

Conditions Générales CONVENTION « DECES INCAPACITE HOSPITALISATION » MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE n°337.682.660.

PREAMBULE

Il a été conclu par la MUTUELLE DES SAPEURS POMPIERS DE PARIS - 104 Avenue de Fontainebleau - 94270 LE KREMLIN-BICETRE - dénommée dans ce qui suit « le Souscripteur », une convention d'assurance de groupe à adhésion facultative avec la MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE, personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le code de la Mutualité et immatriculée à l'INSEE sous le numéro 337 682 660 - 39 rue du Jourdil - 74960 ANNECY - dénommée ci-après « la Mutuelle », dont la distribution est confiée au Souscripteur.

La convention est régie par le Code des Assurances et le Code de la Mutualité, les présentes conditions générales et particulières, ainsi que les bulletins d'adhésion remis aux Adhérents.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle Générale de Prévoyance est : l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 place de Budapest - 75436 PARIS CEDEX 09

DEFINITIONS

Accident

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

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

Ainsi, ne sont pas considérés comme étant d'origine accidentelle et sont donc indemnisés comme des maladies les malaises cardiaques, les hémorragies cérébrales et tout accident vasculaire cérébral, les lésions sans aucune atteinte corporelle externe du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement, les lumbagos, les sciatiques, les éventrations, les hernies.

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

Adhérent

Personne physique ayant fait acte d'adhésion à la garantie par la signature d'un bulletin d'adhésion et qui s'engage à payer la cotisation. L'adhérent est également un Assuré.

Assuré

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

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.

En cas de décès de l'Assuré, le capital est versé au(x) Bénéficiaire(s) indiqué(s) sur la demande d'adhésion ou désigné(s) ultérieurement par

l'Assuré. L'Assuré peut modifier la clause de désignation lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation de cette dernière par le Bénéficiaire qui la rend irrévocable. La désignation de Bénéficiaire(s) peut en outre être effectuée par acte sous-seing privé ou par acte authentique. Lorsque le Bénéficiaire est nommément désigné, l'Assuré peut porter au contrat les coordonnées de ce dernier.

Les conséquences de l'acceptation du Bénéficiaire sont les suivantes :

L'Assuré doit donner son accord préalable à toute acceptation du bénéficiaire du contrat par la personne désignée. L'acceptation peut prendre la forme, soit d'un avenant signé de la MUTUELLE, de l'Assuré et du Bénéficiaire, soit d'un acte authentique ou sous-seing privé signé de l'Assuré et du Bénéficiaire et notifié à la MUTUELLE.

L'acceptation du Bénéficiaire rend sa désignation irrévocable et aucune modification du contrat ne pourra être effectuée sans son accord.

A défaut de désignation de Bénéficiaire(s) ou si la désignation faite s'avère caduque, les sommes dues en cas de décès seront versées au conjoint survivant non séparé de corps judiciairement de l'Assuré au moment de l'exigibilité du capital garanti ou au cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité, à défaut à ses enfants par parts égales, nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut à ses ascendants par parts égales, à défaut à ses héritiers.

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.

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.

Délai d'attente

Période durant laquelle la garantie n'est pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au bulletin d'adhésion.

Concubin

Est désigné 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.

Invalidité Totale et Permanente 3^{ème} catégorie (ITP)

L'invalidité totale et permanente 3^{ème} catégorie est définie par l'impossibilité absolue et définitive de l'assuré, à la suite d'une maladie ou à un accident, de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

Incapacité Permanente et Partielle (IPP)

L'incapacité Permanente et Partielle est définie par un taux exprimant l'importance des séquelles qui subsisteront définitivement et qui diminuent la capacité physique de la personne qui a subi un accident

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.

Rechute

La rechute s'entend par l'arrêt de travail pour maladie ou accident dû à la même maladie ou au même accident que le précédent arrêt de travail, ceci étant justifié par un certificat médical.

CHAPITRE 1 : CONVENTION ENTRE LE SOUSCRIPTEUR ET LA MUTUELLE

ARTICLE 1. OBJET

Les dispositions de la présente convention déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties dans un cadre collectif au profit des membres participants de la personne morale souscriptrice, défini à l'article 8 « Groupe titulaire de la garantie » ci-dessous.

À défaut de dérogations expresses, la convention régit les relations entre la Mutuelle, la personne morale souscriptrice et le membre participant.

La présente convention a pour but de faire bénéficier le groupe titulaire de la garantie d'un contrat collectif Prévoyance à caractère facultatif. Le contrat est à adhésion FACULTATIVE.

ARTICLE 2. DATE D'EFFET

La présente convention prend effet à la date indiquée aux conditions particulières, sous réserve qu'elle ait été renvoyée signée dans un délai de 6 semaines suivant sa réception. A défaut, elle sera considérée comme nulle et non avenue et ne pourra ainsi produire aucun effet juridique.

ARTICLE 3. DUREE ET RENOUVELLEMENT

La présente convention est annuelle et expire le 31 décembre suivant.

Elle se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1er janvier, sauf dénonciation exprimée au moins deux mois avant cette date, par l'une ou l'autre des parties par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du code de la mutualité

ARTICLE 4. MODIFICATIONS DES GARANTIES

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, le Souscripteur est tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve le droit de solliciter la modification des 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 refus des augmentations de cotisations en résultant proposées par la mutuelle.

En cas de modification des garanties, un avenant à la convention est établi.

Tout membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

ARTICLE 5. CESSATION

La Convention cesse :

↳ En cas de résiliation à l'initiative du Souscripteur ou de la Mutuelle, si elle est signifiée par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du code de la mutualité au moins deux mois avant le 1er janvier.

↳ En cas de disparition du Groupe titulaire.

ARTICLE 6. SOUSCRIPTION ET ADHESION

Souscription

Le contrat collectif revêt un caractère facultatif.

La souscription du présent contrat précise l'engagement du souscripteur dans le cadre collectif.

Adhésion

L'adhésion est l'opération par laquelle les membres du groupe titulaire, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé, souscrivent librement à la Mutuelle au titre de la garantie établie dans le cadre de la signature d'un contrat collectif facultatif, souscrit auprès de la Mutuelle par une personne morale.

Le bulletin d'adhésion indique notamment :

- ↳ la date d'adhésion,
- ↳ les conditions d'entrée en vigueur de la garantie
- ↳ le montant des prestations
- ↳ le montant des cotisations.

Les maladies antérieures dont les suites ne sont pas prises en charge seront clairement indiquées au bulletin d'adhésion. La Mutuelle se réserve le droit, le cas échéant de soumettre le demandeur d'adhésion à une visite médicale.

ARTICLE 7. MEMBRES PARTICIPANTS

Dans le cadre d'une opération collective facultative, le membre du groupe titulaire a la faculté d'opter pour la garantie mise en place. Le Souscripteur est tenu de fournir à la Mutuelle, pour chaque personne concernée, les éléments constitutifs de son dossier individuel selon les modalités qu'elle fixe.

ARTICLE 8. GROUPE TITULAIRE DE LA GARANTIE

Pour être admissible à l'assurance, tout proposant doit :

- ↳ être une personne physique âgée d'au moins 18 ans et de 65 ans au plus, à la date d'adhésion, en activité ou non,

↳ résider en France (hors Territoire d'Outre-Mer)

↳ être adhérent à la Mutuelle des Sapeurs-Pompiers de Paris

L'adhésion repose sur les déclarations de l'Adhérent et la bonne foi des parties.

ARTICLE 9. AUTORITE 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.

CHAPITRE 2 : ADHESION DU MEMBRE PARTICIPANT

ARTICLE 10. DATE D'EFFET, DUREE ET CESSATION DE L'ADHESION

Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion du membre participant est à effet immédiat au jour de l'incorporation. Un document numérisé justifiant de la date d'incorporation devra parvenir à la Mutuelle Générale de Prévoyance sous 72 heures (hors dimanche) à l'adresse électronique suivante : individuel@mgprev.fr.

Aucune adhésion ne sera acceptée par la Mutuelle Générale de Prévoyance au-delà du 7^e jour ouvrable suivant l'incorporation.

Durée et Renouvellement de l'adhésion

L'adhésion est annuelle et expire le 31 décembre suivant

Elle se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1er janvier, sauf dénonciation exprimée au moins deux mois avant cette date, par l'une ou l'autre des parties, par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du code de la mutualité et pour autant que la convention reste en vigueur.

Cessation de l'adhésion

L'adhésion cesse :

- ↳ en cas de dénonciation de la présente convention par le Souscripteur ou la Mutuelle à l'échéance annuelle, par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du code de la mutualité (dans ce cas le Souscripteur s'engage à en informer chaque Adhérent et la Mutuelle s'engage à maintenir, sur demande de l'Adhérent, des garanties équivalentes à celles dont il bénéficiait à la date de la résiliation),
- ↳ en cas de résiliation par l'Adhérent à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du code de la mutualité adressée à la Mutuelle avec un préavis de deux (2) mois au moins, par anticipation, à défaut de paiement de la cotisation, dans les conditions visées à l'article 21 « PAIEMENT DES COTISATIONS »,

- ↳ dès que l'Adhérent cesse d'appartenir à l'effectif assurable défini à l'article 8 « GROUPE TITULAIRE DE LA GARANTIE »,
- ↳ au 65^e anniversaire de l'Adhérent,
- ↳ en cas de décès de l'Adhérent,
- ↳ en cas de cessation de la garantie

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.

ARTICLE 11. RENONCIATION

L'Adhérent a la possibilité de renoncer à son adhésion, par lettre recommandée avec un avis de réception adressée à la Mutuelle dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la réception de son bulletin d'adhésion validé. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. L'Adhérent sera intégralement remboursé dans un délai maximum de trente (30) jours à compter de la réception de sa lettre.

Une lettre de renonciation peut être rédigée comme suit :

« Je vous prie de bien vouloir prendre note de ma renonciation à la demande d'adhésion au contrat annuel que j'ai signé, et par conséquent me rembourser dans les 30 jours de la réception de la présente, l'intégralité de mon versement. Fait à.....le..... Signature. »

ARTICLE 12. RECLAMATIONS ET MEDIATION

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 réclamations
39 Rue du Jourdil
CS 99050 – Cran-Gevrier
74992 ANNECY cedex 9

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
39 Rue du Jourdil
CS 99050 – Cran-Gevrier
74992 ANNECY cedex 9
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 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 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 14. SUBROGATION

La MGP est subrogée de plein droit au membre participant 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 exclue 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 15. CONTROLE MEDICAL

La MGP se réserve la faculté de faire examiner le membre participant par un médecin désigné et rétribué par ses soins afin de s'assurer du bien-fondé de la mise en œuvre des garanties ou de leur reconduction.

Si le résultat de l'examen est contesté par le médecin du membre participant, les deux médecins font appel à un troisième praticien pour les départager. À défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, ce choix sera fait, à la diligence de la MGP, par le Président du Tribunal

de Grande Instance du département dans le ressort duquel se trouve le domicile du membre participant.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre, ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission sont à la charge de l'organisme assureur dès lors que la contestation de la MGP n'est pas entièrement admise par l'expertise, ils sont à la charge du membre participant dans le cas contraire.

Si le membre participant se refuse à un contrôle ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, le droit aux prestations est suspendu après envoi par la MGP, par lettre recommandée avec demande d'accusé de réception, d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier du membre participant.

Si par principe, la MGP intervient en complément des prestations de la Sécurité Sociale, elle n'est pas tenue par la qualification de l'incapacité, de l'invalidité donnée par cette dernière, si le contrôle médical diligenté par ses soins conclut à la capacité du membre participant de reprendre le travail, à une invalidité de catégorie différente ou à un pourcentage d'incapacité différent.

ARTICLE 16. FAUSSE DECLARATION

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 17. ELECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution des contrats collectifs et bulletins d'adhésion établis en application des présentes conditions générales, les entreprises doivent faire obligatoirement éléction de domicile en France ou dans un pays membre de l'Union européenne.

Si l'entreprise a un siège social en dehors du territoire de la France métropolitaine, elle doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution du contrat ou du bulletin d'adhésion notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations.

ARTICLE 18. PROTECTION DES DONNEES 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>

CHAPITRE 3 : COTISATIONS

ARTICLE 19. DETERMINATION DE LA COTISATION A L'ADHESION

Les cotisations sont déterminées en fonction soit d'une cotisation forfaitaire exprimée en euros, soit d'un taux appliqué sur une assiette de calcul de cotisations.

L'assiette de calcul des cotisations est fixée par référence au plafond entier de la sécurité sociale, au salaire brut annuel soumis à charges sociales ou à une ou plusieurs tranches de ce salaire à une ou plusieurs tranches calculées en multiple du plafond de la Sécurité Sociale.

Les cotisations sont déterminées compte tenu des dispositions en vigueur des régimes de Sécurité Sociale.

Si ces dispositions venaient à être modifiées en cours d'année, la MGP procèdera sans délai à une révision des cotisations dans le cadre de la délégation donnée par l'Assemblée Générale au Conseil d'Administration en application de l'article L.114-11 du Code de la Mutualité.

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

ARTICLE 20. REVALORISATION ET REVISION DES COTISATIONS

Revalorisation

Les cotisations du contrat en cours avant décès de l'adhérent sont revalorisées chaque année au 1er janvier de l'année N en fonction

↳ de l'âge de l'Adhérent (calculé par différence de millésime entre l'année N et l'année de naissance)

↳ de l'évolution de l'indice de revalorisation INSEE des prix à la consommation, ensemble des ménages, hors tabac entre le 1er janvier de l'année N-2 et le 1er janvier de l'année N-1.

Révision de la cotisation

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

Le montant des cotisations est révisable et adaptable chaque année en fonction des résultats techniques. Le Souscripteur et l'Assuré sont informés de toute modification apportée.

Si ces dispositions venaient à être modifiées en cours d'année, la Mutuelle procéderait sans délai à une révision des cotisations après avoir informé le Souscripteur et l'Assuré de ses modalités (augmentation, date d'effet et incidences du refus éventuel).

ARTICLE 21. PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est payable annuellement d'avance à l'échéance de renouvellement du 1er janvier et est due en totalité pour tout le nouvel exercice même si l'évènement assuré survient en milieu d'année.

Les modalités de fractionnement du paiement sont choisies de la manière suivante sans que cette facilité de paiement ne remette en cause l'échéance du contrat :

- ↳ Annuellement, semestriellement ou trimestriellement par chèque bancaire, postal ou prélèvement ;
- ↳ Mensuellement par prélèvement automatique.

Le paiement de la cotisation intervient à l'échéance définie au bulletin d'adhésion.

L'Adhérent devra transmettre à la Mutuelle un mandat SEPA complété, signé et accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal.

À défaut de dispositions contraires prévues au bulletin d'adhésion, la Mutuelle prélèvera en début de mois la cotisation de l'Assuré.

Le règlement de la cotisation par prélèvement bancaire, postal sur un compte de Caisse d'Epargne donne lieu à facturation de frais dont le montant est déterminé par le Conseil d'Administration.

En cas d'incidents de paiement répétés (2 rejets consécutifs de prélèvements), la Mutuelle se réserve le droit d'appliquer des pénalités, de supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées et elle pourra exiger le paiement annuel de la cotisation.

En cas de rejet de prélèvement pour motif « compte insuffisamment approvisionné », il sera imputé à l'Assuré des frais dont le montant est fixé chaque année.

Les adhérents réglant leurs cotisations par prélèvement sur compte bancaire et souhaitant annuler cette procédure devront en faire la demande par écrit.

Ils devront alors s'acquitter du solde des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile en cours par tout autre moyen à leur convenance.

Le règlement de la cotisation en cas de mode de paiement autre que le prélèvement automatique, devra s'effectuer dans les quinze jours suivant la date d'échéance mentionnée sur l'appel de cotisations.

Le bulletin d'adhésion peut prévoir le versement d'un acompte à l'adhésion.

ARTICLE 22. NON-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 prévus 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.

CHAPITRE 4 : GARANTIES

ARTICLE 23. DEFINITION DES GARANTIES

La définition des garanties, l'assiette et le règlement, la cessation et les conditions de versement des prestations sont définis au moment de l'adhésion dans le contrat d'adhésion ou les conditions particulières.

Lorsqu'il est fait référence aux prestations de la sécurité sociale, il faut entendre les prestations versées par les régimes obligatoires de base avant prélèvements de la CSG et de la CRDS.

Suivant la législation applicable aux Assurances Collectives, les prestations versées peuvent être soumises à charges sociales.

Les exclusions figurent dans les Conditions Générales et les exclusions particulières dans les contrats d'adhésion ou conditions particulières, encadrées et suffisamment apparentes.

ARTICLE 24. 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 aux membres de la personne morale souscriptrice, visés aux conditions particulières, ayant fait acte d'adhésion par le biais de la signature d'un bulletin d'adhésion individuel.

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

En tout état de cause, ces délais ne s'appliquent pas si les personnes concernées peuvent justifier d'avoir été couvertes par des garanties équivalentes avant leur adhésion à la MGP.

Modifications des garanties

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

Les garanties peuvent être modifiées à la demande du membre participant sur la base des niveaux de garanties proposés au sein du contrat souscrit par la personne morale souscriptrice et précisés, s'il y a lieu, dans les conditions particulières du présent contrat.

Si la garantie est accordée à l'ensemble de la famille, le membre participant s'oblige à choisir la même option pour l'ensemble des bénéficiaires qu'il a désignés.

En cas de changement d'option, la demande ne peut être prise en compte qu'à partir du 1er janvier suivant la date de la demande et sous réserve que la demande ait été formulée avant le 1er octobre de l'année précédente.

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.

Cessation des garanties

Les garanties cessent

- ↳ au décès de l'adhérent ;
- ↳ si l'adhérent ne répond plus aux conditions d'attribution de la prestation ;
- ↳ en cas de cessation de l'adhésion.

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

ARTICLE 25. EXCLUSIONS

Certains risques ne sont pas pris en charge :

- les faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir sur les organismes régis par le code de la mutualité en temps de guerre ;
- 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 ;
- la participation volontaire du bénéficiaire à un crime ;
- la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;
- les conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ;
- la pratique de tous sports à titre professionnel ;

Le décès ou l'invalidité totale et permanente consécutif à :

- un suicide ou d'une tentative de suicide de l'adhérent au cours de la première année du contrat ;
- une affection ou un accident, dont l'origine ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'adhésion du contrat,
- une affection dont l'origine ou la première constatation médicale survient pendant la période de stage, sauf en cas d'accident.

ARTICLE 26. LITIGES MEDICAUX DANS LE CADRE D'UNE PRESTATION

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

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

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.

ARTICLE 27. CONTENU DES GARANTIES

En cas de réalisation d'un risque ouvrant droit à indemnisation, l'adhésion au présent contrat garantit

- ↳ le versement d'une allocation journalière en cas d'hospitalisation de l'Assuré
- ↳ le versement d'un capital forfaitaire
 - à l'Assuré en cas
 - d'invalidité totale et permanente (ITP)
 - d'incapacité permanente et partielle (IPP)
 - au(x) bénéficiaire(s) désigné(s)
 - en cas de décès de l'Assuré

Le présent contrat n'offre pas de valeur de rachat et une personne ne peut avoir plusieurs adhésions en cours.

Le montant de la garantie souscrite est indiqué au bulletin d'adhésion, en fonction du niveau de garantie choisi par l'Adhérent.

La garantie s'exerce dans le monde entier.

L'invalidité totale et permanente, l'incapacité permanente et partielle, le décès ou l'hospitalisation survenant postérieurement à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat ne sont pas garantis.

ARTICLE 28. REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations du contrat en cours avant décès de l'adhérent sont revalorisées chaque année au 1er janvier de l'année N en fonction de l'évolution de l'indice de revalorisation INSEE des prix à la consommation, ensemble des ménages, hors tabac entre le 1er janvier de l'année N-2 et le 1er janvier de l'année N-1.

ARTICLE 29. GARANTIE DECES – INVALIDITE TOTALE ET PERMANENTE (ITP) – INCAPACITE PERMANENTE ET PARTIELLE (IPP)

Désignation du (des) bénéficiaire(s) en cas de décès

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.

Le bénéficiaire peut être une personne physique ou une personne morale (en cas de désignation d'un établissement de crédit pour la couverture d'un prêt, l'organisme bancaire est bénéficiaire à concurrence des sommes dues, le surplus étant versé aux héritiers).

A défaut d'une telle désignation, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

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

à défaut :

- ↳ 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.

Capital en cas de décès par maladie

En cas de décès de l'adhérent dont l'origine se situe dans la période de validité de l'adhésion, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) un capital dont le montant figure sur le bulletin d'adhésion en tenant compte de l'évolution annuelle éventuelle.

Le paiement du capital décès met fin à l'ensemble des garanties du présent contrat.

Capital en cas de décès par accident

En cas de décès de l'adhérent dans un délai de 12 mois maximum suivants l'accident dont l'origine se situe dans la période de validité de l'adhésion, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) un capital dont le montant figure sur le bulletin d'adhésion en tenant compte de l'évolution annuelle éventuelle.

Le paiement du capital décès met fin à l'ensemble des garanties du présent contrat.

Capital en cas d'invalidité totale et permanente 3^e catégorie (ITP)

En cas d'ITP de l'adhérent dans un délai de 12 mois maximum suivants la maladie ou l'accident dont l'origine se situe dans la période de validité de l'adhésion, il est versé un capital dont le montant figure sur le bulletin d'adhésion en tenant compte de l'évolution annuelle éventuelle.

Le bénéficiaire du capital n'est autre que le membre participant lui-même.

Le versement de ce capital libère définitivement la mutuelle de son obligation en cas de décès ultérieur du membre participant.

Capital en cas d'Incapacité Permanente et Partielle (IPP) par accident

En cas d'IPP supérieure à 10% de l'adhérent dans un délai de 12 mois suivants l'accident dont l'origine se situe dans la période de validité de l'adhésion, il est versé un capital dont le montant est calculé en multipliant le taux d'infirmité n déterminé par le Médecin Conseil de la MGP, par le montant du Capital Décès en cas d'IPP par accident du niveau choisi.

Le bénéficiaire du capital n'est autre que le membre participant lui-même.

Le versement de ce capital ne se cumule pas avec le versement du capital versé en cas d'ITP par accident pour un même évènement.

Justificatifs à adresser en cas de demande d'indemnisation

Le montant des prestations à charge de la MGP figure au bulletin d'adhésion.

Les prestations sont payables dans un délai de dix jours ouvrables à réception de l'intégralité des documents nécessaires au traitement.

La demande d'indemnisation doit être accompagnée des pièces justificatives suivantes :

En cas de décès :

- ↳ l'acte de décès ;
- ↳ le certificat post mortem précisant les causes du décès ;
- ↳ le certificat d'hérédité ;

En cas d'invalidité totale et permanente (ITP) :

- ↳ le titre de pension ayant donné lieu à l'attribution d'une majoration pour tierce personne ;

En cas d'incapacité permanente et partielle (IPP) :

- ↳ le certificat médical précisant les causes et le taux d'IPP attribué par le médecin de l'Adhérent ;

En cas d'accident :

- ↳ justificatif de la relation directe entre l'accident et le décès, l'ITP ou l'IPP (notification émanant de la Sécurité Sociale ou d'un rapport de police écrit)

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 30. GARANTIE ALLOCATION JOURNALIERE EN CAS D'HOSPITALISATION

Conditions d'indemnisation

L'hospitalisation de l'Adhérent doit débuter dans un délai de 12 mois maximum suivants la maladie ou l'accident dont l'origine se situe dans la période de validité de l'adhésion.

La prestation sera égale au montant de l'allocation journalière d'hospitalisation figurant sur le bulletin d'adhésion en tenant compte de l'évolution annuelle éventuelle.

Carence

L'indemnisation débute après application d'une carence précisée aux conditions particulières. Cette carence n'est pas appliquée en cas de rechute.

Rechute

En cas de rechute déclarée dans les 3 ans après la 1ère hospitalisation, et dans la mesure où le crédit d'indemnisation n'aura pas été épuisé lors de la 1ère hospitalisation, la nouvelle hospitalisation sera indemnisée à concurrence du solde du nombre de jours restants, et ce à compter du 1er jour d'hospitalisation.

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

Crédit d'indemnisation

Le crédit d'indemnisation est le nombre de jours maximum total réglés par an et il s'apprécie par période de 12 mois de date à date, à partir du 1er jour de chaque hospitalisation. Il est précisé aux conditions particulières

Concernant les centres de rééducation, l'indemnisation sera possible pour une

hospitalisation de 15 jours continus minimum et cette indemnisation sera limitée à 15 jours.

Cessation du paiement des prestations

Le versement de la prestation cesse au dernier jour de l'hospitalisation ou à l'épuisement du crédit d'indemnisation.

En complément des exclusions précisées à l'article 25 des conditions générales, ne sont pas couverts :

- les traitements de rajeunissement et chirurgie esthétique non prescrits médicalement et leurs suites,
- les traitements de rajeunissement et chirurgie esthétique non prescrits médicalement et leurs suites,

Etablissements exclus :

- les maisons de repos, de convalescence, de retraite, psychiatriques, de cures thermales, de cures de désintoxication, de gérontologie, de gériatrie,
- les centres de rééducation sont exclus si l'hospitalisation est inférieure à 15 jours continus.

Justificatifs à adresser en cas de demande d'indemnisation

Le montant des prestations à charge de la MGP figure au bulletin d'adhésion.

Les prestations sont payables dans un délai de dix jours ouvrables à réception de l'intégralité des documents nécessaires au traitement.

La demande d'indemnisation doit être accompagnée des pièces justificatives suivantes :

le bulletin d'hospitalisation faisant apparaître les dates d'entrée et de sortie de l'hospitalisation en cas de décès, fournir un certificat d'hérédité ou une attestation de porte-fort.

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.