

GARANTIE HOSPIT 365

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 le versement d'une allocation journalière pour toutes les hospitalisations d'une durée d'au moins 24 heures (sauf exclusions – Art.11) survenant postérieurement à la date d'effet du contrat et à la date de la fin de délai d'attente (Art.9). »

Le montant de l'allocation journalière est défini dans les conditions particulières.
Le contrat est viager.

ARTICLE 3 – COMPOSITION DU GROUPE ASSURÉ

Toute adhésion est recevable à partir de 18 ans minimum et jusqu'à l'âge de 75 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.

Deux options sont au choix de l'adhérent :

- **Option Individuel**
 - pour l'adhérent.
- **Option Familial**
 - l'adhérent,
 - son conjoint (ou concubin),
 - ses enfants jusqu'à l'âge de 18 ans ou 20 ans si ils poursuivent leurs études.

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'HOSPIT 365, 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.

De la garantie

La garantie prend effet dès la fin du délai d'attente, et au plus tôt le lendemain de la signature du contrat en cas d'hospitalisation pour accident.

ARTICLE 6 – MODIFICATION DES GARANTIES

Tout changement doit être signalé à la Mutuelle : état civil, domicile, naissance, décès.

L'adhérent peut demander une modification du montant des prestations garanties parmi celles définies aux conditions

particulières. La demande de modification doit être adressée à la Mutuelle Générale de Prévoyance par tout moyen écrit.

Si l'adhérent opte pour un montant inférieur, la modification prend effet le 1er du mois suivant la signature de l'avenant, sous réserve du paiement de la cotisation.

Le passage d'une allocation journalière supérieure implique le délai d'attente, les prestations seront payées sur le montant de l'allocation précédente, pendant cette période (Art. 9).

Aucun changement, pour un montant d'allocation journalière supérieur, ne pourra être souscrit pour les adhérents de plus de 75 ans.

ARTICLE 7 – AUTRES CAS DE RÉSILIATION

Le contrat cesse :

- au décès de l'adhérent
- par anticipation, à défaut de paiement de la cotisation dans les conditions visées à l'article 8.

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 de l'option (Individuel ou Familial) et du niveau de la garantie choisi.

Adulte

La cotisation est établie par personne à l'adhésion, en fonction de l'âge, du montant de l'allocation journalière d'hospitalisation choisis et évolue avec l'âge.

Enfants

Forfait quel que soit le nombre d'enfant à charge (18 ans ou 20 ans si poursuite d'études).

Evolution de la cotisation

- La cotisation due chaque année évolue en fonction
- de l'âge des adultes
- des revalorisations 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

Délai d'attente (stage)

- Hospitalisation pour accident : prise en charge au plus tôt

le lendemain de la signature du contrat.

- Hospitalisation pour maladie :
 - pour les moins de 55 ans à l'adhésion : 3 mois
 - pour les 55 ans et plus à l'adhésion : 6 mois
- Hospitalisation pour maternité ou ses pathologies : 12 mois.

Bénéficiaires

La Mutuelle Générale de Prévoyance verse les prestations à l'adhérent.

Crédit d'indemnisation

- **OPTION 1 :**

Le crédit d'indemnisation est de 30 jours, et, il s'apprécie par période de 12 mois de date à date, à partir du 1er jour de chaque hospitalisation.

L'allocation journalière prévue aux conditions particulières du présent contrat est versée dès le premier jour d'entrée dans l'établissement (si hospitalisation d'au moins 24 heures) et ce, pour une durée maximale de 30 jours.

En cas d'hospitalisation lors de la première année de l'adhésion, et après le délai d'attente (ci-dessus), le crédit d'indemnisation est égal à 15 jours, sauf pour l'accident dont le crédit d'indemnisation est de 30 jours dès le 1^{er} jour d'adhésion.

Pour bénéficier de la totalité de ses droits (30 jours), l'adhérent ne devra pas être hospitalisé lors de la première année, sinon il faudra attendre 12 mois consécutifs pour pouvoir bénéficier à nouveau de son crédit d'indemnisation de 30 jours.

Concernant les centres de rééducation, l'indemnisation sera possible suite à un transfert d'un centre hospitalier (public ou privé) sans interruption, et sera limitée à 15 jours.

- **OPTION 2 :**

Le crédit d'indemnisation est de 335 jours (du 30^{-ème} au 365^{-ème}) et il s'apprécie sur 24 mois glissants. En cas d'hospitalisation lors des 12 premiers mois de l'adhésion, et après le délai d'attente (ci-dessus), le crédit d'indemnisation sera au maximum de 150 jours, sauf pour l'accident dont le crédit d'indemnisation est de 335 jours dès le 1^{er} jour d'adhésion.

Concernant les centres de rééducation, l'indemnisation sera possible suite à un transfert d'un centre hospitalier (public ou privé) sans interruption, et sera limitée à 45 jours.

- **OPTION 3 : (option 1 + option 2)**

Le crédit d'indemnisation est de 365 jours (du 1^{er} au 365^{ème} jours) et il s'apprécie sur 24 mois glissants. En cas d'hospitalisation lors des 12 premiers mois de l'adhésion, et après le délai d'attente (ci-dessus), le crédit d'indemnisation sera au maximum de 180 jours, sauf pour l'accident dont le crédit d'indemnisation est de 365 jours dès le 1^{er} jour d'adhésion.

Concernant les centres de rééducation, l'indemnisation sera possible suite à un transfert d'un centre hospitalier (public ou privé) sans interruption, et sera limitée à 60 jours.

Cessation du paiement des prestations

Le service des prestations cesse au dernier jour de l'hospitalisation ou à l'épuisement du crédit d'indemnisation.

Montant des Prestations

La prestation sera égale au montant de l'allocation journalière d'hospitalisation figurant sur les conditions particulières en tenant compte de la revalorisation (Art. 12).

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

En cas d'hospitalisation, 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 (Option 2 : fournir les bulletins d'hospitalisation des 30 premiers jours),
- le document d'informations.

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.

En cas de décès, fournir un certificat d'hérédité ou une attestation de porte-fort.

ARTICLE 11 – EXCLUSIONS

Contextes dans lesquels la garantie ne s'applique pas :

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.

Risques exclus :

- les traitements de rajeunissement et chirurgie esthétique non prescrits médicalement et leurs suites ;
- les troubles neuropsychiatriques, les maladies psychiatriques, les dépressions nerveuses et état dépressif.

Etablissements exclus :

- les maisons de repos, de convalescence, de retraite, psychiatriques, de cures thermales, de cures de désintoxication, de rééducation, de gérontologie, de gériatrie.
- les centres de rééducation sont exclus si l'hospitalisation ne fait pas suite à un transfert d'un centre hospitalier (public ou privé) sans interruption..

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

A 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 sur l'hospitalisation, 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 – FAUSSES DECLARATIONS

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 15 – 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 I 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, notwithstanding 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 16 – RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

RECLAMATIONS

Pour toute réclamation et notamment celles relatives au bulletin 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 mail 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 17 – 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 18 – 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 19 – 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 résolution (ACPR) sise 4 place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 20 – REGLEMENTATION RELATIVE A LA DIRECTIVE DISTRIBUTION D'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 au 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 indemnisés 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 évantrations, 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 le membre participant 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 – 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.