

MUT'PRÉVOIR SALARIES

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

« Mut'Prévoir Salarisés » a pour objet de verser des indemnités journalières forfaitaires sans justificatif de revenus à tout salarié, momentanément dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle, par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté.

En cas d'accident, « Mut'Prévoir Salarisés » verse une allocation journalière d'hospitalisation ainsi qu'un capital en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive.

Pour les accidents de la circulation, l'allocation journalière d'hospitalisation ainsi que le capital décès sont majorés. Est considéré comme accident de la circulation, tout événement correspondant à la définition de l'accident, impliquant un véhicule terrestre, maritime, ferroviaire ou aérien.

ARTICLE 3 - COMPOSITION DU GROUPE ASSURÉ

Pour être admissible il faut :

- être âgé de moins de 64 ans à la date de la demande d'adhésion,
- exercer de manière normale et effective une activité salariée,

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

« Mut'Prévoir Salarisés » s'adresse à tous les salariés.

Aucun questionnaire médical ne sera demandé.

La première cotisation doit être réglée.

L'adhérent ne peut conclure qu'un seul contrat Mut'Prévoir Salarisés, 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 DUREE

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 le premier jour du mois suivant l'adhésion et sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, et se renouvelle ensuite par tacite reconduction, à chaque 1^{er} janvier pour une durée d'une année.

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.

ARTICLE 6 - MODIFICATION DES GARANTIES

Tout changement doit être signalé à la Mutuelle : état civil, domicile, naissance, décès, cessation d'activité professionnelle.

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. L'adhérent a la possibilité de changer le montant de l'indemnité journalière. Le contrat peut être suspendu quand l'adhérent se trouve au chômage. Ce dernier devra fournir à la Mutuelle l'attestation émise par le régime obligatoire.

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 due est déterminée en fonction du niveau de la garantie choisi.

Evolution de la cotisation

La cotisation due chaque année évolue en fonction des revalorisations et 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

Les prestations sont égales au montant de l'indemnité journalière, de l'allocation journalière d'hospitalisation, et du capital choisis par l'adhérent et figurant sur les conditions particulières en tenant compte de la revalorisation (Art. 12).

En cas d'incapacité temporaire de travail :

Franchise

15 jours ramenés à 7 jours en cas d'hospitalisation toutes causes.

La Mutuelle Générale de Prévoyance paie les prestations déduction faite de la franchise.

La franchise doit être constituée de jours continus d'arrêt de travail pour ouvrir droit aux prestations versées sous forme d'indemnités journalières.

Elle ne s'applique pas en cas de rechute dans les deux mois suivant la dernière période indemnisée pour un arrêt de travail de même cause.

Crédit d'indemnisation :

Le crédit d'indemnisation est de 90 jours.

Toutefois, la première indemnisation ne débutera qu'après les jours de franchise et s'apprécie par période de 12 mois de date à date et ce, au premier jour de chaque arrêt initial. En cas de reprise de travail et à condition que celle-ci ait une durée d'au moins un an, une nouvelle incapacité de travail constituera le point de départ d'une nouvelle période d'indemnisation.

Si une nouvelle incapacité de travail intervient moins d'un an après une reprise, les droits de l'adhérent seront r'ouverts à l'issue d'une nouvelle franchise et à concurrence du solde du crédit d'indemnisation qui restait éventuellement à courir à l'issue de l'arrêt de travail précédent.

Clause de proratisation

Dans le cas où l'adhérent est en arrêt de travail par suite de maladie et ce, dans les 3 mois suivant l'adhésion, le crédit d'indemnisation ne pourra être supérieur au nombre de jours écoulés depuis la date de l'adhésion jusqu'au 1^{er} jour de l'arrêt de travail. Cette clause sera prolongée tant que l'adhérent n'aura pas repris son travail pendant une durée minimum de 12 mois sans indemnisation.

En cas d'hospitalisation accidentelle :

L'allocation journalière d'hospitalisation est versée dès le 1^{er} jour d'hospitalisation, et doit débuter dans les 12 mois qui suivent la date de l'accident.

Crédit d'indemnisation :

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.

En cas de décès accidentel :

Le décès doit survenir dans les 2 mois qui suivent la date de l'accident.

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 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.

En cas d'invalidité absolue et définitive accidentelle :

Le capital est versé à l'adhérent par anticipation du capital décès. Le paiement du capital en cas d'invalidité totale et permanente met fin à la garantie décès.

Cessation du paiement des prestations :

Le service des prestations cesse :

- à la date de reprise de travail de l'adhérent,
- à la cessation d'activité de l'adhérent,
- à la liquidation de la pension de vieillesse par le régime de base obligatoire de l'adhérent, et au plus tard au 62^{ème} anniversaire,
- à la date du décès de l'adhérent,
- à la date du versement du capital d'invalidité absolue et définitive suite à un accident.

Pour les indemnités journalières :

- au dernier jour de l'arrêt de travail ou à l'épuisement du crédit d'indemnisation.

Pour l'hospitalisation :

- au dernier jour de l'hospitalisation ou à l'épuisement du crédit d'indemnisation.

Contrôle médical et administratif

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

Le service des allocations 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.

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

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

En cas d'incapacité temporaire de travail :

- l'avis d'arrêt de travail indiquant le motif de l'arrêt dans les 10 jours suivant l'expiration de la période de franchise. En cas de non-respect de délai, l'indemnisation ne débutera qu'à compter de la date de réception de l'avis d'arrêt de travail, sauf cas de force majeure,
- les photocopies des décomptes du régime obligatoire,
- le document d'informations.

En cas d'hospitalisation accidentelle :

- le bulletin d'hospitalisation faisant apparaître les dates d'entrée et de sortie de l'hospitalisation,

- le document d'informations,
- la déclaration d'accident.

En cas de décès accidentel :

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

En cas d'invalidité absolue et définitive accidentelle :

- la notification du Régime Obligatoire certifiant de l'invalidité 3^{ème} catégorie.

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 terrorisme, d'attentat, d'émeute, d'insurrection, de guerre civile ou étrangère, de sabotage, de rixe (sauf cas de légitime défense), d'agression ou crime, quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, dès lors que l'adhérent y prend une part active.
- les suites de cures, les traitements de rajeunissement et chirurgie esthétique non prescrits médicalement et leurs suites,
- les conséquences d'un cataclysme naturel non reconnu comme tel et de celle d'une modification de la structure de l'atome.

Exclusions applicables aux indemnités journalières :

- la maternité ainsi que ses pathologies.

Exclusions applicables à l'accident (Hospitalisation, Invalidité Absolue et Définitive, et Décès) :

- les conséquences des accidents survenus avant la date d'effet du présent contrat.

ARTICLE 12 – REVALORISATION ET RÉVISION DES COTISATIONS ET PRESTATIONS

REVALORISATION

Les cotisations et les prestations seront réactualisées chaque année sur la dernière revalorisation du point AGIRC ARCCO dans la limite de 90 % du rendement de l'actif général de la Mutuelle.

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 sur l'état d'incapacité, 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 nommément 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 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, 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

RECLAMATIONS

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 au 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 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 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 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'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 elle agit en qualité de tiers payant.

ARTICLE 20 – 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 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 – 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 lombagos, les sciatiques, les évertations, 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.