

MUT'ACCIDENT PLUS

Règlement Mutualiste

I – PRÉAMBULE

ARTICLE 1 - CADRE RÉGLEMENTAIRE

Le présent contrat est régi par le Code de la Mutualité, les statuts de la Mutuelle Générale de Prévoyance et son règlement mutualiste.

Lorsqu'elles portent sur un même objet, les conditions particulières se substituent de plein droit aux conditions générales.

II – CONTRAT

ARTICLE 2 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet :

- de garantir au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), le paiement de prestations en cas d'événement à caractère accidentel entraînant l'hospitalisation, l'incapacité permanente et partielle (IPP) supérieure à 10% ou le décès selon les options définies ci-dessous (à choisir parmi les 2 niveaux de garanties proposées ESSENTIEL et CONFIANCE)
 - Option 1 : Décès + allocation journalière d'hospitalisation (AJH)
 - Option 2 : Décès + incapacité permanente et partielle (IPP) > à 10%
 - Option 3 : Décès + allocation journalière d'hospitalisation (AJH) + incapacité permanente et partielle (IPP) > à 10%
- NB : passé 70 ans, la garantie IPP (si elle n'a pas été utilisée) se transforme en une garantie dépendance totale accidentelle.
- de fournir une assistance servie par la Société IMA Inter Mutuelles Assistance

Définition de l'accident

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre participant et résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accident, la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident.

Ainsi, ne sont pas considérés comme accident les malaises cardiaques, les hémorragies cérébrales et tout accident vasculaire cérébral, les lésions sans aucune atteinte corporelle externe du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement.

L'accident de la circulation, impliquant un véhicule terrestre, maritime, ferroviaire ou aérien, est un accident répondant aux conditions définies ci-dessus.

Les chutes sont prises en charge au titre de l'accident.

ARTICLE 3 - COMPOSITION DU GROUPE ASSURÉ

L'adhésion est recevable dès les 18 ans de l'adhérent, sans aucune limite d'âge. Le calcul de l'âge de l'adhérent se détermine par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

Deux modes d'adhésion sont disponibles au choix de l'adhérent :

- Individuel / famille monoparentale : l'adhérent, et, le cas échéant ses enfants à charge fiscalement.
- Couple / famille : l'adhérent et son conjoint et, le cas échéant, leurs enfants à charge fiscalement.

Attention : pour les options 2 et 3 couvrant l'Incapacité permanente et partielle (IPP) supérieure à 10% :

L'adhésion est recevable dès les 18 ans de l'adhérent, et ce jusqu'à l'âge de 65 ans. Le calcul de l'âge de l'adhérent se détermine par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

ARTICLE 4 - FORMALITES D'ADHÉSION

L'adhésion est subordonnée à l'acceptation de la Mutuelle Générale de Prévoyance. Les formalités d'adhésion sont obligatoires pour tous les adhérents.

Aucun questionnaire médical ne sera demandé.

L'adhérent ne peut conclure qu'un seul contrat Mut'Accident Plus, il ne peut en aucun cas cumuler plusieurs adhésions sur cette garantie.

Dans l'hypothèse où plusieurs contrats auraient tout de même été souscrits par une seule personne pour la présente garantie, les prestations ne seront versées qu'au titre d'un seul contrat.

ARTICLE 5 - PRISE D'EFFET ET DURÉE

Du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion.

Dans l'hypothèse où la signature interviendrait après ladite date alors la prise d'effet du contrat débutera le lendemain de la signature et sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

A défaut de paiement de la première échéance à la signature du bulletin d'adhésion, la date de prise d'effet de la garantie sera reportée à la date de paiement effectif de cette première échéance.

Le contrat vient à expiration tous les 31 décembre. Il est renouvelable le 1er janvier de chaque année par tacite reconduction sauf demande de révision ou de dénonciation de l'adhérent ou de la Mutuelle.

ARTICLE 6 - MODIFICATION DES GARANTIES

Tout changement doit être signalé à la Mutuelle : état civil, domicile, naissance, décès, désignation du (ou des) bénéficiaire(s).

L'adhérent a la possibilité de changer le niveau de couverture de la garantie. La prise d'effet se fera le 1^{er} du mois suivant la signature de l'avenant.

ARTICLE 7 – AUTRES CAS DE RÉSILIATION

La garantie cesse :

- à l'échéance annuelle, en cas de résiliation par l'adhérent, par lettre recommandée avec un préavis de deux mois
- par anticipation, à défaut de paiement de la cotisation dans les conditions visées à l'article 8.
- à la date du décès de l'adhérent.

La résiliation n'ouvre droit à aucune restitution des cotisations versées.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la décision de résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

III – FONCTIONNEMENT

ARTICLE 8 – COTISATION

Détermination de la cotisation à l'adhésion

La cotisation due à l'adhésion est déterminée en fonction

- de l'option choisie
- du mode d'adhésion choisi (Individuel / famille monoparentale ou Couple / famille)

En raison de l'augmentation de l'espérance de vie et de la durée du contrat, il est possible que le montant des cotisations versées dépasse le montant du capital souscrit sans que cela n'engendre un quelconque droit à compensation.

Evolution de la cotisation

La cotisation due chaque année évolue en fonction :

- des revalorisations annuelles prévues à l'article 12
- des révisions annuelles prévues à l'article 12

Modalités de paiement des cotisations

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Son paiement peut être fractionné mensuellement, trimestriellement, ou semestriellement sans que cette facilité de paiement ne remette en cause l'échéance du contrat.

Défaut de paiement des cotisations

Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'adhérent. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

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

ARTICLE 9 – PRESTATIONS

Le contrat garantit, en cas d'accident domestique, de loisir, de travail au sens de l'article L411-1 du Code de la Sécurité Sociale, de sport, un capital en cas de décès ou une allocation journalière en cas d'hospitalisation, si l'option a été souscrite. Ces prestations sont majorées en cas d'accident de la circulation. Dans le cas d'une incapacité permanente et partielle supérieure à 10%, un capital est versé si l'option a été souscrite.

Délai d'attente (stage)

Prise en charge au plus tôt le lendemain de la signature du contrat.

Bénéficiaires

Contrat Individuel / Famille monoparentale

- l'adhérent
- le cas échéant, ses enfants à charge fiscalement.

Contrat Couple / Famille

- l'adhérent et son conjoint,
- le cas échéant, leurs enfants à charge fiscalement.

Evolution de la prestation

La prestation due chaque année évolue en fonction des revalorisations annuelles prévues à l'article 12.

GARANTIE CAPITAL DECES

Conditions d'indemnisation

- le décès doit survenir dans les 2 mois qui suivent la date de l'accident,
- le décès concernant les enfants de moins de 12 ans à la date du décès est limité au remboursement du montant de l'ensemble des prestations funéraires,
- pour les enfants de 12 ans et plus, le remboursement du capital décès suit les règles du contrat.

Montant des Prestations

La prestation sera égale au montant du capital figurant sur les conditions particulières en tenant compte de l'évolution annuelle éventuelle.

Le capital est versé au bénéficiaire désigné par l'adhérent.

La cotisation étant annuelle et payable d'avance, la prestation à verser pourra être réduite du solde de la cotisation restant à devoir pour l'année en cours.

A défaut de désignation, le capital est versé en priorité :

- au conjoint non séparé de droit ou de fait,
- au partenaire auquel le défunt était lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS),

À défaut par ordre prioritaire d'existence :

- aux enfants nés ou à naître de l'adhérent vivants ou représentés, par part égale ; en cas de représentation, la part versée aux représentés est celle qui aurait été versée à l'enfant vivant,
- aux père et mère de l'adhérent, par part égale,
- aux autres personnes dans la succession de l'adhérent, selon les règles successorales.

Modificatif du contrat Famille ou Monoparental en cas de décès

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint :

- l'adhésion Couple / Famille bascule en adhésion Individuel / Famille monoparental
- l'adhésion Famille monoparentale sera radiée au 31/12 de l'année en cours ; les enfants inscrits sur le contrat continueront donc à être couverts jusqu'à cette date.

GARANTIE ALLOCATION JOURNALIERE D'HOSPITALISATION (SI OPTION SOUSCRITE)

Conditions d'indemnisation

- l'hospitalisation doit débuter dans les 12 mois qui suivent la date de l'accident,
- l'indemnisation débute au 1^{er} jour d'hospitalisation,
- le crédit d'indemnisation d'hospitalisation est de 60 jours maximum pour un même accident.

En cas de rechute : elle doit être déclarée dans les 3 ans après la date de l'accident, dans la mesure où le crédit d'indemnisation n'aura pas été épuisé lors de la 1^{ère} hospitalisation, la nouvelle hospitalisation sera indemnisée à concurrence du solde du nombre de jours restants.

Pour être indemnisables, les rechutes devront être la conséquence d'un accident déjà indemnisé au titre du présent contrat.

Cessation du paiement des prestations

Au dernier jour de l'hospitalisation ou à l'épuisement du crédit d'indemnisation de chaque membre de la famille nommé au contrat

Montant des Prestations

La prestation sera égale au montant de l'allocation journalière d'hospitalisation figurant sur les conditions particulières en tenant compte de l'évolution annuelle éventuelle.

GARANTIE INCAPACITE PERMANENTE ET PARTIELLE (IPP) (SI OPTION SOUSCRITE)

Conditions d'indemnisation

- l'IPP doit intervenir dans un délai maximum de 36 mois à compter de la date de l'accident.
- l'IPP doit être supérieure à 10%

Terme de la garantie

La garantie prend fin le 31 décembre de l'année des 70 ans de l'adhérent. La garantie dépendance prend alors le relais, si la garantie IPP n'a pas été utilisée.

Montant des Prestations

Le montant versé est fonction du capital de référence et du taux d'infirmité défini selon le barème et au-delà de 10%. Le taux d'infirmité est déterminé par expertise réalisée par le Médecin Conseil de la Mutuelle Générale de Prévoyance. Le capital pour l'incapacité permanente et partielle est versé à l'adhérent ou à son tuteur légal.

Barème servant de base au calcul du taux d'invalidité suite à un accident

	TAUX	
Démence totale et incurable, rendant impossible tout travail ou toute occupation	100%	
Brèche osseuse crânienne complète, suivant son étendue et ses conséquences fonctionnelles :		
surface d'au moins 7 cm ²	18 à 38%	
surface de 2 à 6 cm ²	12 à 18%	
Epilepsie généralisée démontrée post-traumatique, avec plusieurs crises par semaine	15 à 40%	
Epilepsie généralisée démontrée post-traumatique, avec crises plus espacées	5 à 15%	
Perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux	100%	
Perte totale d'un œil (énucléation)	30%	
Perte de la vision d'un œil ou réduction de l'acuité visuelle d'un œil à moins de 1/20° (l'acuité visuelle est toujours prise avec correction)	28%	
Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à 1/10°	16%	
Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à 2/10°	12%	
Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à 3/10°	8%	
Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à 4/10°	6%	
Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à 5/10°	2%	
Réduction de l'acuité visuelle de chaque œil à moins de 5/10° : retenir le taux d'incapacité correspondant à l'œil le plus atteint, augmenté de deux fois de taux d'incapacité de l'autre, sans pouvoir excéder 100%		
Surdité incurable et totale des deux oreilles	40%	
Surdité incurable et totale d'une oreille	12%	
Fracture des maxillaires supérieures et inférieures avec troubles de l'engrènement de la mastication, gêne à l'ouverture de la bouche...	5 à 30%	
Perte complète de toutes les dents supérieures ou inférieures avec appareillage impossible	30%	
A - INFIRME PORTANT SUR LES DEUX MEMBRES		
Perte des deux bras ou des deux mains ou perte complète de leur usage	100%	
Perte des deux jambes ou des deux pieds ou perte complète de leur usage	100%	
Perte d'un bras ou d'une main ou d'une jambe ou d'un pied ou perte complète de leur usage	100%	
B - INFIRME PORTANT SUR LES MEMBRES SUPERIEURS (Les taux sont inversés pour les gauchers)		
	Droit	Gauche
Perte du bras ou perte complète de son usage	60%	50%
Ankylose complète d'un membre supérieur	60%	50%
Désarticulation du coude	60%	50%
Perte complète de l'usage de l'épaule	20%	20%
Limitation des mouvements de l'épaule	0 à 20%	0 à 20%
Ankylose complète du coude en	20%	15%

position favorable (70° à 110°)		
Ankylose complète du coude en position défavorable (70° à 110°)	30%	25%
Fracture non consolidée du bras (pseudarthrose sans correction chirurgicale possible)		
Fracture non consolidée de l'avant-bras (pseudarthrose sans correction chirurgicale possible) :		
- des deux os	20%	20%
- d'un seul os	12%	9%
Fracture de l'avant-bras avec perte partielle des mouvements du poignet	8 à 12%	6 à 10%
Perte complète des mouvements du poignet avec raideur plus ou moins marquée des doigts	20 à 40%	15 à 30%
Paralysie totale d'un membre supérieur	60%	50%
Paralysie totale du nerf circonflexe	20%	15%
Paralysie totale du nerf médian au bras	40%	30%
Paralysie totale du nerf médian au poignet	15%	12%
Paralysie totale du nerf cubital	20%	15%
Paralysie totale du nerf radial	30%	20%
Paralysie du nerf radial au-dessous de la branche du triceps	30%	23%
Amputation complète de la main (désarticulation radio carpienne)	60%	50%
Amputation complète du pouce	20%	17%
Amputation complète de l'index	15%	12%
Amputation complète du médius	10%	8%
Amputation complète de l'annulaire	8%	6%
Amputation complète de l'auriculaire	7%	5%
Amputation complète de la phalange unguéale du pouce	5%	3%
Amputation complète de la phalange de l'index	3%	2%
Amputation complète des deux dernières phalanges de l'index	8%	6%
Ankylose totale du pouce	15%	12%
C - INFIRME PORTANT SUR LES MEMBRES INFÉRIEURS		
Désarticulation de la hanche	70%	
Ankylose de la hanche en position défavorable (flexion adduction ou adduction)	40%	
Ankylose de la hanche en position favorable	25%	
Amputation de la cuisse au tiers supérieur	55%	
Amputation de la cuisse au-dessous du tiers supérieur	50%	
Désarticulation du genou	50%	
Ankylose du genou en position défavorable	20 à 30%	
Ankylose du genou en position favorable	20%	
Amputation de la jambe (suivant la hauteur)	30 à 40%	
Amputation totale du pied	30%	
Amputation partielle du pied	25%	
Amputation des cinq orteils	12%	
Amputation du gros orteil	8%	

Amputation d'un autre des quatre orteils	1%
Amputation du 2 ^e orteil avec métatarsien	12%
Pseudarthrose de la cuisse ou de la jambe non opérable et non appareillable	50%
Pseudarthrose de la cuisse ou de la jambe appareillable	20 à 35%
Fracture non consolidée de la rotule avec gros écartement des fragments	30%
Fracture de la jambe	10 à 30%
Fracture du col du fémur suivant raccourcissement et gêne fonctionnelle	10 à 40%
Raccourcissement du membre :	
- de plus de 5 cm	12 à 20%
- de 3 à 5 cm	3 à 12%
Paralysie totale du membre inférieur	60%
Paralysie totale du nerf sciatique	40%
Paralysie totale du nerf crural	35%
Paralysie totale du sciatique poplité externe	25%
Paralysie totale du sciatique poplité interne	20%
Perte totale des mouvements de l'articulation tibiotarsienne (ankylose complète) :	
- en position favorable	8%
- en position défavorable	8 à 20%
Fracture grave avec paralysie complète des membres inférieurs et troubles sphinctériens	100%
Fracture d'un corps vertébral sans lésion neurologique	10 à 20%
Fracture du sternum	0 à 15%
Fracture des côtes suivant le nombre de séquelles	0 à 25%
Fracture avec séquelles suivant les troubles fonctionnels	0 à 35%

GARANTIE DÉPENDANCE TOTALE ACCIDENTELLE (SI LA GARANTIE IPP SOUSCRITE N'A PAS ÉTÉ UTILISÉE)

La garantie dépendance ne représente pas une garantie distincte de l'IPP mais bien une transformation de celle-ci après 70 ans.

En cas de libération du capital IPP, toute indemnisation au titre de l'accident à l'origine de l'IPP et de ses conséquences devient caduque mais l'adhérent continuera à bénéficier des Indemnités Journalières d'Hospitalisation (si option souscrite) et du capital décès pour tout accident ultérieur et distinct du premier.

Garantie

L'adhérent perçoit une rente mensuelle selon l'option choisie en cas de dépendance accidentelle relevant des groupes iso-ressources 1 et 2 de la grille AGGIR.

Conditions d'indemnisation

La dépendance doit intervenir dans les douze (12) mois qui suivent la date de l'accident.

La définition des niveaux de dépendance, correspond aux groupes iso-ressources de grille AGGIR en vigueur. Cette définition pourrait être revue si cette grille était modifiée. Cette révision résultera de l'avis donné par une commission arbitrale indépendante de la Mutuelle et constituée de spécialistes reconnus dans le domaine de la Dépendance.

Groupe iso-ressources 1

Il s'agit des personnes âgées confinées au lit ou dans un fauteuil, dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent, entre autres, des personnes en fin de vie.

Groupe iso-ressources 2

Deux sous-groupes essentiels composent le groupe 2 :

- Les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées, mais qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. Une majorité d'entre elles n'assurent pas seules tout ou partie de l'hygiène de

l'élimination, de la toilette, de l'habillage et de l'alimentation. Ceci nécessite une surveillance permanente et des actions d'aide répétitives de jour comme de nuit.

- Les personnes dont les facultés mentales sont altérées, qui ont conservé totalement ou significativement leurs facultés locomotrices ainsi que certaines activités corporelles que, souvent, ils n'effectuent que stimulés.

La conservation de leurs activités locomotrices induit une surveillance permanente des interventions liées aux troubles du comportement et des aides ponctuelles mais fréquentes pour certaines activités corporelles.

Terme de la garantie

Le service des prestations cesse :

- au décès de l'adhérent ;
- si l'adhérent ne répond plus aux conditions d'attribution de la rente dépendance.

Montant des Prestations

La Mutuelle Générale de Prévoyance paie les prestations à compter de la fin du délai de franchise de 90 jours qui débute le jour où la dépendance atteint un niveau indemnisable au titre du présent contrat.

La rente et la date à partir de laquelle elle est allouée sont fixées par la Mutuelle Générale de Prévoyance et communiquées à l'adhérent sur la base des éléments médicaux et de tous autres éléments objectifs en possession de la Mutuelle.

L'adhérent est réputé accepter ces bases comme étant exactes, à moins qu'il - ou son représentant légal - ne notifie ses objections motivées par lettre recommandée à la Mutuelle dans les trois mois suivant la réception de la notification qui lui est adressée par la Mutuelle.

Contrôle Médical

La Mutuelle Générale de Prévoyance peut à tout moment faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle jugera nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations.

Le service des prestations peut être suspendu au vu des résultats de ces contrôles au dernier jour du mois suivant la notification de l'interruption sans que le délai entre la suspension et l'envoi de la notification ne puisse être inférieur à 6 jours francs. L'adhérent contrôlé pourra faire procéder à ses frais à une contre-expertise.

En cas de contestation sur l'état de dépendance, celui-ci est estimé par une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par l'adhérent, un médecin désigné par la Mutuelle Générale de Prévoyance et un médecin choisi en accord avec les deux premiers.

Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle Générale de Prévoyance et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle Générale de Prévoyance.

ARTICLE 10 – JUSTIFICATIFS À ADRESSER EN CAS DE DEMANDE D'INDEMNISATION

CAPITAL DECES

En cas de décès, les ayants-droit ou les bénéficiaires de l'adhérent décédé s'engagent à adresser à la Mutuelle, les pièces suivantes :

- l'acte de décès,
- le certificat post mortem précisant les causes du décès
- le document d'informations,
- le certificat d'hérité,
- la déclaration d'accident.

ALLOCATION JOURNALIERE D'HOSPITALISATION (SI OPTION SOUSCRITE)

L'adhérent s'engage à adresser à la Mutuelle, les pièces suivantes :

- le bulletin d'hospitalisation faisant apparaître les dates d'entrée et de sortie de l'hospitalisation,
- le document d'informations,
- la déclaration d'accident.

INCAPACITE PERMANENTE ET PARTIELLE (IPP) (SI OPTION SOUSCRITE)

L'adhérent ou toute autre personne de son entourage s'engage à adresser à la Mutuelle, les pièces suivantes :

- la notification de la sécurité sociale ou du régime obligatoire certifiant de l'invalidité, et ce dans un délai de 36 mois à compter de la date de l'accident
- le document d'informations,
- la déclaration d'accident.

DEPENDANCE TOTALE ACCIDENTELLE (SI OPTION IPP SOUSCRITE N'A PAS ETE UTILISEE)

L'adhérent ou toute autre personne de son entourage doit envoyer à la mutuelle une déclaration écrite d'accident susceptible d'ouvrir le droit aux prestations prévues par le présent contrat.

La déclaration de dépendance devra comprendre :

- le formulaire "dépendance" dûment complété par l'adhérent (ou à défaut par une personne de son entourage) et par son médecin traitant ;
- une copie d'éventuels protocoles ou rapports médicaux concernant l'état de dépendance ;

Les documents médicaux doivent être remplis par un médecin légalement autorisé à exercer la médecine dans un pays de l'Union Européenne.

La Mutuelle Générale de Prévoyance peut être amenée à demander tout autre document complémentaire permettant le versement des prestations en cas d'impossibilité de confirmation des conditions à réunir nécessaires audit versement.

ARTICLE 11 – EXCLUSIONS

Certains risques ne sont pas pris en charge :

- les faits de guerre civile et étrangère, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats et d'actes de terrorisme, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès lors que l'adhérent y prend une part active.
- les conséquences d'un cataclysme naturel non reconnu comme tel ou de celles d'une modification de la structure de l'atome.

Exclusions applicables à la garantie « Mut'Accident PLUS » :

- les cures, les traitements de rajeunissement et chirurgical esthétique non prescrits médicalement et leurs suites,
- les conséquences des accidents survenus antérieurement à la date d'effet du présent contrat,
- les tentatives de suicides et automutilation et leurs suites,
- la pratique de tous sports à titre professionnel

Ne sont pas considérés comme accidents les malaises cardiaques, les hémorragies cérébrales, les lésions sans aucune atteinte corporelle externe du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement.

ARTICLE 12 – REVALORISATION ET RÉVISION DES COTISATIONS

REVALORISATION

Les cotisations et les prestations sont revalorisées chaque année de 3 %, sauf décision prise par le Conseil d'Administration de la Mutuelle Générale de Prévoyance d'un taux différent.

REVISION DE LA COTISATION

À tout moment, sur décision de l'Assemblée Générale de la MGP, les cotisations peuvent être modifiées.

ARTICLE 13 – LITIGES MÉDICAUX DANS LE CADRE D'UNE PRESTATION

En cas de contestation, celle-ci est estimée par une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par l'adhérent, un médecin désigné par la Mutuelle Générale de Prévoyance et un médecin choisi en accord avec les deux premiers.

Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle Générale de Prévoyance et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle Générale de Prévoyance.

Toutefois, au cas où le tiers expert confirmerait la décision de suspension prise à l'égard de l'intéressé, les honoraires des trois médecins seraient alors à la charge de ce dernier.

IV - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 14 – DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Conformément aux articles L 223-10 et L 223-11 du Code de la Mutualité, l'adhérent peut désigner à l'adhésion ou ultérieurement par avenant le, ou les bénéficiaires en cas de décès.

La désignation du bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Lorsque le bénéficiaire est nommé désigné, l'adhérent doit indiquer les noms du, ou des bénéficiaires, prénoms, date de naissance, lien de parenté, coordonnées ainsi que le rang et la part attribuée à chacun.

Cette désignation sera utilisée par la Mutuelle en cas de décès de l'adhérent.

Le bénéfice de la garantie attribuée à un ou à des bénéficiaires déterminés devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci effectuée dans les conditions prévues ci-dessous.

L'acceptation est faite par un avenant signé de la Mutuelle, de l'adhérent et du bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé de l'adhérent et du bénéficiaire. Elle n'a alors d'effet à l'égard de la Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Le droit de révoquer cette désignation n'appartient qu'à l'adhérent et ne peut être exercé de son vivant ni par ses créanciers ni par ses représentants légaux. Lorsqu'une curatelle ou une tutelle a été ouverte à l'égard de l'adhérent, la révocation ne peut intervenir qu'avec autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Toute personne peut demander à être informée de l'existence d'une désignation effectuée à son bénéfice auprès de l'AGIRA « recherche des bénéficiaires en cas de décès » 1, rue Jules Lefèvre, 75431 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 15 – FAUSSES DÉCLARATIONS

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent peut entraîner la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 221-14 du code de la mutualité. Toute omission ou déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie sera sanctionnée conformément aux dispositions de l'article L 221-

15 du même code.

ARTICLE 16 – PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;

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

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

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

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation, d'une citation en justice, d'un commandement, de la reconnaissance de droit du bénéficiaire.

ARTICLE 17 – RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

Mutuelle Générale de Prévoyance

Service réclamation

39 rue du Jourdil

74960 CRAN GEVRIER

Ou par mail à l'adresse suivante : mgp@mgprev.fr

A compter de la date de réception de sa demande le service réclamations lui envoie, sous 10 jours ouvrables,

- soit une réponse définitive,
- soit un accusé de réception si la demande nécessite une consultation du directeur de la mutuelle
- soit un accusé de réception avec une demande de pièces complémentaires.

Dans tous les cas, le délai sera de 2 mois maximum entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive.

MÉDIATION

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

Mutuelle Générale de Prévoyance

A l'attention du médiateur UGM ENTIS

39 rue du Jourdil

74960 CRAN GEVRIER

Ou à l'adresse suivante : mediation@mutuelles-entis.fr

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties en litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de 90 jours suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur peut prolonger le délai des 90 jours mais il doit en avvertir immédiatement les 2 parties.

ARTICLE 18 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

La Mutuelle Générale de Prévoyance recueille l'ensemble de vos données personnelles dans le cadre de la passation, de la gestion et de l'exécution du présent contrat. Ces informations peuvent également être traitées pour répondre aux obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur et ainsi satisfaire aux obligations qui pèsent sur la mutuelle telles que la lutte contre le blanchiment ou la lutte contre la fraude. Enfin et à des fins d'intérêt légitime de la mutuelle et dans le respect des principes mutualistes, vos données pourront permettre l'élaboration de statistiques, d'études actuarielles, la mise en place d'actions de prévention ou encore la gestion de notre relation tel que le suivi de la relation client, la réalisation de sondages, de jeux concours, la proposition d'offres et de réponses à vos besoins par nos partenaires.

Les destinataires de vos données sont : les destinataires dans le cadre de leurs missions habituelles, les personnes intéressées au contrat, celles qui sont intervenantes au contrat et les personnes habilitées à titre de tiers autorisés. Les données personnelles sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux mais peuvent varier en fonction des finalités décrites ci-dessus.

Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée et au Règlement Général Européen sur la Protection des Données Personnelles (UE) n°2016/679 du 27 Avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motifs légitimes ainsi que du droit à la portabilité de vos données. Vous pouvez exercer ces droits en adressant une demande par écrit avec copie de la pièce d'identité du demandeur à la Mutuelle Générale de Prévoyance 39 Rue du Jourdil – CRAN GEVRIER – CS 99050 -74992 ANNECY CEDEX 9 ou par mail à l'adresse suivante : dpo@mutuelles-entis.fr. Vous bénéficiez aussi du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07. Pour davantage d'informations, retrouvez notre politique de confidentialité sur <https://www.mgprev.fr/page-politique-protection-des-donnees-personnelles-12.php>

ARTICLE 19 – SUBROGATION

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à ses ayants-droit victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, jusqu'à concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclu la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnis ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspond au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve. La mutuelle est également subrogée de plein droit, en lieu et place de l'adhérent assuré social, pour les prestations dues par les caisses primaires d'assurance maladie, lorsqu'elle agit en qualité de tiers payant.

ARTICLE 20 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité.

L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentielle et de Résolution (ACPR) sise 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 21 – REGLEMENTATION RELATIVE A LA DIRECTIVE DISTRIBUTION ASSURANCE

La mutuelle applique les obligations issues de l'Ordonnance n° 2018-361 du 16 mai 2018 transposant la Directive Distribution d'Assurances (UE) 2016/97 du 20 janvier 2016, et plus particulièrement, elle :

- Fournit à l'adhérent, avant la conclusion du contrat, les informations relatives à son identité, à son adresse, à son immatriculation, aux procédures de réclamation et au recours à un processus de médiation,

- Remet à l'adhérent, pré contractuellement la fiche d'information standardisée (IPID) sur la garantie d'assurance rédigée, transmise et actualisée par l'organisme concepteur,

- Veille à ce que ses salariés, responsables de la distribution et collaborateurs participant directement à l'activité de commercialisation des contrats d'assurance suivent une formation continue annuelle de 15 heures conformément à l'ordonnance citée ci-avant. Cette formation est destinée à contrôler efficacement et évaluer leurs connaissances et leurs aptitudes et permet aux salariés de maintenir un niveau de performance adéquat correspondant à la fonction qu'ils occupent et au marché concerné,

- Vérifie lors du recrutement de son personnel ; les compétences et le respect des règles d'honorabilité issues de l'ordonnance, avec notamment l'absence de condamnation pénale liée à une atteinte aux biens, qui doit être contrôlés lors du recrutement.

- Respecte la fiche de distribution produit établie par l'organisme concepteur,

- Indique, à l'adhérent, en relation avec ce contrat, si la mutuelle travaille sur la base d'honoraires, c'est-à-dire sous la forme d'une rémunération payée directement par l'adhérent ; ou sur la base de commission, c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime d'assurance. Dans le cas contraire, la mutuelle doit préciser quel type de rémunération elle pratique,

- Conseille les adhérents aux mieux de leurs intérêts après avoir recueillis leur exigences et besoins, à l'aide d'un questionnaire, et de garder une copie de cet écrit afin de se ménager la preuve en cas de contrôle.

V – DÉFINITIONS

Accident

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

L'accident de la circulation est un accident répondant aux conditions définies ci-dessus et impliquant un véhicule terrestre, maritime, ferroviaire ou aérien.

Cependant, n'est pas considéré comme accident, la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident. Ainsi ne sont pas considérées comme étant d'origine accidentelle et sont donc indemnisées comme des maladies : les malaises cardiaques, les lésions sans aucune atteinte corporelle externe du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement, les lumbagos, les sciatiques, les éventrations, les hernies.

Adhérent

Personne physique ayant fait acte d'adhésion à la garantie par la signature d'un bulletin d'adhésion.

Assuré

Personne physique admise à la Mutuelle et sur la tête de laquelle repose le contrat.

Avant droit

Sont désignées comme ayants-droit les personnes assurées du chef de l'adhérent sur le contrat (conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfants à charge ou autre personne à charge)

Bénéficiaire

Est désignée comme bénéficiaire toute personne qui perçoit ou est en droit de percevoir les prestations liées au contrat qui lie l'adhérent à la mutuelle.

Conditions Générales : mode d'emploi, et règles qui régissent le contrat.

Conditions Particulières : contrairement aux Conditions Générales, les Conditions Particulières sont personnelles. Elles définissent les garanties choisies.

Délai d'attente : Période suivant la prise d'effet du contrat pendant les garanties du contrat ne s'appliqueront pas, sauf précisions contraires stipulées dans les conditions générales.

Conjoint

Est désigné comme conjoint l'époux (se) de l'adhérent non divorcé(e), non séparé de corps par un jugement définitif, non séparé de fait.

Concubin

Est désignée comme concubin la personne vivant en couple avec l'adhérent. La définition du concubinage retenue est celle de l'article 515-8 du Code Civil : « vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ». De plus, le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins deux ans au moment du fait générateur. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

Enfant à charge

Sont désignés comme enfants à charge les enfants de l'adhérent ou les enfants qu'il a recueillis :

- s'ils sont âgés de moins de 18 ans ;
- s'ils sont âgés de moins de 25 ans, s'ils poursuivent des études (apprentissage y compris) ;
- Si avant leurs 21 ans, ils sont devenus titulaires de la carte d'invalidité civile et bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé
- L'enfant de l'adhérent né viable moins de 180 jours après le décès de ce dernier.

Partenaire lié par un PACS

Est désignée comme partenaire de PACS la personne liée à l'adhérent par un Pacte Civil de Solidarité.

Personne à charge

Sont désignés comme personne à charge, en plus des enfants à charge, les ascendants de l'adhérent, effectivement à la charge de l'adhérent au sens fiscal, le conjoint de l'adhérent n'est pas considéré comme une personne à charge au sens des majorations familiales.

VI – MGP / ASSISTANCE ACCIDENT

DÉFINITIONS

- ASSUREUR

INTER MUTUELLES ASSISTANCE SA (IMA SA), société anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 22 860 000 €, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris, 79033 Niort, soumise au contrôle de la Commission de Contrôle des Assurances, des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance (CCAMIP) située 54 rue de Châteaudun, 75436 Paris.

- ADHERENT

Tout souscripteur d'un contrat «MUT'ACCIDENT» auprès

d'une mutuelle adhérente à la MGP.

- BENEFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

Tout adhérent domicilié en France, ainsi que les personnes vivant sous son toit (son conjoint de droit ou de fait, ainsi que leurs enfants et ascendants fiscalement à leur charge et vivant sous leur toit).

- DOMICILE

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent.

1. DOMAINE D'APPLICATION DES GARANTIES

1.1 FAITS GENERATEURS

- Les garanties décrites à l'article 4 s'appliquent en cas d'accident corporel, survenant à l'un des bénéficiaires et nécessitant une hospitalisation supérieure à 2 jours.
- Les garanties décrites à l'article 5 s'appliquent en cas d'accident corporel, survenant à l'un des bénéficiaires et nécessitant une hospitalisation.
- Les garanties décrites à l'article 6 s'appliquent en cas d'accident corporel à l'étranger.
- Les garanties décrites à l'article 7 peuvent s'appliquer hors urgence médicale.

1.2 TERRITORIALITE

La France pour les garanties décrites aux articles 4 et 5.

Le monde entier pour les garanties décrites à l'article 6.

1.3 DUREE DES GARANTIES

La période de validité du contrat « Mut'Accident » souscrit par l'adhérent.

1.4 RESILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation par l'adhérent de son contrat « Mut'Accident » pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA SA.

2. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

2.1 INTERVENTION

IMA SA intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro de contrat suivant : 15 S - Tél : 05 49 34 82 60

Cette convention comporte un ensemble de garanties qui trouvent à s'appliquer au cours des multiples difficultés que peuvent rencontrer les bénéficiaires dans leur vie quotidienne. Elle n'a pas pour autant vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale. L'application de ces garanties est appréciée par IMA SA, pour ce qui concerne leur durée et le montant de leur prise en charge, en fonction de la nature et de la gravité de l'événement ainsi que de la gêne et du préjudice occasionnés à l'adhérent et à son entourage.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA SA ou en accord préalable avec elle.

Ces garanties ne doivent aucunement se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

IMA SA ne participera pas après coup aux dépenses que l'adhérent aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser l'adhérent qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA SA pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

2.2 PIECES JUSTIFICATIVES

IMA SA se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation...).

De la même façon, IMA SA pourra demander à l'adhérent ou à son conjoint l'envoi d'une attestation de son employeur mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

2.3 SUBROGATION

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

2.4 PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant de la convention d'assistance ne sont plus recevables au-delà d'une période de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Le délai de prescription s'interrompt notamment par l'envoi d'une lettre recommandée de l'adhérent ou de son conjoint à IMA SA ou par la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre.

2.5 ACCES AUX DONNEES PERSONNELLES

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978, l'adhérent dispose d'un droit d'accès et de rectification pour les données personnelles recueillies et faisant l'objet d'un traitement automatisé par IMA SA.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA SA, 118 avenue de Paris, 79000 Niort.

3. LIMITATIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES

3.1 DECLARATION MENSONGERE

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

3.2 INFRACTION

IMA SA ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où l'adhérent ou l'un des bénéficiaires aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

3.3 FORCE MAJEURE

IMA SA ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

4. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION > 2 JOURS

4.1 AIDE-MENAGERE

En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours de l'adhérent ou de son conjoint, IMA SA met une aide-ménagère à leur disposition :

- s'il y a lieu, dès le premier jour afin de venir en aide aux proches demeurant au domicile ;
- ou à son retour au domicile.

IMA SA prend en charge le coût de cette prestation, à raison de 2 heures par jour d'immobilisation, dans la limite de 15 heures, réparties sur une période maximale de 15 jours selon la situation.

4.2 LOCATION DE TELEVISEUR

En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire, IMA SA prend en charge les frais de location d'un téléviseur pour une durée maximale de 30 jours.

4.3 ECOLE A DOMICILE

Si, à la suite d'un accident corporel ayant nécessité une hospitalisation supérieure à 2 jours, l'enfant de l'adhérent est immobilisé au domicile pour une durée supérieure à 15 jours, IMA SA organise et prend en charge son soutien pédagogique jusqu'à la reprise des cours.

Cette garantie s'applique pendant l'année scolaire en cours, pour les enfants du primaire au secondaire. Il s'agit de cours particuliers donnés au domicile de l'enfant, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable, hors vacances scolaires.

5 - GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION

5.1 PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (< 16 ans)

Lorsque l'hospitalisation immédiate et imprévue de l'adhérent ou de son conjoint, consécutivement à un accident, ne leur permet pas de s'occuper de leurs enfants, IMA SA organise et prend en charge dès le premier jour de l'événement :

- la garde des enfants au domicile par un intervenant autorisé, dans la limite de 15 heures, réparties sur 15 jours à compter de la date de l'événement ;
- s'il y a lieu, le transfert et la garde des enfants chez une assistante maternelle dans la limite de 15 heures réparties sur 15 jours à compter de la date de l'événement.

5.2 TRANSFERT & GARDE D'ANIMAUX DOMESTIQUES FAMILIERS

IMA SA organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux vivant au domicile de l'adhérent, dans la limite de 15 jours à compter du 1er jour de l'événement.

6. - GARANTIES EN CAS D'ACCIDENT A L'ÉTRANGER

6.1 RAPATRIEMENT SANITAIRE

a) En cas d'accident corporel, lorsque les médecins d'INTER MUTUELLES ASSISTANCE GIE, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident d'un rapatriement et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié), INTER MUTUELLES ASSISTANCE GIE organise le retour du patient à son domicile ou dans un hôpital adapté proche de son domicile et prend en charge le coût de ce transport.

b) Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins d'INTER MUTUELLES ASSISTANCE GIE, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé ou le malade.

6.2 ATTENTE SUR PLACE D'UN ACCOMPAGNANT

Lorsque le bénéficiaire blessé, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de la date initialement prévue pour son retour, INTER MUTUELLES ASSISTANCE GIE organise et participe à l'hébergement d'une personne attendant sur place le rapatriement, à concurrence de 50 € par jour, et ce pour une durée maximale de 7 jours.

6.3 VOYAGE ALLER-RETOUR D'UN PROCHE

a) Lorsque le bénéficiaire blessé, non transportable, doit rester hospitalisé pendant plus de 7 jours, et dès lors qu'il est isolé de tout membre de sa famille, INTER MUTUELLES ASSISTANCE GIE organise et prend en charge le transport aller et retour d'un proche, et participe à son hébergement, à concurrence de 50 € par jour, pour une durée maximale de 7 jours.

b) Lorsque le blessé est âgé de moins de 16 ans, et à condition que son état de santé le justifie, ce déplacement est organisé et pris en charge, pour une durée maximale de 7 jours, quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

6.4 FRAIS MEDICAUX ET D'HOSPITALISATION A L'ÉTRANGER

A l'étranger, à la suite d'un accident corporel, INTER MUTUELLES ASSISTANCE GIE, en complément des prestations dues par les organismes sociaux, prend en charge les frais médicaux et d'hospitalisation engagés sur place à concurrence de 20 000 € par bénéficiaire, sous réserve que celui-ci ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie.

Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins d'INTER MUTUELLES ASSISTANCE GIE et seront limités à la période pendant laquelle ils jugeront le patient intransportable.

Dans l'attente des remboursements par les organismes sociaux, ces frais médicaux et d'hospitalisation font l'objet d'une avance.

Le bénéficiaire s'engage à effectuer, dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes concernés, et à transmettre à INTER MUTUELLES ASSISTANCE GIE les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus des organismes sociaux.

6.5 ACCOMPAGNEMENT D'ENFANT DE MOINS DE 16 ANS

Lorsqu'un transport concerne un enfant de moins de 16 ans non accompagné, INTER MUTUELLES ASSISTANCE GIE organise et prend en charge le voyage aller et retour d'un proche, afin qu'il accompagne cet enfant dans son déplacement. Lorsque le voyage d'un proche est impossible, INTER MUTUELLES ASSISTANCE GIE fait accompagner cet enfant par une personne habilitée.

7. GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

7.1 GARANTIES MEDICALES

◆ Conseils médicaux Hors urgence médicale et en l'absence du médecin traitant, des conseils médicaux, liés à un accident corporel, peuvent être prodigués par les médecins d'IMA SA. Ces conseils ne pourront cependant pas être considérés comme des consultations médicales.

◆ Recherche d'un médecin

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, IMA SA peut aider l'adhérent à rechercher un médecin.

◆ Recherche d'une infirmière

De la même façon IMA SA peut, sur prescription médicale, aider l'adhérent à rechercher une infirmière.

◆ Recherche d'intervenants paramédicaux

En dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, IMA SA peut assister l'adhérent en difficulté dans sa recherche d'intervenants paramédicaux.

◆ Transport en ambulance

Hors urgence médicale, IMA SA organise, sur prescription médicale, le transport de l'un des bénéficiaires par ambulance ou véhicule sanitaire léger entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicalement adapté. Si son état de santé le nécessite, IMA SA organise son retour au domicile par l'un de ces moyens. Les frais de transport demeurent à la charge de l'adhérent.

VII – ANNEXES

EXTRAIT DES DISPOSITIONS GENERALES DU REGLEMENT MUTUALISTE

ARTICLE 5 – DEMISSION – RADIATION - EXCLUSION

L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative de l'adhérent, si elle est signifiée au moins deux mois avant le 1^{er} janvier.

- Soit par lettre adressée au siège social de la mutuelle à l'adresse suivante :
Mutuelle Générale de Prévoyance
39 rue du Jourdil – CRAN GEVRIER.
CS 99050
749992 ANNECY CEDEX 9
- Soit par email à l'adresse unique suivante :
mgp@mgprev.fr
- Soit par dépôt directement au siège, contre récépissé de réception,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par le même mode de communication que la conclusion de la souscription en cas de vente à distance.

Pour les adhésions à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par l'adhérent du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement sera rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Si l'avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou s'il lui est adressé après cette date, l'adhérent est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction tacite.

Lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile,
 - changement de situation matrimoniale,
 - changement de régime matrimonial,
 - changement de profession,
 - changement de régime obligatoire,
 - retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,
 - d'adhésion dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire sur production d'un justificatif,
- il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.
- La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La radiation ou l'exclusion des membres participants peut également intervenir en cas de non-paiement des cotisations selon la procédure prévue à l'article 8.

ARTICLE 6 – OUVERTURE, MODIFICATION ET CESSATION DES GARANTIES

Date d'effet des garanties

Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet du bulletin d'adhésion ou de la notification de la modification des garanties apportées par l'Assemblée Générale ou du Conseil d'Administration de la MGP.

Il peut être expressément prévu des délais de stage pour le bénéficiaire de tout ou partie des prestations. Ces délais sont fixés dans le contrat d'adhésion ou les conditions particulières.

Modifications des garanties

En cas de changement d'option d'un adhérent, la demande peut être prise en compte le 1^{er} jour du mois suivant la signature de l'avenant.

La MGP se réserve le droit toutefois de modifier les garanties en cours d'année, en cas d'évolution de la réglementation de la Sécurité Sociale et de la modification de ses bases de remboursements, notamment, en cas de délégation donnée au Conseil d'Administration par l'Assemblée Générale de la mutuelle dans le cadre de l'article L.114-11 du Code de la Mutualité.

En cas de modification des garanties, un avenant au contrat d'adhésion est établi.