

MUTUALITÉ OBSEQUES PLUS

Règlement Mutualiste

I – PRÉAMBULE

Ce contrat collectif facultatif est souscrit par l'ASSOCIATION GEDAS et diffusé par la MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE au profit de tout membre du GEDAS qui souhaite se garantir contre le risque obsèques. L'adhésion est ouverte à tous les membres de moins de 84 ans (ou 80 ans pour l'option prime unique).

L'adhésion au contrat Mut'ualité Obsèques Plus garantit le versement d'une allocation forfaitaire non indexée (Mut'ualité Obsèques Plus) ou indexée (Mut'ualité Obsèques Plus Revalorisé) en cas de décès de l'Adhérent. Cette allocation est utilisée pour le financement des obsèques.

Le présent contrat n'offre pas de valeur de rachat, il ne s'agit pas d'un contrat de capitalisation ou d'assurance vie. L'allocation versée en cas de décès est donc l'allocation choisie par l'adhérent au moment de son adhésion, quelle que soit la durée d'adhésion et les sommes cotisées.

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

Ce contrat a pour objet de servir le versement d'une allocation Obsèques, aux proches ou directement à un organisme funéraire, lors du décès de l'adhérent. L'allocation n'est versée que pour les frais obsèques liés au seul décès du souscripteur. Il prévoit aussi une garantie d'assistance liée au décès, servie par la Société Inter Mutuelles Assistance (IMA).

L'adhérent a le choix entre deux options :

- MUT'ualité Obsèques Plus,
- MUT'ualité Obsèques Plus Revalorisé.

En sus, l'adhérent aura la possibilité de souscrire à une option lui permettant de choisir ses prestations funéraires : il aura le choix entre la crémation ou l'inhumation pour un montant de prestations globales allant de 3000 à 8000€ (cumul des prestations de tous les contrats obsèques souscrits par l'adhérent)

Cette prestation sera facturée 18 € à l'adhésion et est assurée par la société Le Vœux Funéraire, sise 40 rue des Aulnes 92331 SCEAUX cedex, S.A. au capital de 4 323 975 € immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° B 310 775 804 et à l'ORIAS sous le n° 07 005 218.

ARTICLE 3 - COMPOSITION DU GROUPE ASSURÉ

Toute adhésion est recevable à partir de 18 ans et jusqu'à l'âge de 84 ans inclus ; exception faite de la garantie MUT'ualité Obsèques Plus avec paiement par cotisation unique, pour laquelle l'adhésion est recevable jusqu'à l'âge de 80 ans inclus.

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.

Les adhérents âgés de plus de 72 ans ne peuvent souscrire une allocation supérieure à 3 000 €.

Aucun questionnaire médical ne sera demandé.

ARTICLE 5 - PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

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 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction sauf demande de révision ou de dénonciation de l'adhérent ou de la Mutuelle.

Sauf résiliation anticipée par l'adhérent, la garantie couvre le décès de l'adhérent jusqu'à sa 115^e année.

De la garantie

La garantie prend effet dès la fin du délai d'attente, et au plus tôt le lendemain de la signature en cas de décès accidentel. La garantie prend fin et les prestations ne sont plus versées à compter du 115^e anniversaire de l'adhérent.

ARTICLE 6 - MODIFICATION DES GARANTIES

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

Aucune modification ne peut intervenir dans le contrat, sauf diminution de l'allocation en cas de force majeure. En cas de demande d'augmentation du montant de l'allocation Obsèques, un nouveau contrat sera souscrit, selon ses conditions d'adhésion, en complément du contrat initial.

ARTICLE 7 – AUTRES CAS DE RÉSILIATION

Le contrat cesse :

- à l'échéance du mois au cours duquel survient le décès de l'adhérent
 - par anticipation, à défaut de paiement de la cotisation dans les conditions visées à l'article 8.
 - au plus tard au 115^e anniversaire 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 – COTISATIONS

Détermination de la cotisation à l'adhésion

La cotisation est établie à l'adhésion, en fonction :

- du montant du l'allocation choisie par l'adhérent,
- de l'âge de l'adhérent à l'adhésion, déterminé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance,
- de la durée de paiement des cotisations.

La cotisation due au titre des prestations d'assistance est forfaitaire en fonction de la durée de paiement des cotisations. 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 de l'allocation souscrite sans que cela n'engendre un quelconque droit à compensation.

Evolution de la cotisation (viagère ou temporaire)

La cotisation au titre des prestations d'assistance est susceptible d'évoluer en fonction des résultats techniques de cette garantie.

La cotisation due chaque année au titre de l'allocation Obsèques n'évolue ni en fonction de l'âge de l'adhérent, ni en fonction de son état de santé, mais elle évolue en fonction des revalorisations annuelles prévues à l'article 12.

Modalités de paiement des cotisations

Si l'adhérent choisit l'option Mut'ualité Obsèques Plus, les cotisations sont payables, au choix de celui-ci :

- en une seule fois, lors de l'adhésion, par chèque (cotisation unique),
- par prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent,
 - pendant toute la durée de l'adhésion (cotisations viagères),
 - ou de façon temporaire pendant 5 ou 10 ans (cotisations temporaires).

La cotisation est établie à l'adhésion, en fonction du contrat et du niveau de la garantie choisis.

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

Si l'adhérent opte pour l'option Mut'ualité Obsèques Revalorisé, seule la cotisation viagère est possible.

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 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

Délai d'attente (stage)

Décès par accident* :

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

Décès par maladie :

- Pour un montant entre 1 000 € et 3 000 € : 6 mois.
- Pour un montant supérieur à 3 000 € : 6 mois supplémentaires pour la différence.

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

Montant des Prestations

La prestation sera égale au montant de l'allocation Obsèques figurant sur les conditions particulières, sous réserve du paiement de la cotisation annuelle, variant de 1 000 € à 8 000 €, par tranche de 1 000 €.

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.

Bénéficiaire(s) de la prestation

L'allocation souscrite est versée jusqu'à hauteur du montant de la facture directement à l'organisme funéraire ou à la ou les personnes qui justifient avoir réglé les frais d'obsèques.

Si le montant de la facture est inférieur à l'allocation souscrite le solde restant dû sera versé aux bénéficiaires désignés dans le bulletin d'adhésion, et à défaut aux ayants-droit dans l'ordre suivant :

- le conjoint non séparé de droit ou de fait,
- le partenaire auquel le défunt était lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS),
- À défaut par ordre prioritaire d'existence :
 - les enfants nés ou à naître de l'adhérent vivants ou représentés, par part égale; en cas de représentation, la part versée aux représentants est celle qui aurait été versée à l'enfant vivant,
 - les père et mère de l'adhérent, par part égale,
 - les autres personnes dans la succession de l'adhérent, selon les règles successorales.

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

Pour toute demande d'allocation Obsèques, les bénéficiaires devront fournir à la Mutuelle les pièces suivantes :

- l'acte de décès,
 - le certificat post mortem précisant les causes du décès
 - la facture acquittée des pompes funèbres, par la personne ayant réglé les frais d'obsèques ; à défaut, la présentation d'une simple facture entraîne un paiement direct de l'organisme funéraire,
 - le certificat d'hérédité ou le livret de famille,
 - une attestation de porte-fort le cas échéant,
 - éventuellement un RIB.
- 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 au dit 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.

ARTICLE 12 – REVALORISATION

Contrat MUT'ualité Obsèques Plus : aucune revalorisation.

Contrat MUT'ualité Obsèques Plus Revalorisé :

Les cotisations et les prestations sont revalorisées chaque année au 1^{er} janvier de 2,5 %, sauf décision prise par le Conseil d'Administration de la Mutuelle Générale de Prévoyance d'un taux différent.

Révision de la cotisation

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

IV - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 13 – 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 14 – 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 ou l'union 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 du participant, 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 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 ou l'union 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 ou à l'union, 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 15 – 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, si la demande est plus complexe et demande l'envoi de pièces complémentaires ou une consultation du directeur de la mutuelle, un accusé de réception de la demande dans ce même délai de 10 jours ouvrables.

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 avertir immédiatement les 2 parties.

ARTICLE 16 – 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 17 – 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'indemnisé 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 18 – AUTORITÉ DE CONTROLE

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 19 – RÉGLEMENTATION 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 (IPIID) 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 – DEFINITIONS

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 désigné 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

En adhérant au contrat MGP, le souscripteur bénéficie pour lui et sa famille d'une garantie d'assistance dans les conditions suivantes.

1 DEFINITIONS

1.1 ASSUREUR

INTER MUTUELLES ASSISTANCE SA (IMA SA), société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 22 860 000 €, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège est situé 118 avenue de Paris, 79000 Niort, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), sise 61 rue Taibout à Paris.

1.2 ASSURE

Personne physique adhérant au contrat d'assurance obsèques souscrit auprès de la MGP en signant le bulletin d'adhésion.

1.3 BENEFICIAIRE DE L'ASSISTANCE

L'assuré ainsi que les personnes vivant sous son toit (conjoint de droit ou de fait, enfants à charge, ascendants).

1.4 DOMICILE

Lieu habituel de résidence principale de l'assuré en France et dans les départements français d'outre-mer.

2 VIE ET FONCTIONNEMENT DU CONTRAT D'ASSISTANCE

2.1 FAIT GENERATEUR

Les garanties décrites dans la présente convention s'appliquent en cas de décès de l'assuré, excepté pour les demandes "d'informations juridiques et vie pratique", qui s'appliquent pendant toute la validité du contrat.

2.2 HORAIRES D'INTERVENTION

IMA SA intervient 24 heures/24, 7 jours/7 en accord avec l'assuré ou les bénéficiaires afin d'apporter une aide immédiate et effective.

2.3 TERRITORIALITE

Monde entier. La France et les départements d'outre-mer pour l'assistance aux proches lors du décès, l'aide à l'organisation des obsèques et le service d'informations relatives au décès.

2.4 DUREE DES GARANTIES

La période de validité de la convention d'assistance est identique à la période de validité de l'adhésion au contrat d'assurance obsèques souscrit par l'adhérent.

2.5 RESILIATION

En cas de résiliation de son adhésion par l'adhérent à l'échéance du contrat d'assurance obsèques, les garanties d'assistance cessent de plein droit ; les décès survenus à compter de cette date ne sont donc pas couverts.

3 GARANTIES D'ASSISTANCE

3.1 DECES SURVENU lors d'un DEPLACEMENT

En cas de décès de l'assuré survenant lors d'un déplacement au-delà de 50 km de son domicile, IMA SA organise et prend en charge les garanties suivantes :

3.1.1 - Le rapatriement du corps

Le rapatriement s'effectue au lieu d'inhumation choisi en France ou Principauté de Monaco. Cette garantie comprend le cercueil approprié, les formalités, le transport.

3.1.2 - Le déplacement d'un membre de la famille

En cas de nécessité, IMA SA organise et prend en charge le déplacement d'un membre de la famille sur le lieu du décès.

3.1.3 Le retour des bénéficiaires accompagnant l'assuré décédé.

IMA SA organise et prend en charge le retour des bénéficiaires accompagnant l'assuré décédé s'ils ne peuvent revenir par les moyens initialement prévus.

3-2 ASSISTANCE aux PROCHES lors du DECES

3.2.1 - Garde d'enfants de moins de 16 ans

En cas de décès de l'assuré, s'il y a lieu, IMA SA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

o Le déplacement d'un proche

Déplacement aller et retour en France d'un proche pour garder les enfants au domicile (billet de train 1ère classe ou d'avion, classe économique).

o Le transfert des enfants

Le voyage aller et retour en France des enfants, ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, en train 1ère classe ou en avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA SA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires conventionnés.

o La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA SA organise et prend en charge :

- le transfert et la garde des enfants chez une assistante maternelle dans la limite de 30 heures réparties sur le mois suivant le décès ;

- s'il y a lieu, la garde des enfants au domicile par un intervenant autorisé, dans la limite de 30 heures, réparties sur le mois suivant le décès.

Dans les départements d'outre-mer la prise en charge du déplacement d'un proche et/ou le transfert des enfants chez un proche s'entend au sein du département de survenance.

3.3 AIDE A L'ORGANISATION DES OBSÈQUES

En cas de décès de l'assuré et sur demande des bénéficiaires, IMA SA peut les aider à organiser les obsèques, en liaison avec une entreprise de pompes funèbres habilitée, pour les garanties suivantes :

- démarches auprès de tiers : mairie, police, cimetière, culte,
- coordination des moyens,
- présentation du défunt : toilette, habillage, soins de conservation,
- cercueil,
- cérémonie, convoi,
- sépulture, concession,
- le cas échéant, organisation spécifique relative à la crémation.

3.4 SERVICE d'INFORMATIONS JURIDIQUES et VIE PRATIQUE

Sur demande téléphonique de l'assuré, IMA SA peut fournir des renseignements dans les domaines suivants du lundi au samedi de 8 heures à 19 heures (horaires France métropolitaine) :

3.4.1 - Informations relatives au décès

- a) prélévements, dons d'organe
- b) succession, héritiers réservataires, testament, succession sans testament, droits du conjoint survivant.

3.4.2 - Famille

- a) Régimes matrimoniaux, Régimes légaux, Formalités à accomplir pour adopter un régime, Biens propres, biens communs, dettes de la communauté, dettes propres, Changement de régime.
- b) Grossesse, naissance
- c) Adoption
- d) Filiation
- e) Nationalité
- f) Incapables mineurs / majeurs, droit des mineurs, administration des biens, émancipation des mineurs, tutelle, curatelle.
- g) Ascendants à charge
- h) Divorce, causes de divorce, conséquences du divorce : prestation compensatoire, pension alimentaire, logement, partage de la communauté.
- i) Pension alimentaire hors divorce
- j) Union libre
- k) Pacs
- l) Prestations familiales
- m) Donation

3.4.3 - Santé

- a) Don du sang
- b) Dossiers médicaux
- c) Médecine scolaire
- d) Responsabilité médicale et paramédicale
- e) Sécurité Sociale.

3.4.4 - Fiscalité, administration

- Impôts, fiscalité, Qui est imposable ? Imprimés à remplir, Traitements et salaires, Revenus fonciers, Plus-values, Charges déductibles, Déclarations, Impôts locaux, Paiements, Contrôles, Réclamations.
- Retraite, allocations, assurances sociales, Retraite de base et/ou complémentaire, Modalités de départ, Réversion, Preretraite, Travailler pendant sa retraite, Prestations familiales, Aides sociales.

4 DISPOSITIONS DIVERSES

4-1 CONDITIONS D'APPLICATION

IMA SA intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro de contrat suivant : 228, tél : 05 49 34 82 60

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA SA 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 les ayants droit auraient engagées de leur propre initiative dans le cadre de l'article 3. Toutefois, afin de ne pas pénaliser les ayants droit qui auraient fait preuve d'initiative raisonnable, IMA SA pourra apprécier leur prise en charge, sur justificatifs. 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. IMA SA ne sera pas tenue d'intervenir dans les cas où les

ayants droit auraient commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

En cas de déclaration mensongère ou de comportement abusif d'un des bénéficiaires, les faits seront portés à la connaissance de la CMAV. 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.

4.2 LIMITES D'INTERVENTION D'IMA

Les demandes d'informations doivent porter sur :

- des questions qui relèvent du droit français et/ou concernent des institutions, pratiques, services français ;
- des prestataires et intervenants exerçant leur activité sur le territoire français métropolitain et dans les départements français d'outre-mer.

Exclusions générales

- Tout conseil,
- Toute consultation juridique personnalisée ou tout examen de cas particulier,
- Toute prise en charge de litige,
- Toute prise en charge de frais, rémunération de services ou de garanties, de même que toute avance de fonds.

Concernant le domaine particulier des renseignements financiers, IMA SA ne pourra procéder à aucune étude comparative sur la qualité des contrats, services, taux pratiqués par les établissements financiers, et exclut toute présentation ou exposé préférentiel d'un produit particulier par rapport à un autre.

Les informations du service "Informations juridique et Vie Pratique" ne peuvent aucunement se substituer aux intervenants habituels que sont les conseillers juridiques ou les avocats.

4.3 SUBROGATION

IMA SA est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire 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 du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

4.4 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 du bénéficiaire à IMA SA, ou par la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre.

4-5 ACCES AUX DONNEES PERSONNELLES

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978, l'assuré 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.

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 bénéfice 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.