

# CONDITIONS GÉNÉRALES

Contrats complémentaire santé et prévoyance



Conditions générales n° 22



**Vous avez choisi la MAPA pour garantir votre risque « SANTÉ-PRÉVOYANCE »  
NOUS VOUS REMERCIONS DE CETTE CONFIANCE.**

- Ce contrat, qui concrétise nos engagements réciproques, est constitué :
  - des Conditions Générales qui définissent le cadre de nos rapports ;
  - des Conditions Particulières qui précisent les personnes assurées et les options souscrites dans le cadre des Conditions Générales ;
  - et de l'annexe qui précise montants et garanties.
  
- Ce contrat est régi par le Code des Assurances, sous réserve, s'il est souscrit dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, des dispositions impératives, plus favorables à l'assuré, de la législation locale en vigueur dans ces départements.  
Chaque personne assurée fait l'objet d'un contrat particulier.

■ **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 vous a été remis.

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.

# Sommaire

---

DÉFINITIONS .....	p. 1
<b>Les définitions</b> .....	p. 2
<hr/>	
DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....	p. 7
<b>L'étendue géographique du contrat</b> .....	p. 8
ARTICLE 1 : Les prestations sont accordées dans les conditions suivantes .....	p. 8
<b>La formation du contrat</b> .....	p. 9
ARTICLE 2 : A partir de quand êtes-vous assuré ? .....	p. 9
ARTICLE 3 : La déclaration des risques lors de la souscription ou de la modification du contrat	p. 11
ARTICLE 4 : Conséquences des déclarations fausses ou incomplètes .....	p. 11
<b>La vie du contrat</b> .....	p. 12
ARTICLE 5 : Quelle est sa durée ? .....	p. 12
ARTICLE 6 : Quelles modifications des risques devez-vous nous déclarer en cours de contrat ?	p. 12
ARTICLE 7 : Conséquences de la déclaration de modification ou d'aggravation des risques .....	p. 12
ARTICLE 8 : Les modifications du contrat. ....	p. 12
ARTICLE 9 : Que faire en cas de changement de profession ou de décès ?.....	p. 13
ARTICLE 10 : L'examen des réclamations.....	p. 13
<b>La cotisation</b> .....	p. 14
ARTICLE 11 : Comment est déterminée votre cotisation ?.....	p. 14
ARTICLE 12 : Comment évolue la cotisation annuelle ? .....	p. 14
ARTICLE 13 : Comment et quand régler vos cotisations ?.....	p. 15
ARTICLE 14 : Vous êtes travailleur non salarié.....	p. 15
ARTICLE 15 : Qu'arrive-t-il si vous ne payez pas vos cotisations ? .....	p. 15
ARTICLE 16 : Le compte sociétaire .....	p. 16
ARTICLE 17 : Rappel de cotisation et/ou ristourne .....	p. 16
<b>La fin du contrat (résiliation)</b> .....	p. 17
ARTICLE 18 : Quand et comment pouvons-nous résilier votre contrat ? .....	p. 17
ARTICLE 19 : Quand et comment pouvez-vous résilier votre contrat ?.....	p. 17
ARTICLE 20 : Résiliation de plein droit .....	p. 18
ARTICLE 21 : Que deviennent les cotisations en cas de résiliation ? .....	p. 18
ARTICLE 22 : Conséquences de la résiliation sur les garanties.....	p. 18
ARTICLE 23 : Conséquences de la résiliation sur les prestations en cours .....	p. 19
<hr/>	
EXCLUSIONS GÉNÉRALES.....	p. 21

---

GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ .....	p. 23
ARTICLE 24 : Qui peut souscrire la garantie ? .....	p. 24
ARTICLE 25 : Qui peut bénéficier de la garantie ? .....	p. 24
ARTICLE 26 : Quelles sont les formalités d'adhésion ? .....	p. 25
ARTICLE 27 : Quelles sont les périodes d'attente ? .....	p. 25
ARTICLE 28 : Le tableau des prestations .....	p. 26
ARTICLE 29 : Le versement des prestations.....	p. 26
ARTICLE 30 : Prescription .....	p. 26
ARTICLE 31 : Les postes de remboursement de la garantie .....	p. 27
ARTICLE 32 : Les services inclus dans la garantie .....	p. 33

---

GARANTIES PRÉVOYANCE .....	p. 35
<b>L'indemnité journalière en cas d'arrêt de travail</b> .....	p. 36
ARTICLE 33 : Qui peut souscrire la garantie ? .....	p. 36
ARTICLE 34 : Quelles sont les périodes d'attente ? .....	p. 36
ARTICLE 35 : Les conditions d'application de la garantie .....	p. 36
ARTICLE 36 : Modalités de règlement de la prestation .....	p. 37
<b>L'allocation quotidienne hospitalière</b> .....	p. 39
ARTICLE 37 : Qui peut souscrire la garantie ? .....	p. 39
ARTICLE 38 : Quelles sont les périodes d'attente ? .....	p. 39
ARTICLE 39 : Les conditions d'application de la garantie .....	p. 39
ARTICLE 40 : Modalités de règlement de la prestation .....	p. 40
<b>L'individuelle accidents « invalidité permanente »</b> .....	p. 41
ARTICLE 41 : Les conditions d'application de la garantie .....	p. 41
ARTICLE 42 : Modalités de règlement de la prestation .....	p. 42
<b>L'individuelle accidents « décès »</b> .....	p. 43
ARTICLE 43 : Les conditions d'application de la garantie .....	p. 43
ARTICLE 44 : Modalités de règlement de la prestation .....	p. 43
<b>Votre indemnisation en prévoyance</b> .....	p. 44
ARTICLE 45 : Que faire pour être indemnisé ?.....	p. 44
ARTICLE 46 : Comment est évaluée votre indemnisation ? .....	p. 44
ARTICLE 47 : Dans quels délais serez-vous indemnisé ? .....	p. 45

---

GÉNÉRALITÉS .....	p. 47
ARTICLE 48 : Assistance .....	p. 48
ARTICLE 49 : Confidentialité des informations .....	p. 48
ARTICLE 50 : Subrogation .....	p. 48
ARTICLE 51 : Fraude ou tentative de fraude .....	p. 48
ARTICLE 52 : Informatique et libertés .....	p. 49
ARTICLE 53 : Prescription .....	p. 50



# **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, congélations, sont assimilés à des accidents.

## **ACCIDENT DE LA CIRCULATION**

Tout accident survenant du fait d'un véhicule terrestre à moteur sur une voie ouverte à la circulation publique, que l'assuré ait la qualité de piéton, conducteur ou passager.

Ne sont jamais considérés comme accidents de la circulation :

- les accidents dont l'assuré est victime en tant que conducteur d'un transport public,
- les accidents de ski et tous les sports de glisse.

## **ÂGE LIMITE**

Les garanties comportent, selon l'option choisie, des limites d'âge pour l'adhésion et pour leur cessation.

Elles sont indiquées au niveau de chaque garantie.

## **ASSURÉ**

Toute personne désignée aux Conditions Particulières.

## **ASSUREUR**

Société auprès de laquelle le contrat est souscrit, et désignée par « nous » aux Conditions Générales.

## **AUTOMÉDICATION**

Acte de se soigner sans l'intermédiaire d'un médecin avec des médicaments délivrés sans ordonnance.

## **CONSOLIDATION**

Stade auquel les lésions ou affections dont souffre l'assuré ne sont plus susceptibles d'évoluer en l'état des connaissances médicales de l'époque.

## **CONVALESCENCE**

Séjour dans un établissement de repos prescrit par un médecin.

## **CURE THERMALE**

Séjour en établissement thermal ou en milieu hospitalier remboursé par le Régime Obligatoire.

## **DÉPASSEMENT D'HONORAIRES**

Fraction des honoraires supérieure au Tarif de Convention (page 10) et non prise en charge par le Régime Obligatoire (page 9).

## **FRAIS AMBULATOIRES**

Frais exposés pour une maladie ou un accident, qui n'entrent pas dans le cadre d'une hospitalisation et qui donnent lieu à remboursement par le Régime Obligatoire.

## **FRAIS PHARMACEUTIQUES**

Produits prescrits par un médecin à l'occasion d'une maladie ou d'un accident et délivrés par un pharmacien.

L'orthopédie, les petits appareillages et les accessoires sont considérés comme produits pharmaceutiques.

## **FRANCHISE**

Période pendant laquelle le versement de l'Allocation Quotidienne Hospitalière ou de l'Indemnité Journalière n'est contractuellement pas dû.

## **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 PERMANENTE TOTALE**

Invalidité qui rend l'assuré définitivement incapable de se livrer à l'exercice d'une quelconque activité professionnelle et qui nécessite l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (par référence à la 3e catégorie d'invalidité de la Sécurité Sociale).

## **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 assimilés 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 (praticien titulaire d'un diplôme de médecin),
- notre médecin (titulaire du diplôme de réparation juridique du dommage corporel ou d'un diplôme équivalent).

## **MÉDECIN CONSEIL**

Médecin rattaché au Siège de la Mutuelle d'Assurance.

## **MÉDECINES ALTERNATIVES**

Méthodes thérapeutiques pratiquées par des professionnels de santé en complément de leur discipline allopathique.

## **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.

Pour les seules prestations en espèces, ne sont jamais garanties les conséquences des affections constatées médicalement pendant la période d'attente.

## **PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (OU TRANCHE A)**

Salaire de base maximum fixé par les Pouvoirs Publics et servant d'assiette aux cotisations de Prévoyance et de Retraite.

## **PRESTATIONS EN ESPÈCES**

Prestations prévues au contrat de Prévoyance telles que les allocations forfaitaires, les indemnités journalières, les capitaux.

## **PRESTATIONS EN NATURE (OU FRAIS DE SANTÉ)**

Prestations servies en remboursement de frais tels que frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, hospitaliers et prévues au titre du Contrat Frais de Santé.

## **PRÉVENTION**

Acte médical mis en œuvre pour éviter l'apparition ou l'aggravation de certaines maladies.

## **PROTHÈSE AUDITIVE**

Appareil amplificateur permettant de corriger une perte de l'audition.

## **PROTHÈSE DENTAIRE OU ORTHODONTIQUE**

Technique permettant :

- la reconstitution d'une dent ou le remplacement d'une ou plusieurs dents absentes (prothèse dentaire).
- la correction de troubles dentaires ou osseux (prothèse d'orthodontie ou de contention).

## **PROTHÈSE AUTRE QUE DENTAIRE**

Élément artificiel mis en place chirurgicalement pour le remplacement d'un organe.

Par extension, sont assimilés à des prothèses, les gros appareillages tels que les fauteuils roulants.

## **RÉGIME OBLIGATOIRE**

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

## **RÉSEAU DE PARTENAIRES**

Professionnels de Santé qui se sont engagés contractuellement avec nous sur de bonnes pratiques professionnelles et des tarifs négociés.

## **REVALORISATION**

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

## **SOUSCRIPTEUR OU SOCIÉTAIRE**

Personne signataire du contrat agissant tant pour elle-même que pour le compte du ou des assurés et désignée par « vous » aux Conditions Générales.

## **SUBROGATION**

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

## **TARIF D'AUTORITÉ**

Tarif appliqué par le Régime Obligatoire pour le remboursement des honoraires de soins dispensés par les praticiens et auxiliaires médicaux non liés par la Convention Nationale.

## **TARIF DE CONVENTION**

Tarif de base retenu par le Régime Obligatoire pour le remboursement des honoraires de soins dispensés par les praticiens et auxiliaires médicaux liés par la Convention Nationale.

## **TÉLÉTRANSMISSIONS**

Accords passés entre nous et les Caisses de Régimes Obligatoires pour nous permettre d'obtenir directement les informations sur vos frais de santé.

## **TICKET MODÉRATEUR**

Différence entre le Tarif de Convention ou le Tarif d'Autorité et le montant du remboursement du Régime Obligatoire.

## **TIERS PAYANT**

Accords passés entre nous et les Professionnels de Santé pour vous dispenser de faire l'avance de vos frais de santé.



# **DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

## L'ÉTENDUE GÉOGRAPHIQUE DU CONTRAT

### ARTICLE 1 : LES PRESTATIONS SONT ACCORDÉES DANS LES CONDITIONS SUIVANTES :

Garanties	France métropolitaine Monaco	Union européenne	Monde entier : séjours inférieurs à 12 mois exclusivement
Complémentaire Santé	Oui	Oui	Oui
Allocation Quotidienne Hospitalière	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Exclusivement pour les accidents garantis.</li> <li>■ Indemnisation durant 3 mois maximum.</li> </ul>	Non
Indemnité Journalière	Oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Exclusivement pour les périodes d'hospitalisation faisant suite à un accident garanti.</li> <li>■ Indemnisation durant 3 mois maximum.</li> </ul>	Non
Individuelle Accidents	Oui	Oui	Oui

#### ■ Prestations en nature (complémentaire santé)

Le versement des prestations reste subordonné au remboursement préalable du Régime Obligatoire français et sur la base de ce dernier.

#### ■ Toutes Prestations (en nature et en espèces)

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

Les dispositions qui suivent et qui font référence à l'état de santé du proposant ne concernent pas les prestations en nature (complémentaire santé).

## ARTICLE 2 : 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 en cas d'accident ou d'abrogation des périodes d'attente,
- à l'expiration des périodes d'attente propres à chaque garantie dans tous les autres cas.

### Dispositions particulières relatives à la fourniture à distance d'opérations d'assurance et à la souscription par voie de démarchage

#### Fourniture à distance d'opérations d'assurance

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par l'assureur ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition qu'il n'y ait pas plus d'une année entre les deux contrats,
- ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Si le contrat a été conclu à la demande du souscripteur, en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, l'assureur ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat.

Le souscripteur, personne physique, qui conclut, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, un contrat à distance, est informé qu'il dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer, et ce sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité. Ce délai commence à courir soit à compter du jour de la signature des Conditions Particulières, soit à compter du jour où le souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L 121-20-11 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à la première.

Le souscripteur est informé que le contrat ne peut recevoir commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans son accord.

Le souscripteur qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré dans les présentes, dûment complété par ses soins et envoyé à l'adresse suivante : MAPA, Mutuelle d'Assurance, 17411 SAINT-JEAN-D'ANGÉLY CEDEX.

# LA FORMATION DU CONTRAT

« Je, soussigné [NOM-PRÉNOM], demeurant [adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L 112-2-1 du Code des Assurances, au contrat d'assurance [numéro du contrat], souscrit le [date de la signature des Conditions Particulières], par l'intermédiaire de [nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

Date [à compléter]

Signature [souscripteur] ».

A cet égard, le souscripteur est informé que, s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement proportionnel du service financier effectivement fourni, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante :

(montant de la cotisation annuelle figurant aux Conditions Particulières du contrat) x 365 / nombre de jours garantis.

Par dérogation, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois,
- aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur, avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

## Souscription par voie de démarchage

Le souscripteur, personne physique, qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande et qui signe, dans ce cadre, une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, est informé qu'il dispose de la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

A cet égard, le souscripteur, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre inséré dans les présentes, dûment complété par ses soins et envoyé à l'adresse suivante :

MAPA, Mutuelle d'Assurance, 17411 SAINT-JEAN-D'ANGÉLY CEDEX.

« Je, soussigné [NOM-PRÉNOM], demeurant [adresse du souscripteur], déclare renoncer, en application des dispositions de l'article L 112-9 du Code des Assurances, au contrat d'assurance [numéro du contrat], souscrit le [date de la signature des Conditions Particulières], par l'intermédiaire de [nom de l'intermédiaire ayant commercialisé le contrat].

Date [à compléter]

Signature [souscripteur] ».

L'exercice de ce droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'entreprise d'assurance si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L 112-9 du Code des Assurances, ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- aux contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois,
- dès lors que le souscripteur a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

# LA FORMATION DU CONTRAT

## ARTICLE 3 : LA DÉCLARATION DES RISQUES LORS DE LA SOUSCRIPTION OU DE LA MODIFICATION DU CONTRAT

- Vous devez obligatoirement :
  - répondre avec précision aux questions figurant sur la proposition d'assurance et sur le questionnaire de santé au moyen desquels nous vous interrogeons sur les éléments qui nous permettent d'apprécier le risque que nous prenons en charge,
  - nous déclarer toute garantie de même nature souscrite par vous auprès d'un autre assureur.
- À partir d'un montant de garantie déterminé par nous ou lorsque les réponses aux questionnaires médicaux ne nous permettent pas d'apprécier son état de santé, le candidat à l'assurance doit se soumettre aux examens médicaux que nous lui demandons et nous fournir tout document sur la nature et l'origine d'une maladie ou d'un accident.

Ces renseignements doivent être adressés sous pli cacheté à notre service médical qui seul en prendra connaissance et nous donnera les instructions relatives à l'établissement du contrat.

## ARTICLE 4 : CONSÉQUENCES DES DÉCLARATIONS FAUSSES OU INCOMPLÈTES

- S'il y a eu de votre part réticence ou fausse déclaration intentionnelle, le contrat est déclaré nul :
  - les cotisations déjà réglées nous restent acquises.
  - en outre, nous demandons le remboursement des indemnités payées par nous à l'occasion d'un sinistre, tant à vous-même qu'à autrui.
- S'il y a eu seulement omission ou déclaration inexacte, sans intention de tromperie, nous avons la faculté :
  - soit de 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 de vous 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 le risque avait été complètement et exactement déclaré.

# LA VIE DU CONTRAT

## ARTICLE 5 : QUELLE EST SA DURÉE ?

Celle indiquée aux Conditions Particulières. Le contrat est souscrit pour un an et se renouvelle chaque année le 1<sup>er</sup> janvier, sauf dénonciation de votre part dans les conditions prévues au présent contrat, article 9.

## ARTICLE 6 : QUELLES MODIFICATIONS DES RISQUES DEVEZ-VOUS NOUS DÉCLARER EN COURS DE CONTRAT ?

Vous devez nous déclarer, dans un délai maximal de 15 jours à partir du jour où vous en avez connaissance, les circonstances nouvelles qui auraient pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux, rendant de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites notamment dans la proposition d'assurance.

## ARTICLE 7 : CONSÉQUENCES DE LA DÉCLARATION DE MODIFICATION OU D'AGGRAVATION DES RISQUES

### ■ Nous avons la possibilité :

- pour les prestations en espèces, de résilier le contrat si celui-ci a moins de deux ans d'existence, la résiliation étant effective 10 jours à compter de la date d'envoi de notre lettre recommandée.
- pour toutes les prestations, de vous proposer un contrat ou une cotisation conforme au nouveau risque déclaré. Si vous ne donnez pas suite à cette proposition ou si vous la refusez dans un délai de 30 jours, nous pouvons résilier le contrat.

En cas d'omission de déclaration d'aggravation des risques, les conséquences sont celles évoquées à l'article 4 du présent contrat.

## ARTICLE 8 : LES MODIFICATIONS DU CONTRAT

### ■ Vous pouvez nous 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 ne peut prendre effet qu'à la prochaine échéance du contrat moyennant un préavis de deux mois.

Aucune modification ne peut être à effet rétroactif, sauf pour la garantie Frais de Santé, lorsqu'il y a changement de Régime Obligatoire, et pour la garantie Indemnité Journalière lorsqu'il y a cessation de l'activité professionnelle assurée ou vente du fonds de commerce.

### ■ Nous pouvons vous proposer :

En cas d'évolution de votre risque, un contrat ou une cotisation conforme au nouveau risque, dans les mêmes conditions que celles évoquées à l'article 6.

L'évolution de l'état de santé de l'assuré ne peut pas être considérée comme une modification ou une aggravation du risque sauf pour les prestations en espèces si elle survient pendant les deux premières années d'assurance ininterrompues à compter de la prise d'effet.

### ■ Sort des cotisations

Dans les cas où l'aggravation du risque ou les modifications du contrat conduisent à la résiliation, nous portons au crédit de votre 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.

# LA VIE DU CONTRAT

## ARTICLE 9 : QUE FAIRE EN CAS DE CHANGEMENT DE PROFESSION OU DE DÉCÈS ?

### A - CHANGEMENT DE PROFESSION

Vous devez nous aviser de tout changement d'activité. Nous avons la possibilité :

- Pour toutes les prestations en espèces, de résilier le contrat si celui-ci a moins de deux ans d'existence, la résiliation étant effective 10 jours à compter de la date d'envoi de notre lettre recommandée.
- Pour toutes les prestations, de vous proposer un contrat ou une cotisation conforme au nouveau risque déclaré. Si vous ne donnez pas suite à cette proposition ou si vous la refusez dans un délai de 30 jours, nous pouvons résilier le contrat.

### B - DÉCÈS

Si vous décédez en cours de contrat :

- le contrat dont vous êtes l'assuré est aussitôt résilié.
- les contrats des membres de votre famille garantis jusqu'alors continueront à produire leurs effets. La qualité de Sociétaire est alors transférée à votre conjoint ou à défaut à l'un des assurés qui doit nous préciser sa profession dans les plus brefs délais.  
Les contrats peuvent également être résiliés à la demande des assurés.

### C - SORT DES COTISATIONS

En cas de résiliation du contrat pour changement de profession ou décès, nous remboursons la fraction de cotisation correspondant à la période non garantie entre la date de résiliation et l'échéance du 31 décembre. Nous retenons les sommes pouvant être dues sur le Compte Sociétaire.

## ARTICLE 10 : L'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 « Contacter la MAPA » sur le site [www.mapa-assurances.fr](http://www.mapa-assurances.fr) puis « Objet » et sélectionner « Réclamation » ; ou envoyer un courrier à :  
MAPA - 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](http://www.mediation-assurance.org)

Ou à l'adresse suivante : LMA – TSA 50110 – 75441 PARIS Cedex 09.

# LA COTISATION

## ARTICLE 11 : COMMENT EST DETERMINÉE VOTRE 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 vous remboursons 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 votre 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 calculé 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 vos déclarations et en fonction :
  - de l'âge de chaque assuré,
  - de son Régime Obligatoire,
  - des garanties souscrites,
  - de ses antécédents médicaux pour les seules prestations en espèces.  
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 132-26 du Code des Assurances.

## ARTICLE 12 : COMMENT ÉVOLUE LA COTISATION ANNUELLE ?

- A chaque échéance, par décision du Conseil d'Administration.
- A l'échéance annuelle qui précède le passage de la personne assurée dans une tranche d'âge supérieure. La cotisation devient alors celle correspondant à la nouvelle classe d'âge.
  - Dès qu'il y a changement de Régime Obligatoire.

Indépendamment de ces trois dispositions, la cotisation peut être ajustée :

- chaque fois que les garanties exprimées en euros ou en pourcentage du plafond de la Sécurité Sociale sont revalorisées ;
- par décision du Conseil d'Administration, en cas de modification dans la législation ou la réglementation des Régimes Obligatoires quand cette modification change la nature et l'importance de nos engagements ;
- durant les deux premières années de la souscription d'une garantie pour les seules prestations en espèces.

# LA COTISATION

## ARTICLE 13 : COMMENT ET QUAND RÉGLER VOS COTISATIONS ?

- Dans les 10 jours suivant l'échéance du 1<sup>er</sup> janvier, vous devez 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 Siègne Social.

## ARTICLE 14 : VOUS ETES TRAVAILLEUR NON SALARIÉ

- Les garanties suivantes entrent dans le champ d'application de la loi Madelin du 11/02/1994, relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle :
  - les frais de santé,
  - l'incapacité de travail en cas d'arrêt de travail.En tant que :
  - professionnel indépendant (revenus relevant des BIC ou BNC) ;
  - conjoint collaborateur d'un professionnel indépendant ;
  - dirigeant non salarié relevant de l'article 62 du code général des impôts, vous pouvez déduire de votre bénéfice imposable des cotisations versées au titre de ce contrat, dans la limite des plafonds en vigueur. Pour en bénéficier, vous devez adhérer à l'association désignée sur la demande d'adhésion.
- Cette déduction est possible tant que vous exercez sous ce statut, que vous êtes à jour de vos cotisations aux régimes obligatoires et que dure votre assurance.

Nous vous adressons une attestation de cotisations à conserver à l'appui de votre comptabilité.

## ARTICLE 15 : QU'ARRIVE-T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOS COTISATIONS ?

- A défaut du paiement des cotisations indiquées sur votre 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 votre Compte Sociétaire 30 jours après vous avoir adressé, en recommandé, une demande de paiement valant mise en demeure et résiliation. Cette lettre est adressée à votre dernier domicile connu.
- 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 vos contrats reprennent effet le lendemain à midi du jour de réception de votre paiement.
- Si vos contrats sont résiliés, le paiement des cotisations n'entraîne pas leur remise en vigueur automatique et nous vous ferons connaître notre décision dès que vous aurez réglé.

- **Pour les prestations en espèces, 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 si vous acquittez ultérieurement la cotisation impayée.**
- **Pour les prestations en nature, aucune prestation n'est accordée pour les maladies ou accidents survenant pendant la période de suspension du contrat.**

## ARTICLE 16 : LE 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 crédit de votre Compte Sociétaire.

## ARTICLE 17 : RAPPEL DE COTISATION ET/OU RISTOURNE

- **Rappel**  
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.
- **Ristourne**  
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 18 : QUAND ET COMMENT POUVONS-NOUS RÉSILIER VOTRE CONTRAT ?

- Moyennant un préavis de deux mois pendant les deux premières années d'assurance pour les seules prestations en espèces.
- En cas de non-paiement des cotisations, 10 jours après la suspension du contrat qui intervient un mois après l'envoi de la mise en demeure.
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat. La résiliation intervient dans les formes et conditions prévues page 17.
- Pendant les deux premières années d'assurance pour les seules prestations en espèces, 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 à votre dernier domicile connu.
- Point de départ du délai de préavis :  
Il est déterminé par la date de réception de notre lettre recommandée.

### ARTICLE 19 : QUAND ET COMMENT POUVEZ-VOUS RÉSILIER VOTRE CONTRAT ?

- Chaque année au 31 décembre, moyennant un préavis de deux mois, le délai de résiliation partant de la date figurant sur le cachet de la poste.
- Pour les contrats individuels couvrant les personnes physiques en dehors de leur activité professionnelle, nous devons vous informer 15 jours avant le 31 octobre que vous pouvez résilier le contrat à l'échéance du 31 décembre moyennant un préavis de deux mois.  
À défaut de cette information, nous devons vous signaler avec l'avis d'échéance que vous pouvez dénoncer la reconduction dans un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de cet avis. C'est le cachet de la Poste qui figure sur notre envoi qui est pris en compte.  
Dans ce cas, la résiliation prend effet :
  - au 31 décembre si votre lettre de dénonciation nous parvient avant cette date.
  - au lendemain de la date figurant sur le cachet de la Poste de votre lettre recommandée de dénonciation si celle-ci nous est adressée après le 31 décembre.  
Si nous ne vous informons pas de cette possibilité, vous pouvez résilier le contrat à tout moment de l'année, sans pénalité. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la Poste de votre lettre de résiliation.  
Dans tous les cas de résiliation après l'échéance, vous devrez payer la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été assuré.

## LA FIN DU CONTRAT (RÉSILIATION)

- 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<sup>er</sup> janvier.  
La résiliation sera effective 30 jours après la date d'envoi de votre demande.
- Si nous avons résilié un autre de vos contrats pour sinistre.  
Votre demande doit être faite dans le délai d'un mois à compter de la lettre vous informant de la résiliation de l'autre contrat.  
La résiliation sera effective 30 jours après la date d'envoi de votre demande.
- Forme de la résiliation
  - soit par lettre recommandée,
  - soit par une déclaration au Siège ou à l'une de nos agences contre récépissé.

### ARTICLE 20 : RÉSILIATION DE PLEIN DROIT

- Si vous avez atteint l'âge limite prévu pour une garantie, la résiliation est automatique à l'échéance qui suit la date anniversaire indiquée au niveau de la garantie concernée.
- 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<sup>e</sup> jour à midi à compter de la publication au Journal Officiel de l'arrêté portant retrait.

### ARTICLE 21 : QUE DEVIENNENT LES COTISATIONS EN CAS DE RÉSILIATION ?

- La fraction de cotisation correspondant à la période non garantie est créditée sur votre 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.

### ARTICLE 22 : CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION SUR LES GARANTIES

Pour les seules prestations en espèces, 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.

## LA FIN DU CONTRAT (RÉSILIATION)

### ARTICLE 23 : CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION SUR LES PRESTATIONS EN COURS

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

- **supprimées à la date d'effet de la résiliation** en cas de :
  - résiliation par l'assuré quel que soit le motif.
  - résiliation pour :
    - non-paiement,
    - 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 d'aggravation du risque,
    - fraude ou tentative de fraude à l'occasion d'un sinistre,
    - limite d'âge de couverture atteinte,
    - cessation de l'activité assurée,
    - 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.



# **EXCLUSIONS GÉNÉRALES**

En plus des exclusions prévues par le Code des Assurances et de celles prévues au niveau de chaque garantie,



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.

■ Pour les seules prestations en espèces, ne sont pas garanties non plus les conséquences des maladies ou accidents, ainsi que les suites provoquées :

- 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 éthylisme 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 ;
- d'une affection, d'une anomalie corporelle, d'une infirmité constatée médicalement pendant la période d'attente ;
- des maladies exclues aux Conditions Particulières ;
- des états pathologiques et des antécédents médicaux non déclarés à l'adhésion et connus de l'assuré ;
- des accidents résultant de maladies ou d'infirmités exclues aux Conditions Particulières.

# **GARANTIE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ**

Nous effectuons, en cas de maladie, de maternité ou d'accident garanti, un remboursement complémentaire aux prestations en nature versées par le Régime Obligatoire français sauf lorsque nous mentionnons expressément le contraire (lentille, implantologie,...).

La garantie Complémentaire santé est solidaire et responsable au sens de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale. Elle respecte donc le cahier des charges défini aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du même code.

## ARTICLE 24 : QUI PEUT SOUSCRIRE LA GARANTIE ?

- Les personnes affiliées à un Régime Obligatoire de Protection Sociale français.
- L'âge limite pour l'adhésion est fixé à 75 ans. Votre âge est calculé par différence de millésime entre l'année de prise d'effet de votre contrat et votre année de naissance moins une année.
- La couverture des enfants ne peut être accordée sans celle préalable des parents.

## ARTICLE 25 : QUI PEUT BENEFCIER DE LA GARANTIE ?

### ■ Définition des ayants droit

Les membres de votre famille peuvent bénéficier de la garantie en qualité d'ayant droit. Il s'agit de :

- toutes les personnes considérées par le Régime Obligatoire comme étant à votre charge au sens du Code de la Sécurité sociale (conjoint, enfant...) ;
- votre conjoint assuré social et les personnes considérées par le Régime Obligatoire comme étant à la charge de ce dernier au sens du code de la Sécurité sociale ;
- vos enfants assurés sociaux âgés de moins de 26 ans, qui justifient de la poursuite d'études : étudiants de l'enseignement secondaire ou supérieur (y compris dans le cadre d'une formation en alternance : contrat d'apprentissage, contrat de qualification...), sous réserve qu'ils n'exercent pas d'activité rémunérée pendant plus de trois mois dans l'année ou, dans le cas contraire, que la rémunération versée par l'employeur ou l'école ne dépasse pas 50 % du SMIC ;
- vos enfants assurés sociaux âgés de moins de 26 ans, percevant l'une ou l'autre des allocations prévues par la loi du 30 juin 1975.

### ■ En cours de vie du contrat :

- si vous souhaitez qu'un nouvel ayant-droit bénéficie de votre contrat, il vous suffit de nous en faire la demande. En cas d'ajout d'un nouveau né, la garantie Frais de santé est acquise dès sa naissance (ou dès sa date d'adoption), à condition d'effectuer la demande d'affiliation au contrat dans les 3 mois suivant sa naissance (ou la date d'arrivée de l'enfant dans le foyer).
- si vous souhaitez au contraire qu'un ayant droit ne bénéficie plus de votre contrat, vous devez nous en faire la demande avant le 31 octobre de l'année en cours. Cette demande prendra effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

## ARTICLE 26 : QUELLES SONT LES FORMALITÉS D'ADHÉSION ?

- **L'adhésion n'est soumise à aucun questionnaire médical.**
- Vous devez :
  - compléter, signer et dater la demande d'adhésion en indiquant la combinaison modules et niveaux souscrite et les éventuels ayants droit que vous souhaitez désigner comme assurés au titre du contrat ;
  - fournir une copie de votre pièce d'identité en cours de validité ainsi qu'une copie de l'attestation de carte Vitale de chacun des assurés ;
  - en cas de paiement de cotisation par prélèvement, vous devez également remplir un mandat de prélèvement SEPA et fournir un relevé d'identité bancaire.
- Votre contrat se compose d'une association de modules et de niveaux de garantie. Les principes de modularité sont les suivants :
  - les modules Optique/Dentaire/Audioprothèses et Bien-être (ou Confort) sont toujours choisis dans le niveau égal ou supérieur au module Soins Courants ;
  - il peut y avoir jusqu'à 4 niveaux d'écart entre les modules Soins Courants et les autres,
  - à partir de 60 ans, les modules sont retenus obligatoirement au niveau 2,
  - les modules Bien-être et Confort sont facultatifs.

Ces principes de modularité s'appliquent également en cas de changement de module en cours de contrat.

- Tous les membres d'une même famille s'inscrivent sur la même adhésion. Ils bénéficient de la même garantie (module et niveaux). Néanmoins, il est possible de souscrire des niveaux de garantie différents pour les enfants de ceux retenus pour les parents. En tout état de cause, tous les enfants d'une même famille doivent obligatoirement bénéficier de la même combinaison.
- La mutuelle concrétise votre adhésion par l'envoi du contrat. Vous recevrez également une carte de tiers payant qui prouve votre adhésion à la mutuelle et vous permet de bénéficier du service de tiers payant auprès des professionnels de santé conventionnés.

## ARTICLE 27 : QUELLES SONT LES PÉRIODES D'ATTENTE ?

- À la souscription du contrat : 3 mois pour les modules Bien-être (sauf le poste maternité) et Confort .
- En cours de vie du contrat : 3 mois en cas d'augmentation de votre niveau de prestation (hors module Soins courants), avec application du niveau précédent pendant cette période. Les conditions de combinaison prévues à la souscription s'appliquent.

## ARTICLE 28 : LE TABLEAU DES PRESTATIONS

- Le tableau détaillé des prestations par module et niveau fait l'objet de l'Annexe aux présentes Conditions générales. Votre combinaison retenue est mentionnée sur vos Conditions particulières.
- Le montant des prestations peut être modifié à tout moment par la Mutuelle en fonction notamment de l'évolution de la réglementation et en particulier celle relative à la Sécurité sociale.

## ARTICLE 29 : LE VERSEMENT DES PRESTATIONS

- Les principes de remboursement suivants s'appliquent au versement des prestations complémentaires :
  - Les remboursements cumulés des Régimes Obligatoires et complémentaires ne peuvent en aucun cas excéder le montant des frais que vous avez engagés.
  - Aucune prestation n'est due pour des soins réalisés avant la date d'effet ou après la date de résiliation du contrat.

 Dans le respect de la législation sur les contrats responsables, nous ne prenons pas en charge :

- les participations forfaitaires mentionnées au II de l'article L160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- les franchises forfaitaires mentionnées au III de l'article L160-13 du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins,
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins, lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins ;
- Pour les actes hors parcours de soins, les remboursements de la mutuelle sont limités au ticket modérateur.

- Dans le cas où vous avez souscrit plusieurs assurances couvrant le même risque, vous pouvez obtenir l'indemnisation de vos dommages en vous adressant à l'organisme de votre choix.
- En cas de soins effectués à l'étranger, nous pouvons vous demander la traduction des documents utiles au remboursement. Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à votre charge. Le versement des prestations reste subordonné au remboursement préalable du Régime obligatoire et sur la base de ce dernier.

## ARTICLE 30 : PRESCRIPTION

- Quels que soient les actes concernés, ne sont jamais garantis les demandes de prestations qui nous sont présentées deux ans après la date de l'événement garanti ou du règlement de la Caisse Obligatoire ; ce délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de contrat.

## ARTICLE 31 : LES POSTES DE REMBOURSEMENT DE LA GARANTIE

Les tableaux ci-après reprennent l'intégralité des remboursements proposés

- en présentant la garantie poste par poste, et notamment en précisant les limitations du remboursement,
- en énumérant les justificatifs à présenter, le cas échéant.

### HONORAIRES ET SOINS MEDICAUX

- Nous garantissons un remboursement exprimé en pourcentage du Tarif de Convention même s'il a été fait appel à un praticien non conventionné dans le parcours de soins pour :
  - les consultations et visites, analyses, radios, actes pratiqués par les auxiliaires médicaux, praticiens, généralistes et spécialistes ;
  - les actes chirurgicaux n'ayant pas entraîné une hospitalisation de plus de 24 heures.
- Nous garantissons un remboursement exprimé en pourcentage du tarif d'autorité dans les autres cas.



**Nous ne garantissons pas, même s'il y a eu participation du Régime Obligatoire, les dépassements d'honoraires inhérents aux traitements esthétiques et leurs conséquences (sauf chirurgie réparatrice suite à un accident garanti).**



**Vous devez nous adresser les justificatifs suivants :**

- le décompte de votre Régime Obligatoire sauf en cas de télétransmission ou de tiers payant,
- la facture du professionnel de santé lorsque vous n'avez réglé que la part mutuelle.

### FRAIS PHARMACEUTIQUES

- Les prestations sont exprimées en pourcentage du Tarif de convention.



**Vous devez nous adresser les justificatifs suivants :**

- le décompte de votre Régime Obligatoire sauf en cas de télétransmission ou de tiers payant ;
- la facture du pharmacien lorsque vous n'avez réglé que la part mutuelle .

## HOSPITALISATION : Frais de séjour, Honoraires et salle d'opération

- Nous garantissons un remboursement exprimé en pourcentage du Tarif de Convention pour :
  - l'hospitalisation à domicile,
  - et tous les séjours dans les établissements agréés et conventionnés ou non par la Sécurité Sociale française.

- Nous garantissons un remboursement exprimé sur la base d'une prestation forfaitaire pour le lit d'accompagnant, pour la chambre particulière et pour le forfait journalier.

Pour la chambre particulière, ce remboursement forfaitaire est limité à **60 jours par année civile** pour les séjours en maison de repos ou de convalescence, à **90 jours par année civile** pour les séjours en service psychiatrique et à **180 jours par année civile** pour les séjours en service de rééducation et de réadaptation fonctionnelles.

- Nous garantissons la prise en charge du Ticket Modérateur Forfaitaire appliqué sur les actes diagnostiques et thérapeutiques dont le tarif est supérieur ou égal à 120 €.
- Le remboursement de l'ensemble de ces prestations est soumis à la prise en charge de l'hospitalisation par le Régime Obligatoire.



**Avant toute hospitalisation, vous devez nous demander un accord de prise en charge** à remettre au service des admissions. Si vous faites la demande vous-même, indiquez-nous les coordonnées de l'établissement, le service concerné, la date et la durée prévue de l'hospitalisation. Après la sortie, vous devez nous adresser la facture détaillée délivrée par l'établissement.

## TRANSPORT

- Nous garantissons un remboursement exprimé en pourcentage du Tarif de Convention pour les frais consécutifs au transport de l'assuré.



**Vous devez nous adresser les justificatifs suivants :**

- le décompte de votre Régime Obligatoire sauf en cas de télétransmission ou de tiers payant,
- la facture du professionnel lorsque vous n'avez réglé que la part mutuelle.

## OPTIQUE

- Étant précisé qu'un équipement Lunettes est constitué d'une monture et de deux verres, sont garantis :
  - les équipements avec un remboursement variant selon la correction des verres (verres simples, complexes ou hyper-complexes) ;
  - les lentilles de contact, remboursées ou non par le Régime obligatoire, avec un remboursement forfaitaire par année civile et par assuré ;
  - la chirurgie réfractive de l'œil, non prise en charge par le Régime obligatoire, avec un remboursement forfaitaire par année civile et par assuré.

- Nous garantissons un remboursement exprimé en pourcentage du tarif de convention ou en forfait.



*Comment fonctionne le bonus fidélité ? : au terme de 2 années civiles d'ancienneté du contrat Complémentaire Santé et de la non consommation sur ce poste Optique pendant 3 années civiles, le remboursement est majoré lorsque votre équipement est choisi dans le Réseau Santéclair pour un bénéficiaire âgé de 18 ans et plus. Cette majoration est indiquée dans le tableau des garanties de l'annexe aux conditions générales.*



**Dans le respect de la réglementation du contrat responsable, le nombre d'équipement pris en charge par assuré est limité à un tous les deux ans sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. Dans ce cas, le nombre d'équipement pris en charge est limité à un tous les ans.**



**Vous devez nous adresser les justificatifs suivants :**

- l'ordonnance du praticien ;
- la facture détaillée de l'opticien sauf en cas de tiers payant,
- et, s'agissant du poste « optique-dentaire » du module Confort, la facture de l'opticien pour les équipements basse vision.

## APPAREILLAGES AUTRES QUE DENTAIRE ET AUDITIVES

- Sont garantis :
  - toutes les aides techniques et produits (inscrits à la Liste des produits et des Prestations (LPP) tels que prothèses capillaires, chaussures orthopédiques,...
  - et les véhicules pour handicapés physiques (inscrits au titre IV de la LPP).
- Nous garantissons un remboursement exprimé en pourcentage du Tarif de Convention.



**Vous devez nous adresser les justificatifs suivants :**

- le décompte de votre Régime Obligatoire sauf en cas de télétransmission ou de tiers payant,
- la facture du professionnel de santé lorsque vous n'avez réglé que la part mutuelle.

## AUDIOPROTHESES

- Sont garantis les appareils acoustiques, l'entretien, les piles et accessoires.
- Nous garantissons un remboursement exprimé en pourcentage du Tarif de Convention ou en forfait.



**Vous devez nous adresser les justificatifs suivants :**

- le décompte de votre Régime Obligatoire sauf en cas de télétransmission ou de tiers payant,
- la facture du professionnel de santé lorsque vous n'avez réglé que la part mutuelle.

## DENTAIRE - SOINS

- Nous garantissons un remboursement exprimé en pourcentage du Tarif de Convention pour les consultations et actes chirurgicaux n'ayant pas entraîné une hospitalisation de plus de 24 heures.



**Vous devez nous adresser les justificatifs suivants :**

- le décompte de votre Régime Obligatoire sauf en cas de télétransmission ou de tiers payant,
- la facture du professionnel lorsque vous n'avez réglé que la part mutuelle.

## DENTAIRE - AUTRE QUE LES SOINS

- Sont garantis :
  - les couronnes dentaires, inter de bridges et bridges remboursés ou non par le Régime obligatoire ;
  - les appareils dentaires amovibles ;
  - les autres prothèses (y compris inlay-core) ;
  - les inlay, onlay ;
  - la couronne provisoire non remboursée par le Régime Obligatoire ;
  - l'implantologie et la parodontologie non remboursées par le Régime Obligatoire
  - les réparations ;
  - l'orthodontie (ou non remboursée par le Régime obligatoire selon le niveau retenu).

Selon le niveau retenu, les remboursements de ces autres actes dentaires sont plafonnés à un montant en Euros durant les 2 premières années civiles du contrat. Lorsque ce plafond est atteint et pendant cette période, seul le ticket modérateur sera remboursé.



*Comment fonctionne le bonus fidélité ? : pour l'implantologie et la parodontologie, au terme de 2 années civiles d'ancienneté du contrat Complémentaire Santé et de la non consommation sur ces actes pendant 2 années civiles, le remboursement est majoré. Cette majoration est indiquée dans le tableau des garanties de l'annexe aux conditions générales.*



**Vous devez nous adresser la facture détaillée élément par élément sauf en cas de télétransmission ou de tiers payant.**

## CURE THERMALE

- Sont garantis :
  - les honoraires de cures thermales,
  - le transport et l'hébergement,
  - le forfait thermal pour soins.

Les prestations sont exprimées en forfait par année civile et par assuré, à l'exclusion de tout autre remboursement.



**Nous ne garantissons pas :**

- les soins complémentaires et les soins de confort non prévus dans le forfait thermal ;
- les cures d'amaigrissement ou diététique ;
- les cures de rajeunissement ou de thalassothérapie ;
- les cures en centre héliomarin.



**Vous devez nous adresser le décompte de votre Régime Obligatoire sauf en cas de télétransmission.**

## MATERNITÉ

En cas de naissance ou d'adoption, un forfait naissance vous est versé par enfant lorsque la mère est assurée. Le forfait est versé deux fois lorsque les deux parents sont assurés.



**Vous devez nous adresser la fiche d'état civil du nouveau-né ou le certificat d'adoption.**

## MÉDECINES ALTERNATIVES

- Nous garantissons un remboursement forfaitaire par année civile et par assuré pour l'ensemble des disciplines énumérées dans le tableau des garanties (Annexe aux conditions générales).



**Nous ne garantissons pas les actes pratiqués par un professionnel de santé non titulaire d'un diplôme d'État ou d'un diplôme agréé par le ministère de la Santé.**



**Vous devez nous adresser la facture du professionnel de santé.**

## AUTOMÉDICATION

- Nous garantissons un remboursement forfaitaire par année civile et par assuré pour l'ensemble des produits non prescrits et énumérés dans le tableau des garanties (Annexe aux conditions générales).

La liste des produits pris en charge au titre de ce poste peut évoluer en fonction de la réglementation, du retrait ou de la commercialisation de nouveaux produits.



**Vous devez nous adresser le justificatif des dépenses.**

## PRÉVENTION

- Lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par le Régime Obligatoire, sont garantis :
  - la consultation prévention du glaucome ou cataracte par un opticien (pour les assurés de plus de 60 ans) ;
  - la consultation de diététique,
  - le sevrage tabagique (liste précisée dans le tableau des garanties visé dans l'Annexe aux conditions générales)
  - l'ostéodensitométrie pour les femmes assurées de 50 ans et plus,
  - les vaccins (anti-grippe, hépatite A, hépatites A et B, fièvre jaune).

Les prestations sont exprimées en forfait par année civile et par assuré pour l'ensemble des actes de prévention ou produits énumérés dans le tableau des garanties (Annexe aux conditions générales).



**Vous devez nous adresser la facture du professionnel de santé ou justificatif des dépenses.**

## ACTES NON REMBOURSÉS

- Nous garantissons un remboursement forfaitaire par année civile et par assuré pour l'ensemble des actes prescrits non remboursés énumérés dans le tableau des garanties (Annexe aux conditions générales).



**Vous devez nous adresser :**

- la facture du professionnel de santé,
- et, pour les produits prescrits mais non remboursés par le Régime Obligatoire, l'ordonnance et la facture acquittée du professionnel de santé situé sur le territoire français.

## ARTICLE 32 : LES SERVICES INCLUS DANS LA GARANTIE

Les services sont détaillés dans le Guide pratique mis à votre disposition.

### ■ SANTÉCLAIR

**Vous envisagez :**

- d'acquérir une paire de lunettes ou des lentilles,
- de suivre un traitement d'orthodontie,
- de subir une opération de chirurgie réfractive ou de chirurgie orthopédique (hanche, genou, ligaments),
- de vous faire poser une prothèse dentaire ou un appareil auditif.

**SANTÉCLAIR vous aide** à maîtriser vos dépenses de santé en mettant à votre disposition :

- une plate-forme de conseils et d'analyse de devis;
- des tarifs négociés et des contrôles qualité auprès de réseaux de partenaires. La liste des réseaux figure dans le guide pratique.
- des conseils en automédication ;
- une géolocalisation des professionnels de santé membres de ce réseau les plus proches de chez-vous,
- un outil d'informations hospitalières.

**SANTÉCLAIR met à votre disposition un service de téléconsultation avec délivrance d'ordonnance. Des professionnels de la santé (généralistes et spécialistes) sont à votre écoute 24 heures sur 24 et 7 jours / 7.**

**En tout état de cause, vous conservez la liberté de choix de votre professionnel de santé.**

### ■ Votre coaching Santé

Nous mettons à votre service une application de « Coaching santé » vous permettant de choisir dans un catalogue de programmes régulièrement enrichi.

### ■ Des remboursements rapides et simplifiés : la télétransmission de vos décomptes

Grâce aux informations que nous communiquons votre Régime Obligatoire, vous bénéficiez de votre remboursement complémentaire sans avoir à nous adresser votre décompte. Pour améliorer cette rapidité, vous pouvez opter pour le virement bancaire en nous fournissant un Relevé d'Identité Bancaire.

### ■ Le Tiers-Payant

Nous vous évitons de faire l'avance des frais chez les professionnels ayant accepté ce principe :

- sur demande de prise en charge auprès du Siège Social pour les hôpitaux ;
- sur présentation de votre attestation de Tiers-Payant SP SANTÉ chez un professionnel de santé partenaire SANTÉCLAIR (opticiens, dentistes, audioprothésistes et centres de chirurgie réfractive) ou d'autres professionnels ayant accepté ce principe.



# **GARANTIES PRÉVOYANCE**

# L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

Nous effectuons, en cas de cessation temporaire de l'activité de l'assuré, causée par une maladie ou un accident garanti, le versement d'une indemnité journalière contractuelle ayant pour but de maintenir tout ou partie de son revenu professionnel. Cette indemnité, cumulée à celle du Régime Obligatoire ou de tout autre organisme, ne pourra en aucun cas être supérieure à son revenu professionnel.

## ARTICLE 33 : QUI PEUT SOUSCRIRE LA GARANTIE ?

Les personnes physiques âgées de 18 à 59 ans à condition d'être soit :

- professionnel indépendant non salarié résidant en France métropolitaine et exerçant une activité régulière, rémunérée, déclarée et continue, ou son conjoint non assuré social à titre personnel, mais participant effectivement à l'activité de l'entreprise.
- salarié résidant en France métropolitaine et exerçant une activité régulière, rémunérée, déclarée et continue.

## ARTICLE 34 : QUELLES SONT LES PÉRIODES D'ATTENTE ?

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

## ARTICLE 35 : LES CONDITIONS D'APPLICATION DE LA GARANTIE

- **Nous garantissons l'indemnité journalière**
    - En cas d'arrêt de travail médicalement constaté.
    - Après l'expiration d'une période de franchise mentionnée aux Conditions Particulières qui commence à courir le jour de la constatation médicale de l'arrêt de travail.
    - Pendant toute la période de l'arrêt de travail, déduction faite de la franchise, et dans la limite prévue aux Conditions Particulières.  
Toutefois, cette période constituant la durée de versement maximale pour une affection de même nature, ses rechutes et ses conséquences directes et indirectes, est ramenée à six mois, quelle que soit la durée du contrat, en cas de troubles d'ordre psychologique, troubles mentaux et du comportement, états dépressifs, psychoses, névroses, lorsque l'affection n'a pas donné lieu à une hospitalisation de plus de trois semaines ininterrompues dans un service ou un établissement spécialisé en psychiatrie.
  - Le montant de l'indemnité peut être revalorisé chaque année, sur décision du Conseil d'Administration. Il en est de même pour les cotisations.
  - La garantie cesse de plein droit :
    - le jour où l'assuré procède à la vente du fonds de commerce dans lequel s'exerçait son activité,
    - à la date d'arrêt définitif de l'activité professionnelle,
    - le jour où l'assuré fait valoir ses droits à la retraite,
    - à l'échéance qui suit le 65<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré, même si ce dernier exerce toujours son activité professionnelle.
- La fraction de cotisation non absorbée est créditée sur le Compte Sociétaire.
- Le jour où l'assuré passe du statut de professionnel indépendant non salarié à celui de salarié, nous lui proposerons un nouveau contrat adapté à sa nouvelle situation professionnelle.

# L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL



En plus des exclusions générales énumérées page 20, nous ne garantissons pas :

- 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 ;
- les périodes d'arrêt de travail correspondant à la fermeture annuelle du commerce, ou aux périodes de congés annuels par référence aux périodes des deux années précédentes ;
- les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'un traitement de la stérilité, ou à l'occasion de l'aide à la procréation ;
- les arrêts de travail liés à un état de grossesse même pathologique ou une maternité ;
- les arrêts de travail prescrits à l'occasion de cures thermales, de thalassothérapie ou héliomarines ;
- les arrêts de travail prescrits à l'occasion de cures ou d'interventions chirurgicales ainsi que leurs suites et conséquences ayant pour objectif un amaigrissement ou un rajeunissement, même en milieu hospitalier ;
- les arrêts de travail prescrits pour traitements esthétiques et leurs conséquences (sauf chirurgie réparatrice suite à un accident garanti) ;
- les arrêts de travail consécutifs à la faute ou au fait d'un membre d'une profession de santé ou d'un établissement de santé.

## ARTICLE 36 : MODALITÉS DE RÉGLEMENT DE LA PRESTATION

- **Les dispositions prévues** au chapitre « Votre indemnisation en prévoyance » s'appliquent à la présente garantie.
- Tout avis d'arrêt de travail établi par un médecin et susceptible d'entraîner l'application de la garantie devra nous être adressé impérativement dans les cinq jours.  
Passé ce délai, l'assuré perdra son droit à indemnisation.  
Ce document devra préciser la date de début et la durée probable de l'arrêt de travail, et être accompagné d'une déclaration sur ses causes.  
Il en est de même pour les prolongations d'arrêt de travail.  
S'il est professionnel indépendant, l'assuré fera remplir par son comptable l'attestation que nous lui adresserons à l'ouverture du dossier.  
S'il est salarié, l'assuré nous adressera les bordereaux d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale.
- **Les indemnités sont calculées** sur la base du montant souscrit, revalorisé à l'échéance qui précède l'interruption d'activité.
- **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 des prestations puisse excéder la durée maximale prévue pour cette affection.

## L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

- **Une reprise partielle de l'activité** entraînera une réduction proportionnelle 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 dans les 48 heures la précédant, faute de quoi il sera mis fin au versement des indemnités au jour de la constatation de la reprise, et nous demanderons à l'assuré le remboursement des indemnités indûment perçues.
  - **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.
  - **Conséquences de cessation de l'activité assurée ou de la vente du fonds de commerce sur le versement des prestations en cours :**
    - toute cessation de l'activité professionnelle assurée ainsi que la vente du fonds de commerce dans lequel s'exerçait cette activité doivent nous être déclarées immédiatement. Le contrat est alors résilié et les prestations en cours sont supprimées.
    - en cas d'omission de ces déclarations, le contrat est résilié à la date de cessation de l'activité professionnelle assurée ou de la vente du fonds de commerce et il sera demandé la restitution des indemnités payées indûment.
    - en cas de cessation 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 des indemnités le jour où :**

  - l'assuré reprend une activité professionnelle quelle qu'elle soit ;
  - le professionnel indépendant 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 ;
  - le salarié ne perçoit plus les indemnités journalières de la Sécurité Sociale ;
  - l'assuré perçoit une rente 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 ou a atteint la limite d'âge de couverture, soit 65 ans.
- **En cas d'invalidité permanente** reconnue par le Régime Obligatoire, le contrat est alors résilié et les prestations en cours sont supprimées à compter du jour où l'invalidité est reconnue.
  - **Le versement des prestations** est effectué dès réception des documents exigés et des conclusions de notre médecin conseil, à l'issue de la période d'arrêt de travail.

# L'ALLOCATION QUOTIDIENNE HOSPITALIÈRE

Nous effectuons, en cas d'hospitalisation suite à une maladie ou à un accident garanti, le versement d'une allocation quotidienne contractuelle ayant pour but de faire face à des dépenses qu'aucun Régime de Protection Sociale ne prend en charge.

## ARTICLE 37 : QUI PEUT SOUSCRIRE LA GARANTIE ?

Les personnes physiques âgées de 12 à 59 ans quelle que soit la nature de leur Régime de Protection Sociale.

## ARTICLE 38 : QUELLES SONT LES PÉRIODES D'ATTENTE ?

- **12 mois** pour les hospitalisations relatives à des troubles d'ordre psychique ou nerveux.
- **Trois mois** pour toutes les hospitalisations consécutives aux autres maladies.
- **Aucune** pour les accidents.

## ARTICLE 39 : LES CONDITIONS D'APPLICATION DE LA GARANTIE

- **Nous garantissons l'allocation quotidienne hospitalière**
  - **Dès lors** que l'assuré séjourne dans un hôpital public ou privé ou dans une clinique agréée, conventionnée ou non par la Sécurité Sociale au moment de l'hospitalisation, que ce soit en qualité de patient ou d'accompagnant de son enfant de moins de 12 ans assuré au titre de la garantie Frais de Santé auprès de notre Mutuelle d'Assurance.  
En tout état de cause, il ne peut être versé qu'une seule allocation d'accompagnant égale au montant souscrit par l'assuré.
  - **Après l'expiration d'une période de franchise** mentionnée aux Conditions Particulières et qui commence à courir le jour de l'hospitalisation.
  - **Pendant toute la période de l'hospitalisation**, déduction faite de la franchise, et dans la limite prévue aux Conditions Particulières.  
Toutefois, cette période constituant la durée de versement maximale pour une affection de même nature, ses rechutes et ses conséquences directes et indirectes, est ramenée à :
    - 30 jours pour toutes les hospitalisations au titre desquelles l'assuré perçoit l'allocation journalière en qualité d'accompagnant de son enfant de moins de 12 ans.
- **Le montant de l'allocation peut être revalorisé** chaque année, sur décision du Conseil d'Administration. Il en est de même pour les cotisations.
- **La garantie cesse de plein droit** à l'échéance qui suit le 65<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.



En plus des exclusions générales énumérées page 20, nous ne garantissons pas :

- l'hospitalisation de jour ;
- l'hospitalisation à domicile ;
- l'hospitalisation consécutive à l'aide à la procréation, à la maternité, à l'accouchement ou à une grossesse même pathologique ;
- l'hospitalisation pour cure ou intervention chirurgicale ayant pour objectif un amaigrissement ou un rajeunissement ;
- l'hospitalisation pour traitements esthétiques et leurs conséquences (sauf chirurgie réparatrice suite à un accident garanti) ;
- les séjours en maison de repos, maison de santé, établissement de convalescence d'un hôpital ;
- les séjours en centre de cure thermale, de thalassothérapie ou héliomarin ;
- l'hospitalisation en qualité d'accompagnant de son enfant lorsque celle-ci a lieu dans un service de prématurés ;

# L'ALLOCATION QUOTIDIENNE HOSPITALIÈRE

- les séjours en maison d'enfants à caractère sanitaire, de vacances, home d'enfants, association ou centre d'accueil médicalisé, institut médico-pédagogique ou médico-psycho-pédagogique ;
- les séjours en hospice, maison de retraite, logement-foyer, établissement d'hébergement médicalisé, centre de cure médicale pour personnes âgées, service de long séjour d'un hôpital ;
- les séjours en établissement de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle (sauf après avis favorable de notre médecin) ;
- les séjours dus à un état morbide stabilisé et non améliorabile selon les connaissances médicales de l'époque ;
- l'hospitalisation provoquée par la faute ou le fait d'un membre d'une profession de santé ou d'un établissement de santé.

## ARTICLE 40 : MODALITÉS DE RÈGLEMENT DE LA PRESTATION

- **Les dispositions prévues** au chapitre « Votre indemnisation en prévoyance » s'appliquent à la présente garantie.
- **Pour obtenir le versement de l'Allocation Quotidienne Hospitalière**, outre les obligations prévues page 42 à la rubrique « Vos obligations en cas de sinistres », l'assuré doit nous adresser :
  - **en cas de séjour en qualité de patient**, un bulletin de situation de l'établissement dans lequel il est hospitalisé précisant les dates d'entrée et de sortie ;
  - **en cas de séjour en qualité d'accompagnant**, un bulletin de situation de l'établissement dans lequel séjourne l'enfant précisant le service d'hospitalisation, ainsi qu'une facture précisant l'identité de l'accompagnant et les dates de son séjour.
- **Les allocations sont calculées** sur la base du montant souscrit, revalorisé à l'échéance qui précède l'hospitalisation.
- **Lorsqu'une hospitalisation intervient et qu'elle concerne une affection de même nature** (ainsi que ses rechutes et conséquences directes et indirectes) que celles qui ont 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 de la ou des précédentes hospitalisations, sans que le nombre de jours total donnant lieu au versement des prestations ne puisse excéder la durée maximale prévue pour cette affection.Cette disposition s'applique également lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation de longue durée avec interruptions hebdomadaires.
- **Lorsqu'une hospitalisation est consécutive à plusieurs affections indépendantes et simultanées**, l'allocation versée ne peut, en aucun cas, dépasser le montant souscrit.
- **Lorsque le contrat est résilié**, les prestations en cours sont supprimées au jour de la résiliation, sauf dispositions contraires prévues pages 17 et 19 à la rubrique « Conséquences de la résiliation sur les prestations en cours ».
- **Le versement des prestations** est effectué dès réception des documents exigés et des conclusions de notre médecin, à l'issue de la période d'hospitalisation, ou une fois par mois, en cas d'hospitalisation de longue durée.

# L'INDIVIDUELLE ACCIDENTS "INVALIDITÉ PERMANENTE"

Si à la suite d'un accident garanti, l'assuré reste atteint d'une invalidité permanente résultant d'une lésion anatomique reconnue médicalement, nous effectuons le versement d'un capital contractuel.

## ARTICLE 41 : LES CONDITIONS D'APPLICATION DE LA GARANTIE

### ■ Nous garantissons :

- **Les accidents** tels que précisés à la rubrique « Définitions » page 2 et entraînant une invalidité permanente caractérisée par un état séquellaire définitif qui implique une diminution des capacités physiques de l'assuré après consolidation.
- **Cette invalidité permanente** peut être partielle ou totale : son taux est déterminé par un médecin désigné par nous, conformément aux méthodes d'évaluation pratiquées en Droit Commun et en particulier par référence au Barème Indicatif d'évaluation des Taux d'incapacité en Droit Commun.

### ■ Le montant de l'indemnité versée est égal au montant du capital assuré multiplié par le taux d'invalidité retenu.

Il est doublé s'il s'agit d'un accident de la circulation tel que précisé à la rubrique « Définitions » page 2.

### ■ Le montant du capital assuré peut être revalorisé chaque année, sur décision du Conseil d'Administration. Il en est de même pour les cotisations.



**En plus des exclusions générales énumérées page 20, nous ne garantissons pas :**

- les accidents n'ayant pas donné lieu à un ou plusieurs certificats médicaux de 1<sup>re</sup> constatation dans les 30 jours ;
- les invalidités permanentes consécutives à un accident ayant pour origine une maladie ou une infirmité antérieure ;
- les invalidités permanentes consécutives à des traitements esthétiques, cures d'amaigrissement, diététiques ou de rajeunissement ;
- les invalidités permanentes consécutives à la faute ou au fait d'un membre d'une profession de santé ou d'un établissement de santé.

# L'INDIVIDUELLE ACCIDENTS "INVALIDITÉ PERMANENTE"

## ARTICLE 42 : MODALITÉS DE RÈGLEMENT DE LA PRESTATION

- **Les dispositions prévues** au chapitre « Votre indemnisation en prévoyance » s'appliquent à la présente garantie.
- **L'assuré doit :**
  - nous déclarer, dans les cinq jours de sa survenance, tout accident susceptible d'entraîner l'application de la garantie ;
  - nous en préciser les circonstances ;
  - nous fournir le ou les certificats médicaux de constatation et descriptifs de ses blessures dans les 30 jours ;
  - nous adresser le certificat médical de guérison ou de consolidation de ses blessures.
- **Le règlement est effectué** sur quittance, après consolidation et expertise, sur la base du montant garanti à l'échéance qui précède l'accident.
- **Si, faute de consolidation, l'invalidité de l'assuré n'a pu être fixée** précisément dans l'année qui suit l'accident, une provision pourra lui être versée à sa demande sur la base des conclusions prévisionnelles de la dernière expertise. Le montant de la provision définitivement acquise à l'assuré sera déduit de l'indemnité totale calculée en fonction de l'expertise définitive effectuée après consolidation.  
Lorsque l'assuré vient à décéder avant la consolidation de son état et après le règlement de cette provision, cette dernière acquiert un caractère définitif.
- **Lorsque l'assuré accepte le versement de l'indemnité**, il ne peut plus émettre de réserves sur une possible évolution ou aggravation de son invalidité.

## L'INDIVIDUELLE ACCIDENTS "DÉCÈS"

Si, à la suite d'un accident garanti et dans les deux ans de sa survenance, l'assuré vient à décéder ou à être en invalidité permanente totale, nous effectuons le versement d'un capital contractuel.

### ARTICLE 43 : LES CONDITIONS D'APPLICATION DE LA GARANTIE

■ **Nous garantissons :**

- **Les accidents** tels que précisés à la rubrique « Définitions » page 2.
- **Le montant de l'indemnité versée** est égal au montant du capital assuré.  
Il est doublé s'il s'agit d'un accident de la circulation tel que précisé à la rubrique « Définitions » page 2.

■ **Si l'assuré est âgé de moins de 12 ans**, le capital souscrit ne peut être supérieur à 1 525 euros.

■ **Le montant du capital assuré peut être revalorisé** chaque année, sur décision du Conseil d'Administration. Il en est de même pour les cotisations.



**En plus des exclusions générales énumérées page 20, nous ne garantissons pas :**

- le suicide de l'assuré survenant dans la première année d'assurance ;
- le décès de l'assuré causé ou provoqué intentionnellement par le bénéficiaire ;
- le décès ou l'invalidité permanente totale de l'assuré consécutif à un accident ayant pour origine une maladie ou une infirmité antérieure ;
- le décès ou l'invalidité permanente totale de l'assuré consécutif à la faute ou au fait d'un membre d'une profession de santé ou d'un établissement de santé.

### ARTICLE 44 : MODALITÉS DE RÈGLEMENT DE LA PRESTATION

■ **Les dispositions prévues** au chapitre « Votre indemnisation en prévoyance » s'appliquent à la présente garantie.

■ **A qui est versé le capital décès ?**

En cas de décès, aux bénéficiaires désignés sur la dernière lettre recommandée de l'assuré ou à défaut sur la proposition d'assurance.

- En cas de non-désignation, le capital est versé :
  - au conjoint survivant non divorcé, non séparé ou au partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), ou au concubin déclaré et reconnu, à défaut aux enfants nés ou à naître par parts égales entre eux,
  - à défaut aux autres ayants droit.
- En cas d'invalidité permanente totale, à l'assuré lui-même.

■ **Quels sont les documents à nous faire parvenir ?**

- En cas de décès :
  - un extrait de l'acte de décès ou une fiche d'état civil portant la mention du décès ;
  - une déclaration précisant la date, les causes et circonstances détaillées de l'accident ayant entraîné le décès ;
  - un certificat médical précisant les causes du décès ;
  - le nom et l'adresse du notaire chargé de la succession ou un certificat d'hérédité délivré par la mairie, s'il n'y a pas de notaire, lorsque le capital est versé aux ayants droit.

■ **Nous réglons le capital aux bénéficiaires**, après signature conjointe de la quittance par tous les intéressés, sur la base du montant garanti à l'échéance qui précède l'accident.

- En cas d'invalidité permanente totale :
  - les documents médicaux établissant la preuve de l'invalidité permanente totale et la nécessité d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie,
  - s'il s'agit d'un assuré social, la notification d'attribution par le Régime Obligatoire d'une pension d'invalidité avec majoration pour tierce personne,
  - une déclaration précisant la date, les causes et les circonstances détaillées de l'accident ayant entraîné l'invalidité permanente totale.

# VOTRE INDEMNISATION EN PRÉVOYANCE

## ARTICLE 45 : QUE FAIRE POUR ÊTRE INDEMNISÉ ?

### ■ Vous, ou à défaut vos ayants droit devez :

- **Déclarer** dans un délai maximal de cinq jours après sa survenance tout événement pouvant donner lieu à indemnisation.
- **Adresser**, dans les cinq jours suivant notre demande, toutes pièces justificatives nous permettant d'apprécier la nature, la cause et les conséquences de l'événement.
- **Répondre**, dans les cinq jours suivant notre demande, à toutes nos demandes concernant notamment la maladie ou l'accident et préciser la date à laquelle a lieu la première constatation médicale.
- **Accepter**, sauf opposition médicale justifiée, de vous soumettre à un contrôle ou une expertise médicale chaque fois que nous le jugeons nécessaire, les frais et honoraires en découlant restant à notre charge. Vous pouvez, à vos frais, vous y faire assister de votre médecin traitant ou d'un autre médecin de votre choix.
- **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 votre 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 sinistres que les instructions nécessaires à la gestion du dossier.
- **Permettre** à nos représentants de se rendre auprès de vous pour effectuer toute mission que nous leur aurons confiée.
- **Nous indiquer** les contrats d'assurance de même nature souscrits auprès d'un autre assureur.
- **Nous retourner** dûment remplis tous les documents nécessaires à l'instruction du dossier.

### ■ Qu'arrive-t-il si vous ne respectez pas vos obligations ?

Vous ou vos ayants droit êtes 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.
- Vous faites, en connaissance de cause, de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'une maladie ou d'un accident dans le but d'obtenir des prestations indues.
- Vous refusez de vous soumettre au contrôle ou à l'expertise médicale prévue ci-dessus. Dans tous les autres cas où vous ne respectez pas vos obligations, sauf cas fortuit ou de force majeure, nous pouvons vous réclamer une indemnité proportionnelle au préjudice que ce manquement nous aura fait subir.

## ARTICLE 46 : COMMENT EST ÉVALUÉE VOTRE INDEMNISATION ?

Le versement des indemnités est toujours apprécié en tenant compte des indications de notre médecin. Nous pouvons donc être amenés à refuser tout ou partie des prestations que vous demandez, indépendamment du versement des indemnités que vous pourriez percevoir du Régime Obligatoire.

Si vous n'êtes pas d'accord avec les conclusions de notre médecin, nous vous proposerons de choisir un médecin figurant sur la Liste Nationale des Experts Judiciaires, cet expert ayant pour mission de trancher le litige existant entre votre médecin et le nôtre en provoquant une expertise amiable et contradictoire.

## VOTRE INDEMNISATION EN PRÉVOYANCE

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

Les frais et honoraires de votre médecin seront à votre charge, tandis que ceux de l'expert seront partagés entre vous 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.

### ARTICLE 47 : DANS QUELS DÉLAIS SEREZ-VOUS INDEMNISÉ ?

Après production de tous les documents nécessaires à l'instruction du dossier, nous vous verserons les indemnités contractuellement dues, 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.



# **GÉNÉRALITÉS**

## **ARTICLE 48 : ASSISTANCE**

A la souscription d'une garantie Complémentaire Santé ou Prévoyance (à l'exclusion de la garantie Individuelle accidents, nous mettons à la disposition de chaque participant une garantie d'assistance mise en oeuvre par Inter Mutuelles Assistance (IMA)

Cette garantie est détaillée dans la notice d'information Assistance Santé +, remise avec les présentes conditions générales.

## **ARTICLE 49 : CONFIDENTIALITÉ DES INFORMATIONS**

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

## **ARTICLE 50 : SUBROGATION**

Si vous êtes victime d'un accident causé par un tiers, la loi nous autorise à récupérer auprès de ce dernier les indemnités qui vous ont été versées au titre des garanties Frais de Santé, indemnités journalières et individuelle accidents.

Ce droit ne vous empêche pas de faire valoir les vôtres 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.

## **ARTICLE 51 : FRAUDE OU TENTATIVE DE FRAUDE**

Toute fraude ou tentative de fraude caractérisée en vue de tirer un profit illégitime du contrat font perdre tout droit à prestations pour la (ou les) garantie(s) concernées. 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.

## ARTICLE 52 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

- Les données recueillies vous concernant, font l'objet d'un traitement informatique. Elles sont collectées pour votre Mutuelle, qui intervient en qualité de responsable de traitement.
- Pour garantir le niveau de protection nécessaire des données vous concernant, votre Mutuelle dispose d'un Délégué à la protection des données. La finalité du traitement informatique de vos données s'inscrit dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'assurance, ainsi que dans le cadre de la gestion commerciale des sociétaires et prospects de la Mutuelle.
- Par ailleurs, la lutte contre la fraude en assurance et contre le blanchiment / financement du terrorisme constituent un intérêt légitime de l'assureur. Par conséquent vos données personnelles peuvent également être recueillies et utilisées à cette fin.
  - 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.
- Pour répondre aux objectifs visés ci-dessus, vos données pourront être transmises à des structures ou partenaires avec lesquels votre Mutuelle est liée par ses statuts ou des conventions, ainsi que des tiers intéressés au contrat d'assurance souscrit.
- 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 / RCBF - 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](http://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

## ARTICLE 53 : 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.

Ce délai est toutefois porté à 10 ans lorsque les bénéficiaires de l'indemnité sont les ayants droit de l'assuré décédé.

- **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.

# Notes

---

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

# Notes

---

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



