ (À DÉFAUT SES AYANTS DROIT)

- **Nous adresser** dans un délai maximal de **cinq jours** après sa survenance l'avis d'arrêt de travail (et les prolongations) ou un bulletin d'hospitalisation ;
- **Envoyer**, dans les **cinq jours** suivant notre demande, toutes pièces justificatives nous permettant d'apprécier la nature, la cause et les conséquences de l'événement ;
- **Accepter**, sauf opposition médicale justifiée, de se soumettre à un contrôle ou une expertise médicale chaque fois que nous le jugeons nécessaire, les honoraires en découlant restant à notre charge. Il peut se faire assister de son médecin traitant ou d'un autre médecin de son choix, les honoraires et frais restant à la charge du Souscripteur ;
- **Fournir** à notre médecin tous les éléments, certificats médicaux, lui permettant de se faire une opinion sur la nature, l'origine et le pronostic de l'affection, ainsi que tous les documents médicaux jugés utiles pour l'appréciation de la demande de prestations. Les documents concernant son état de santé doivent être adressés, sous pli cacheté, à l'attention de notre service médical qui seul en prendra connaissance et ne communiquera à notre service indemnisation que les instructions nécessaires à la gestion du dossier ;
- **Nous retourner** dûment remplis tous les documents nécessaires à l'instruction du dossier ;
- **Permettre** à nos représentants de se rendre auprès de lui pour effectuer toute mission que nous leur aurons confiée.

ARTICLE 25 : QU'ARRIVE-T-IL SI LE SOUSCRIPTEUR ET/OU L'ASSURÉ NE RESPECTENT PAS LEURS OBLIGATIONS ?

Le Souscripteur du contrat est déchu de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause si :

- **il est établi que le retard dans les déclarations nous a causé un préjudice, sauf cas fortuit ou de force majeure.**
- **l'Assuré fait, en connaissance de cause, de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'une maladie ou d'un accident.**
- **l'Assuré refuse de se soumettre au contrôle ou à l'expertise médicale prévue ci-dessus.**

Dans tous les autres cas où les obligations ne sont pas respectées, sauf cas fortuit ou de force majeure, nous pouvons réclamer au Souscripteur une indemnité proportionnelle au préjudice que ce manquement nous aura fait subir.

LE RÈGLEMENT DU SINISTRE

ARTICLE 26 : QUELS SONT LES FRAIS INDEMNISÉS ?

- **En cas de remplacement de l'Assuré, nous prenons en charge les frais supplémentaires d'exploitation :**
 - heures supplémentaires ;
 - main d'œuvre de remplacement ;
 - recours à des prestataires extérieurs.

- **En cas de fermeture de l'établissement, nous prenons en charge les frais généraux énumérés ci-après :**
 - les dépenses d'eau, gaz, électricité, chauffage, téléphone, loyer et charges des locaux professionnels,
 - les salaires (charges incluses) des employés du bénéficiaire des prestations,
 - les taxes et impôts professionnels,
 - les intérêts et taxes payés sur les traites de financement des locaux professionnels,
 - le coût de crédit-bail,
 - les pertes par dépréciation des denrées périssables,
 - les amortissements des équipements,
 - les agios sur découverts bancaires,
 - les primes d'assurance professionnelle,
 - les charges sociales personnelles obligatoires de l'Assuré.

ARTICLE 27 : COMMENT EST ÉVALUÉE L'INDEMNITÉ ?

- Le versement de l'indemnité est toujours apprécié en tenant compte des indications du médecin conseil de la MAPA ou de tout autre médecin conseil mandaté pour expertise. Nous pouvons donc être amenés à refuser tout ou partie des prestations, indépendamment du versement des indemnités qui peuvent être versées par le Régime Obligatoire.

LITIGES D'ORDRE MÉDICAL

En cas de désaccord avec les conclusions de notre médecin, nous proposerons à l'Assuré de choisir parmi 3 médecins celui qui aura pour mission de trancher le litige.

À défaut d'accord amiable sur le choix du médecin expert, sa désignation sera effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du département de l'Assuré, sur simple requête d'une ou des deux parties.

L'Assuré dispose de la possibilité d'être accompagné par le médecin de son choix.

Les frais et honoraires du médecin seront à la charge du Souscripteur, tandis que ceux de l'expert seront partagés entre le Souscripteur et nous, par parts égales.

Aucune action en justice ne pourra être exercée tant que n'aura pas eu lieu cette expertise amiable et contradictoire.

- **L'indemnité est calculée** sur la base des documents qui seront fournis ou à fournir dans la limite du montant souscrit. En cas de revalorisation de ce montant, celle-ci s'applique à compter de l'échéance.

Par exemple, en cas d'arrêt de travail du 15 décembre de l'année N au 15 janvier de l'année N+1, l'indemnité sera versée du 15 au 31 décembre de l'année N sur la base du montant applicable au 1^{er} janvier de l'année N. L'indemnité sera versée du 1^{er} au 15 janvier de l'année N+1 sur la base du montant revalorisé.

Les justificatifs à transmettre par le Souscripteur sont les suivants :

- bulletins de salaires (si embauche d'un remplaçant),
- attestation comptable, précisant les heures supplémentaires non habituelles ainsi que le montant réglé par l'employeur (Brut + charges patronales),
- facture du prestataire pour l'embauche d'un remplaçant,
- factures d'approvisionnement marchandises produits finis auprès d'un prestataire extérieur,
- état descriptif des marchandises produits,
- en cas de fermeture, les éléments comptables nécessaires au calcul du montant des frais généraux (notamment la copie du dernier compte de résultat détaillé du bénéficiaire des prestations ou une attestation de l'expert-comptable qui précise le détail des charges),
- et tout autre document nécessaire au calcul de l'indemnité.

ARTICLE 28 : QUELLES SONT LES MODALITÉS DE RÈGLEMENT DE LA PRESTATION ?

Lorsqu'un arrêt de travail intervient et qu'il concerne une affection de même nature (ainsi que ses rechutes et conséquences directes et indirectes) que celle ayant déjà fait l'objet d'une ou de plusieurs indemnisations, quelle qu'en soit la date, nous considérons qu'il s'agit de sa suite :

- nous n'appliquons pas la franchise ;
- la durée de cette nouvelle indemnisation est appréciée en tenant compte du ou des précédents arrêts de travail, sans que le nombre de jours total donnant lieu au versement de l'indemnité puisse excéder la durée maximale prévue pour cette affection.

Lorsqu'un arrêt de travail est consécutif à plusieurs affections indépendantes et simultanées, l'indemnité versée ne peut en aucun cas dépasser le montant souscrit.

Reprise d'activité :

- **Une reprise partielle de l'activité entraînera une réduction de 50 % des indemnités sans proroger pour autant la durée d'indemnisation dont le terme sera celui fixé aux Conditions Particulières. Toute activité professionnelle quelle qu'elle soit, exercée sur le lieu de travail, à domicile, ou dans tout autre lieu, est considérée comme activité partielle. Il en est ainsi notamment d'une activité de gestion, de surveillance, de comptabilité.**
- **Toute reprise d'activité**, qu'elle soit partielle ou totale, doit nous être signalée par écrit (mail ou courrier simple) dans les 48 heures la précédant, faute de quoi il sera mis fin au versement de l'indemnité au jour de la constatation de la reprise, et nous demanderons au Souscripteur le remboursement de l'indemnité indûment perçue.

Cessation définitive d'activité :

En cas de cessation définitive de l'activité professionnelle Assurée liée à l'affection pour laquelle les prestations sont en cours de versement, ces dernières sont maintenues dans la limite fixée par le contrat jusqu'à ce que l'Assuré soit reconnu inapte à l'exercice de son métier par son Régime Obligatoire et sous réserve de l'avis de notre médecin expert.

Toutefois, il est mis fin au versement de l'indemnité le jour où :

- l'Assuré reprend une activité professionnelle quelle qu'elle soit ;
- le Souscripteur met son fonds de commerce en gérance, procède à sa vente ou fait l'objet d'une liquidation judiciaire, ou fait l'objet d'une résiliation de son bail commercial ;
- l'Assuré perçoit une pension d'invalidité de son Régime Obligatoire, la date de prise en compte étant celle de la mise en invalidité par le Régime Obligatoire ;
- l'Assuré perçoit une rente d'invalidité souscrite au titre d'un contrat de prévoyance, la date prise en compte étant celle du premier versement de cette rente ;
- l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite progressive ou totale ;
- l'Assuré a atteint la limite d'âge de couverture de 67 ans ;

et le contrat est alors résilié à la date de l'évènement et les prestations en cours sont supprimées.

Le contrat est résilié à la date de cessation définitive de l'activité professionnelle assurée ou de la vente du fonds de commerce. Si une indemnité a été réglée postérieurement, il sera demandé sa restitution.

ARTICLE 29 : QUEL EST LE DÉLAI D'INDEMNISATION ?

Le versement de l'indemnité est effectué pour la période de l'incapacité par mois échu à partir de la période de franchise mentionnée aux Conditions Particulières sous réserve de l'envoi des documents exigés et des conclusions de notre médecin conseil.

Après production de tous les documents nécessaires à l'instruction du dossier, **l'indemnité contractuelle ne pourra en aucun cas être supérieure au montant des charges réelles décrites dans l'article 26.**

Elle sera versée sous déduction, s'il y a lieu, des cotisations échues et impayées, dans les 15 jours qui suivent l'accord amiable ou la décision judiciaire exécutoire.

Toutefois, un ou plusieurs règlements de prestations n'impliquent pas pour autant que nous renoncions à nous prévaloir des articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances, du fait du manquement dans la déclaration du risque, dont nous n'aurions eu connaissance qu'après ce règlement.

ARTICLE 30 : SUBROGATION

Si l'Assuré est victime d'un accident causé par un tiers, la loi nous autorise à récupérer auprès de ce dernier les indemnités qui ont été versées au titre de la garantie Frais Généraux.

Ce droit n'empêche pas l'Assuré de faire valoir les siens pour obtenir réparation des autres préjudices ou dommages subis, non indemnisés par nous.

Si du fait de l'Assuré, la subrogation ne peut plus s'effectuer en notre faveur, nous sommes déchargés de nos obligations dans la mesure où elle aurait pu s'exercer.

Dispositions diverses

ARTICLE 31 : EXCLUSIONS GÉNÉRALES

En plus des exclusions prévues par le Code des assurances :

nous ne couvrons pas le décès et l'invalidité ;

nous ne garantissons pas les conséquences des maladies ou accidents, ainsi que les suites provoquées :

- à l'occasion de l'accomplissement par l'Assuré des périodes militaires, et à l'occasion d'une suspension de garantie quelle qu'en soit la cause ;
- par les guerres civiles ou étrangères, actes de terrorisme ou de sabotage ;
- par la participation de l'Assuré à un pari, un défi, une agression ou une rixe (sauf cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel) et lorsqu'il a pris une part active à des émeutes ou mouvements populaires ;
- par la manipulation volontaire de l'Assuré d'engins de guerre ou leur détention quand celle-ci est interdite ;
- par les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur ou d'irradiations provenant des phénomènes atomiques ;
- par des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée et autres cataclysmes naturels ;
- par la navigation aérienne accomplie en temps de guerre ou lorsque l'appareil utilisé et son équipage ne sont pas munis de pièces réglementaires de navigabilité et de capacité en état de validité ;
- par la navigation en mer ou sur des eaux intérieures lorsque la personne qui conduit l'embarcation ne détient pas les titres de navigation et documents en état de validité, ainsi que les accessoires imposés par la réglementation en vigueur ;
- par la participation de l'Assuré à des compétitions, des raids, démonstrations acrobatiques, tentatives de record, vols d'essai et vols en prototype ;
- par la pratique de sports en qualité de professionnel, ainsi que la participation à des essais préparatoires à des compétitions ;
- par la pratique d'une activité réputée dangereuse : l'alpinisme, le ski hors piste, la spéléologie, la plongée sous-marine, le saut à l'élastique ou pendulaire, les sports aériens ;
- par les actes intentionnels de l'Assuré ou du Sociétaire ou qui résultent de tentative de suicide ou de mutilation volontaire ;
- par la démence de l'Assuré ;
- par l'Assuré sous l'emprise d'un état alcoolique ou en état d'ivresse en vertu de l'article L 234-1 du Code de la Route ;
- par l'alcoolisme chronique ou aigu de l'Assuré, son éthyliste ou du fait de son état d'ivresse ;
- par l'usage du fait de l'Assuré de médicaments, de drogues, de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- par une affection, une anomalie corporelle, une infirmité constatée médicalement pendant la période d'attente ;
- par des maladies exclues aux Conditions Particulières ;
- par des états pathologiques et des antécédents médicaux non déclarés à l'adhésion et connus de l'Assuré ;
- par des accidents résultant de maladies ou d'infirmités exclues aux Conditions Particulières ;
- par les arrêts de travail donnant lieu à des séjours de repos, en établissement médicalisé ou non, à la campagne, à la mer, à la montagne, sauf si notre médecin a donné préalablement son accord. L'Assuré est tenu de nous préciser son lieu de résidence durant toute la durée de son arrêt de travail ;
- par les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'un traitement de la stérilité, ou à l'occasion de l'aide à la procréation ;
- par les arrêts de travail liés à un état de grossesse même pathologique ou une maternité ;
- par les arrêts de travail prescrits à l'occasion de cures thermales, de thalassothérapie ou héliomarines ;
- par les arrêts de travail prescrits pour traitements esthétiques ou rajeunissement et leurs conséquences (sauf chirurgie réparatrice suite à un accident garanti).

ARTICLE 32 : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions prévues aux articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des assurances.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription peut être interrompue :

- par l'une des causes ordinaires, notamment :
 - la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier (article 2240 du Code civil) ;
 - une demande de justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente ou annulée par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;
 - un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code Civil).
- ainsi que dans les cas suivants :
 - la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
 - l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par notre Mutuelle à vous-même en ce qui concerne le paiement des cotisations ou, par vous-même à notre Mutuelle en ce qui concerne le règlement des indemnités, des frais, des honoraires garantis.

Les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée **de la prescription biennale, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption.**

ARTICLE 33 : EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

- Si vous êtes mécontent(e) d'un produit ou d'un service MAPA ou si vous souhaitez exprimer une réclamation, vous pouvez :
 - En priorité vous adresser à votre interlocuteur habituel en agence ou au gestionnaire sinistre qui a traité votre dossier. Il vous répondra ou vous guidera ;
 - Utiliser le formulaire « Contact » sur le site www.mapa-assurances.fr puis « Objet » et sélectionner « Réclamation » ;
ou envoyer un courrier à :
MAPA Mutuelle d'Assurance
Département Qualité, 1 rue Anatole Contré, BP 60037, 17411 SAINT-JEAN-D'ANGÉLY CEDEX.
Une réponse vous sera communiquée personnellement sous deux mois.
- Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pourrez recourir au Médiateur de l'Assurance en vous connectant sur :
www.mediation-assurance.org
ou à l'adresse suivante : LMA – TSA 50110 – 75441 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 34 : VOS DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les données recueillies vous concernant sont collectées et traitées par votre Mutuelle, qui intervient en qualité de responsable de traitement, sous contrôle de son Délégué à la protection des données.

Pour la passation, la gestion, l'exécution de vos contrats d'assurance, ainsi que la gestion commerciale de ses Sociétaires et prospects, votre assureur doit recueillir et utiliser des données personnelles vous concernant.

Elles peuvent également être utilisées dans les procédures de lutte contre la fraude et contre le blanchiment/financement du terrorisme. Ces procédures s'effectuent dans le cadre de l'intérêt légitime de l'assureur qui a pour obligation de protéger la mutualité des Assurés, et de répondre aux exigences de sécurité imposées par la loi.

- Lutte contre le blanchiment / financement du terrorisme : vos données peuvent être transmises aux autorités compétentes, conformément à la réglementation en vigueur.
- Lutte contre la fraude à l'assurance : le dispositif peut conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les destinataires de vos données sont : les personnels de la Mutuelle, ses prestataires, partenaires, réassureurs, s'il y a lieu les organismes d'assurance ou les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat et la gestion de notre relation commerciale. Elles sont ensuite archivées selon les durées de prescriptions légales.

Vous disposez du droit de prendre connaissance des informations dont nous disposons vous concernant et de demander à les corriger, notamment en cas de changement de situation.

Vous disposez également du droit de demander d'effacer ou de limiter l'utilisation de vos données, dans la limite des contraintes légales liées à la gestion de votre contrat.

Vous pouvez également vous opposer à l'utilisation de vos données, notamment concernant la prospection commerciale.

Enfin, vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à leur utilisation.

Pour l'exercice de ces droits, vous pouvez adresser votre demande à

MAPA - Département Qualité - 1, rue Anatole Contré - BP 60037 - 17411 SAINT JEAN D'ANGÉLY CEDEX.

Après avoir fait une demande, si vous n'avez pas obtenu satisfaction, vous pouvez vous adresser à la CNIL :

- sur le site www.cnil.fr,
- ou par courrier à Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Un justificatif d'identité doit être joint à la demande.

Vos données pourront être utilisées afin de déterminer, de manière automatisée, le risque couvert, le contrat le plus adapté ou le préjudice à indemniser.

ARTICLE 35 : LA CONFIDENTIALITÉ DES INFORMATIONS

Si, à l'occasion de la souscription du contrat ou lors de l'indemnisation, nous sommes amenés à recueillir ou à traiter des informations en rapport avec votre état de santé, ces données seront gardées confidentielles.

ARTICLE 36 : FRAUDE OU TENTATIVE DE FRAUDE

Toute fraude ou tentative de fraude caractérisée en vue de tirer un profit illégitime du contrat fait perdre tout droit à prestations pour la garantie concernée. Il est précisé que la preuve de la mauvaise foi nous incombe. Ne sont pas visées les situations d'inexactitude, d'omission ou de réticence.

