

MUT'EPARGNE 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 proposer un contrat d'assurance individuelle visant à faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation par des versements libres avec, à tout moment, possibilité de rachat total ou partiel.

ARTICLE 3 - COMPOSITION DU GROUPE ASSURÉ

Toute adhésion est recevable à partir de 18 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 - FORMALITÉS D'ADHÉSION

Sur le contrat d'adhésion figurent les coordonnées du souscripteur, le montant du premier versement, la date de prise d'effet de l'adhésion, le mode de règlement, la désignation des bénéficiaires.

L'adhérent ne peut conclure qu'un seul contrat Mut'Épargne 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 le premier jour du mois suivant l'adhésion, après signature du contrat et sous réserve de l'encaissement effectif du premier versement de la souscription et des frais de versement qui s'y rattachent.

Le contrat est souscrit pour une période définie aux conditions particulières. À l'expiration de ce délai, l'adhérent peut cependant proroger son adhésion pour une nouvelle période. Le contrat prend fin en cas de rachat total ou décès de l'adhérent.

ARTICLE 6 – SITUATION DE COMPTE

La Mutuelle fournira annuellement, une situation de compte sur laquelle figureront le montant du capital acquis au 31 décembre écoulé, de la rémunération cumulée du contrat, le taux minimum garanti pour l'année en cours et les frais annuels.

ARTICLE 7 – FIN DU CONTRAT

Le contrat cesse :

- à l'échéance du contrat, définie dans les conditions particulières ;
- au décès de l'adhérent ;
- en cas de rachat total par l'adhérent.

III – FONCTIONNEMENT

ARTICLE 8 – VERSEMENTS

Versement initial et versements mensuels

Le premier versement doit être au moins égal à 20 euros et est réglé par chèque bancaire, postal de la Caisse d'Épargne libellé à l'ordre de la Mutuelle Générale de Prévoyance. Aucun versement en espèce n'est accepté.

En cours de la 1^{ère} année de vie du contrat et passé le délai de renonciation, l'adhérent qui s'engage à verser un minimum de 20 euros mensuellement, ou l'équivalent par versements uniques (par exemple, 240 euros pour 12 mois), bénéficiaire d'un 13e mois offert de 20 euros.

Tout versement unique sera plafonné à 100 000 euros. Le cumul des versements pour un même souscripteur est plafonné à 500 000 euros.

À tout moment en cours de vie du contrat, passé le délai de renonciation, l'adhérent peut effectuer des versements exceptionnels, modifier ses versements ou suspendre ces derniers sur son contrat et cela sans frais ni pénalité.

Modalités de versement

Les versements sont effectués par prélèvement bancaire.

Frais au titre des versements

Les frais de souscription sont de :
2% sur chaque versement jusqu'à hauteur de 15000€
1% sur chaque versement au-delà de 15000€

Frais au titre de la gestion

Il sera appliqué, au titre des frais de gestion, un taux de 0,40% calculé sur la base de l'épargne constituée. Ce taux viendra en déduction du taux de rémunération de l'épargne garanti augmenté des excédents, sans toutefois que cette déduction puisse ramener le taux garanti au minimum garanti tel que visé à l'article 9.

ARTICLE 9 – PRESTATIONS

Taux minimum garanti

Le taux minimum garanti de l'année N est égal au taux utilisé en tarification sur les garanties vie en vigueur au 31 décembre de l'année N-1.

L'évaluation des sommes acquises à l'adhérent s'effectue en ajoutant au montant du versement investi, déduction faite des frais de souscription et des frais de gestion, les intérêts produits au taux minimum.

Excédents

Au plus tard de l'année N, l'Assemblée générale de la Mutuelle Générale de Prévoyance vote le taux de redistribution des excédents applicable à l'année N-1. Ce taux de redistribution est égal à la différence entre le taux de rendement des placements de la MGP et le taux minimum garanti. En cas de rachat ou de décès en cours de l'année N, les excédents de l'année N ne sont pas redistribués.

Nature des supports sélectionnés

Les supports sélectionnés par la Mutuelle sont des actifs diversifiés constitués par des valeurs mobilières qui répondent aux règles de dispersion des placements, en conformité au code de la Mutualité.

Avances

À l'expiration d'une période de six mois à compter de la date d'effet du contrat, une avance peut être consentie à l'adhérent par la Mutuelle Générale de Prévoyance. Celle-ci ne peut être supérieure à 80% de la valeur acquise au 1^{er} du mois précédent la demande.

Règlement des capitaux

Rachat partiel

L'adhérent peut à tout moment, à compter de l'expiration du délai de renonciation demander le rachat partiel de son contrat. L'adhérent doit demander par écrit le montant de son rachat.

Rachat total

L'adhérent peut demander le rachat total de son contrat, la valeur de rachat du contrat sera égale à la valeur de rachat du contrat diminuée des avances consenties et non remboursées et telles que définies ci-dessus.

Le contrat prend alors fin à réception par l'adhérent des sommes versées.

Calcul des prestations (rachat total – décès)

La valeur atteinte est calculée sur la base de 100% au taux minimum garanti annoncé en début d'année du rachat total ou de la notification du décès au prorata du temps écoulé depuis le 1^{er} janvier précédent ladite demande.

III – EN CAS DE SINISTRE

ARTICLE 10 – RÈGLEMENT EN CAS DE DÉCÈS

Le versement du capital s'effectuera sur présentation du contrat, d'un extrait de l'acte de décès de l'adhérent, d'une photocopie du livret de famille, ou des bénéficiaires portant la mention « non décédé » ainsi que toutes les pièces requises par la législation en vigueur.

Si le capital doit être versé à plusieurs bénéficiaires, le règlement s'effectuera contre quittance conjointe des intéressés. Celui-ci sera égal à la valeur de rachat diminuée des avances consenties et non remboursées et telle que définie à l'article 9.

Les bénéficiaires des capitaux lors du décès de l'adhérent sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle auprès de la M.G.P. par l'adhérent. À défaut d'une telle désignation le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- 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 représentants 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.

À défaut d'héritiers, le capital reste acquis à la M.G.P.

ARTICLE 11 – DÉSIGNATION DU(DES) BÉNÉFICIAIRE(S) ET CONSÉQUENCES ATTACHÉES À L'ACCEPTATION DU BÉNÉFICIAIRE DU CONTRAT PAR LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) DÉSIGNÉ(S)

Conformément aux articles L.223-10 et suivants 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 chacun. Cette désignation sera utilisée par la Mutuelle en cas de décès de l'adhérent.

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

L'acceptation est faite par un avenant signé de la Mutuelle, de l'adhérent et du bénéficiaire. Elle n'a alors d'effet à l'égard de la Mutuelle que lorsqu'elle 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 l'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.

IV – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 12 – 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 13 – 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 eu 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'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 14 – 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 : [mcp@mgprev.fr](mailto:mgp@mgprev.fr)

À 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 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 15 – 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 Fontenay – 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 16 – 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'indemnise 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 17 - BLANCHIMENT DE CAPITAUX

Conformément aux articles L.561-5 et L.561-6 du Code Monétaire et Financier, l'adhérent devra fournir à la Mutuelle une déclaration d'origine des fonds pour tout versement supérieur ou égale à 15 000 €, sauf cas douteux (suspçon de dissimulation d'origine de fonds, d'opération de blanchiment ou de financement du terrorisme).

ARTICLE 18 - 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 19 – 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 – DEFINITIONS

Accident

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. Cependant, ne sont pas considérés comme étant d'origine accidentelle et sont donc indemnisés comme des maladies : les efforts de soulèvement, les lumbagos, les sciatiques, les évanouissements, les hernies.

Adhérent

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

Avant droit

Personne physique qui est en droit de percevoir les prestations d'un contrat familial souscrit par l'adhérent (conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfants à charge ou autre personne à charge).

Bénéficiaire

Personne physique ou morale désignée par l'adhérent pour percevoir les prestations suite à son décès.

Conditions Générales

Ensemble des règles qui régissent le contrat.

Conditions Particulières

Contrairement aux Conditions Générales, les Conditions Particulières sont personnelles. Elles définissent les garanties choisies par l'adhérent.

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.

Délai d'attente

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

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 civil 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 sa charge au sens fiscal ; le conjoint n'est pas considéré comme une personne à charge au sens des majorations familiales.