

FICHE D'INFORMATION

KALIO ACCIDENTS

Garantie individuelle prévoyance

Décès – invalidité – Allocations journalières

La présente fiche est soumise aux statuts et règlement mutualiste de France Mutuelle

SOMMAIRE

TITRE 1. DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES	3
<i>Chapitre 1. La définition des mots clés</i>	3
<i>Chapitre 2. Le périmètre de la garantie des accidents corporels</i>	4
Article 1 : Objet du contrat	4
Article 2 : Accidents corporels pris en compte	4
Article 3. Exclusions	5
Article 4. Etendue territoriale des garanties	6
<i>Chapitre 3. La vie du contrat</i>	6
Article 5. Conditions d'adhésion et de couverture	6
Article 6. Date de prise d'effet des garanties	8
Article 7. Modification du contrat	8
Article 8: Obligations de l'adhérent	8
Article 9. Cotisations	8
Article 10. Résiliation du contrat	9
Article 11: Radiation des conjoint, enfants et petits-enfants	10
Article 12. Fraude à l'assurance	10
Article 13. Trop versé - Gestion de l'indu	10
Article 14. Nullité pour fausse déclaration intentionnelle	10
Article 15. Prescription	11
Article 16. Réclamations – Médiation	11
Article 17. Informatique et libertés	12
Article 18. Contrôle	12
Article 19. Loi applicable – langue utilisée	12
<i>Chapitre 4. La mise en œuvre des garanties</i>	13
Article 20. Conditions liées à la déclaration de l'accident	13
TITRE 2– DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX GARANTIES	13
<i>Chapitre 5. Garantie Décès accidentel</i>	13
Article 21. Objet et montant	13
Article 22. Bénéficiaires	14
Article 23. Pièces justificatives à adresser	14
Article 24. Paiement des sommes assurées	15
Article 25. Cumul des prestations	15
<i>Chapitre 6. Garantie invalidité faisant suite à un accident</i>	16
Article 26. Objet et montant	16
Article 27. Bénéficiaire	16
Article 28. Pièces justificatives à adresser	16
Article 29. Expertise médicale	16
Article 30. Conciliation	16
Article 31. Détermination du taux d'invalidité	17
Article 32. Détermination du montant du capital invalidité permanente	17
<i>Chapitre 7. Garantie hospitalisation faisant suite à un accident (OPTION)</i>	17
Article 33. Objet et montant	17
Article 34. Bénéficiaire	18
Article 35. Pièces justificatives à adresser	18

TITRE 1. DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES

Chapitre 1. La définition des mots clés

Dans le cadre du présent contrat, doit être entendu par :

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Accident garanti : Accident tel que défini par le présent chapitre et qui vérifie les conditions de l'article 2.

Adhérent : Personne physique ayant souscrit la présente garantie. L'adhérent est également assuré au titre du présent contrat en tant qu'assuré principal.

Assuré : Personne(s) physique(s) qui bénéficie(nt) des garanties accidents corporels.

Il s'agit de l'adhérent et, éventuellement, des membres de sa famille répondant aux conditions de l'article 5.2 de la présente fiche d'information.

Barème de droit commun : Le barème de droit commun du concours médical correspond au Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun.

Il sert à mesurer l'étendue de la diminution des aptitudes de la personne à la suite de lésions corporelles et permet ainsi de traiter de façon égalitaire les victimes face à l'évaluation pécuniaire des préjudices. Il tient compte également de l'évolution des techniques médicales et des progrès thérapeutiques.

Il est élaboré et actualisé par des médecins spécialistes.

Certificat d'adhésion : Document remis à l'adhérent confirmant l'adhésion. Le certificat d'adhésion précise notamment le nom de l'assuré principal, le nom de son conjoint, le nom des enfants à charge majeurs couverts par le contrat, la formule de garanties souscrite, le montant des garanties ainsi que leur date d'effet.

Conjoint : Epoux ou épouse de l'adhérent non divorcé (e) ni séparé (e) de corps par un jugement définitif, le(a) concubin(e) déclaré(e) ou le co-signataire d'un Pacte Civil de Solidarité non dissout avec l'adhérent.

Date de consolidation

Date à laquelle les dommages corporels ont médicalement acquis un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il devient possible de déterminer les séquelles dues à l'accident.

Domicile : Lieu de résidence principal et habituel de l'assuré en France métropolitaine (Corse inclus). En cas de litige, l'adresse fiscale constituera le domicile

Enfant à la charge de l'assuré : Sont considérés comme enfants à la charge de l'assuré :

- ses enfants,
- les enfants de son conjoint ou de son concubin, lorsqu'ils entrent en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts au foyer fiscal de l'assuré.

Par assimilation est considéré comme enfant à la charge de l'assuré :

- tout enfant recevant de l'assuré une pension alimentaire en application d'une décision de justice,
- l'enfant légitime, conformément à l'article 311 du Code civil, à naître au moment de l'événement et né viable.
- les enfants reconnus ou adoptés par l'assuré fiscalement à charge du partenaire de l'assuré ou de son concubin, tels que définis ci-dessus.

Sont automatiquement couverts par le présent contrat :

- les enfants à charge mineurs de l'assuré
- les enfants handicapés ; quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avant leur 21ème anniversaire.

Peuvent être couverts par le présent contrat :

- Les enfants majeurs de moins de 28 ans s'ils sont affiliés au régime de sécurité sociale des étudiants, suivent des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance.

Fait générateur : Evènement à l'origine du sinistre ouvrant droit à la mise en œuvre des garanties du présent contrat.

Franchise relative en cas d'invalidité permanente : La franchise relative est le taux d'invalidité permanente à partir duquel l'invalidité permanente peut donner lieu à indemnisation. Aucune prestation ne sera accordée si le taux d'invalidité permanente est inférieur ou égal au taux de franchise relative. La franchise relative est fixée à 5%.

Invalidité : Etat qui place l'assuré à la suite d'un accident, en état d'invalidité permanente. Pour qu'il y ait invalidité permanente, l'assuré doit présenter un taux d'invalidité permanente supérieur à la franchise relative de 5%.

Mutuelle : Désigne l'organisme assureur Groupe France Mutuelle.

Petit enfant : Petit enfant mineur de l'adhérent et/ou de son conjoint assuré et ce, dès lors que ce petit enfant se trouve sous la garde temporaire de l'adhérent ou du conjoint assuré lors de la survenance de l'accident.

Sinistre : Toute déclaration faite par l'assuré et ouvrant droit à la mise en œuvre des garanties du présent contrat.

Chapitre 2. Le périmètre de la garantie des accidents corporels

Article 1 : Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet d'indemniser les assurés en cas d'accident corporel, dès lors que :

- Pour la garantie Décès : l'accident entraîne le décès
- Pour la garantie Invalidité : le taux de déficit fonctionnel permanent directement imputable à l'accident est supérieur au seuil d'intervention fixé à 5%.
- Pour la garantie Allocation journalière : l'accident entraîne une hospitalisation supérieure à 24 heures continues lorsque l'adhérent a fait le choix de souscrire cette option.

Article 2 : Accidents corporels pris en compte

Peuvent être garantis, sous réserve qu'ils vérifient les conditions de territorialité définies à l'article 4 et ne fassent pas partie des exclusions, les accidents tels que définis au chapitre 1 ci-dessous exposés:

Les accidents corporels survenus à l'occasion d'activités courantes

La mutuelle prend en compte les accidents survenus lors d'activités domestiques, scolaires et de loisirs pendant la période d'effet des garanties.

Les accidents corporels survenus lors d'événements exceptionnels

La mutuelle prend en compte les accidents survenus pendant la période d'effet des garanties et résultant d'événements tels que :

- les catastrophes naturelles, industrielles ou technologiques,
- les agressions, les actes de vandalisme,
- les actes de terrorisme, les attentats, les infractions relevant des articles 706-3 et suivants du Code de procédure pénale,
- les mouvements populaires et les rassemblements sur la voie publique.

Sont également pris en charge :

- les accidents survenus dans le cadre de baptême de plongée sous-marine ou de parachutisme
- les accidents de circulation en tant que piéton ou passager
- les accidents de circulation non-responsable en tant que conducteur

Article 3. Exclusions

Sont exclus des garanties les suites et conséquences :

- des maladies (notamment les affections cardio-vasculaires et vasculaires-cérébrales, affections tendineuses et musculaires, pathologies disco-vertébrales et rhumatismales, hernies de toutes natures), leurs suites et leurs conséquences sauf si elles résultent directement de l'accident garanti,
- des accidents antérieurs à la prise d'effet des garanties,
- des accidents du travail, incluant les accidents de trajet,
- des accidents survenant dans le cadre :
 - de la pratique d'un sport rémunéré ou exercé à titre professionnel,
 - d'activités électives ou syndicales,
- des accidents de chasse
- des accidents de circulation responsables ou partiellement responsables en tant que conducteur
- des infections nosocomiales ou erreur médicale
- des accidents causés par l'assuré qui ne respecte pas la réglementation impérative en cas de circulation avec un moyen autre qu'un véhicule terrestre à moteur,
- des accidents survenus sous l'emprise de stupéfiants, constitutive d'une infraction pénale, de médicaments de nature à modifier le comportement ou d'un état alcoolique correspondant à une infraction relevant du Code de la route en vigueur en France,
- des actes intentionnels, suicide ou tentatives de suicide de l'assuré, du bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait,
- des accidents résultant de la participation volontaire et violente de l'assuré à des événements exceptionnels,
- de guerre, invasion, acte de guerre, que la guerre soit ou non déclarée, guerre civile, rébellion, révolution, insurrection ou coup d'état civil ou militaire,
- d'explosions ou dégagement de chaleur ou d'irradiation, provenant de la transmutation de noyau d'atome, ou de la radioactivité, ainsi que la radiation provoquée par l'accélération artificielle des particules,
- des accidents et traitements médicaux résultant d'expérimentations biomédicales.
- Des accidents d'aviation si l'appareil n'est pas muni d'un certificat valable de navigabilité et/ou n'est pas conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée,
- De toute participation à titre amateur ou professionnel à des matchs, épreuves, raid ou compétitions sportives nécessitant l'usage d'engins à moteur terrestre, aquatique ou aérien, que ce soit en qualité de pilote ou de passager, ainsi qu'aux entraînements et/ou essais qui les précèdent,
- De toute participation à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, nécessitant l'utilisation d'engins aériens ainsi que la participation à des vols d'essai, vols sur prototype ;
- De la pratique à titre amateur ou professionnel des activités suivantes : alpinisme, escalade à plus de 20 mètres, plongée subaquatique à plus de 20 mètres de profondeur, navigation en solitaire et/ou à plus de 60 miles nautiques des côtes, spéléologie, saut à l'élastique, rafting, kite-surf, canyoning, hydrospeed, bobsleigh, ski hors-piste, hokey sur glace, saut à ski alpin ou nautique, ski acrobatique ou artistique, jumping, arts martiaux et tout sports de combat (à l'exception du judo), chasse aux bêtes fauves, parachutisme, vol à voile, deltaplane, parapente.
- De toute suite et conséquence directe ou indirecte de l'utilisation, la manipulation, le transport de produits dits dangereux, dont toutes substances nucléaires, chimiques, biologiques, explosives, corrosives, abrasives ;
- De la participation à une rixe (sauf légitime défense), crimes ou paris de toute nature, actes de sabotage ou de terrorisme ;

- Des accidents liés à des troubles de système nerveux, à des troubles neuropsychiatriques, à des troubles de l'appareil locomoteur ;

Article 4. Etendue territoriale des garanties

Les garanties produisent leurs effets pour les accidents survenant en France métropolitaine (Corse inclus).

Chapitre 3. La vie du contrat

Article 5. Conditions d'adhésion et de couverture

Article 5.1. Adhésion et couverture de l'assuré principal

Pour souscrire et être assuré au titre de la présente garantie, l'adhérent doit :

- résider en France métropolitaine (Corse inclus)
- être âgé de 18 ans au moins et de 75 ans au plus à la date de prise d'effet des garanties ;
- avoir complété et signé le bulletin d'adhésion

Article 5.2. Couverture des membres de la famille

Peuvent également être assurés au titre de la présente garantie dès lors qu'ils répondent aux conditions de résidences citées ci-dessus :

- le conjoint de l'adhérent tel que défini au chapitre 1 de la présente fiche d'information répondant aux conditions d'âge requises à l'adhésion pour l'assuré principal, s'il remplit un bulletin de consentement ainsi qu'un bulletin de désignation de bénéficiaire en cas de décès et moyennant un supplément de cotisation.
En cas d'adhésion du conjoint en cours de contrat, l'assuré principal devra, en sus, remplir et signer un bulletin de changement de situation.
- l'enfant à charge mineur, l'enfant reconnu handicapé et petit-enfant mineur de l'adhérent tel que défini au chapitre 1 de la présente fiche d'information. Ces enfants sont automatiquement couverts par le présent contrat.
- l'enfant à charge majeur de l'adhérent tel que défini au chapitre 1 de la présente fiche d'information s'il remplit un bulletin de consentement ainsi qu'un bulletin de désignation de bénéficiaire en cas de décès et moyennant un supplément de cotisation.
En cas d'adhésion de l'enfant à charge majeur en cours de contrat, l'assuré principal devra, en sus, remplir et signer un bulletin de changement de situation.

Article 5.3. Formalisation de l'adhésion

Dès la confirmation de l'adhésion, un certificat d'adhésion est remis à l'adhérent. **Le certificat d'adhésion mentionne notamment la formule choisie, le nom de l'assuré principal ainsi que les noms des éventuels conjoint et enfants à charge majeurs couverts par le contrat.**

Un numéro spécifique à l'adhésion est également créé. Ce numéro constitue une référence unique et spécifique à la mutuelle. Ce numéro est à rappeler dans toutes les relations ou correspondances avec la mutuelle.

Article 5.4. Unicité de couverture

Une personne ne peut être assurée qu'une seule fois au titre du présent contrat.

Article 5.5. Droit de renonciation - Fourniture à distance d'opérations d'assurance et démarchage à domicile-

- **Renonciation en cas de vente à distance**

Constitue une fourniture d'opération d'assurance à distance, telle que définie par l'article L.221-18 du code de la mutualité, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un membre participant, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par la mutuelle ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour cette garantie, utilise exclusivement des techniques de communication à distance, y compris, la conclusion de la garantie sur internet.

Il est précisé que, conformément aux dispositions de l'article L.221-18 du code de la mutualité, les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'à la première garantie, pour les garanties à durée déterminée suivies d'autres garanties de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition que pas plus d'un an ne se soit écoulé entre deux garanties ;
- ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion de la garantie initiale, pour les garanties renouvelables par tacite reconduction.

Si la garantie a été conclue à la demande du membre participant en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable, la mutuelle ou l'intermédiaire doit exécuter ses obligations de communication immédiatement après la conclusion de la garantie.

Le membre participant, personne physique, qui conclut à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle une garantie à distance, est informé qu'il dispose d'un **délai de quatorze (14) jours calendaires révolus** pour renoncer et ce, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité. Ce délai commence à courir soit à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion, soit à compter du jour où le membre participant reçoit les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L.221-18 du code de la mutualité, si cette dernière date est postérieure à la première.

Le membre participant est informé que la garantie ne peut recevoir commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans son accord.

- **Renonciation en cas de démarchage à domicile**

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, est informée qu'elle dispose d'un **délai de quatorze (14) jours calendaires révolus** et ce, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion

- **Modèle de lettre de renonciation**

Le membre participant, qui souhaite exercer son droit de renonciation dans les conditions susvisées, peut utiliser le modèle de lettre, inséré ci-dessous, dûment complété par ses soins.

« Je soussigné [nom – prénom – numéro d'adhérent], demeurant [adresse complète], déclare renoncer, en application des dispositions des articles L.221-18 et L.221-18-1 du code de la mutualité, à la garantie d'assurance [Numéro du contrat], souscrit le [Date de la signature du bulletin d'adhésion]

Date [À COMPLETER]
participant »

Signature [membre

À cet égard, le membre participant est informé que, s'il exerce son droit de renonciation, il sera tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, à l'exclusion de toute pénalité, soit un montant calculé selon la règle suivante :

(montant de la cotisation annuelle) x (nombre de jours garantis) /365.

La mutuelle ou l'union est tenue de rembourser au membre participant le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion.

La lettre de renonciation doit être envoyée par **lettre recommandée avec accusé de réception** à :

L'exercice du droit de renonciation met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

Article 6. Date de prise d'effet des garanties

Les garanties entrent en vigueur à la date figurant sur le certificat d'adhésion sous conditions suspensives du paiement de la première cotisation.

Article 7. Modification du contrat

Article 7.1. Modification par l'assemblée générale et/ou le conseil d'administration

En application des articles L.114-9 et L.114-11 du code de la mutualité, chaque garantie peut être modifiée ou supprimée à tout moment par décision de l'assemblée générale ou, par délégation de l'assemblée générale, par le conseil d'administration.

Conformément à l'article L.221-5 du code de la mutualité, toute modification des statuts et règlements décidées par l'assemblée générale (ou du conseil d'administration par délégation) est portée à la connaissance de l'adhérent par la mutuelle.

Toute modification des garanties définies dans le certificat d'adhésion est constatée par la notification de celle-ci à l'adhérent.

Article 7.2. Modification par l'adhérent

L'adhérent peut demander la modification de son contrat (formule de garantie, composition familiale).

Les changements de niveau de couverture (à la baisse ou à la hausse) ne peuvent s'opérer qu'au 1^{er} janvier de chaque année à condition, pour l'assuré principal, d'être garanti depuis une année civile a minima dans la garantie antérieure.

L'adhésion d'un nouvel assuré au contrat (conjoint, enfant à charge majeur) est possible à tout moment. La radiation des membres de la famille s'effectue dans les conditions énumérées à l'article 11 de la présente fiche d'information.

Article 8: Obligations de l'adhérent

L'adhérent s'engage à informer la mutuelle, dans un délai de trente jours à compter de la date de l'événement, de tout changement de domicile, de situation personnelle, de domiciliation bancaire et plus généralement, de tout événement ou situation pouvant avoir un effet sur les dispositions du contrat, à l'exception des informations à caractère médical dont la mutuelle ne peut se prévaloir.

Article 9. Cotisations

Article 9.1. Affectation des cotisations

La cotisation est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la mutuelle. Des cotisations spéciales destinées soit à un organisme fédéral, soit à des organismes techniques publics ou privés (cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes) peuvent s'ajouter à la cotisation annuelle à la mutuelle.

Tous impôts, taxes, prélèvements divers prévus par les textes législatifs et réglementaires et dont la mutuelle est chargée du recouvrement, sont à la charge du membre participant.

La mutuelle s'interdit de recueillir des informations à caractère purement médical des personnes souhaitant adhérer dans le but de fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.

Article 9.2. Révision des cotisations

- Révision faisant suite à une évolution fiscale

Les montants ou taux de cotisation sont établis compte tenu notamment des dispositions fiscales en vigueur et des dispositions générales de la Sécurité sociale et de ses bases de remboursement en vigueur à la date d'effet de l'engagement contractuel, ainsi que de l'évaluation du coût du risque. Si ces éléments viennent à être modifiés en cours d'adhésion, la mutuelle pourra procéder sans délai à leur révision.

- Révisions faisant suite à une décision de la mutuelle

Les cotisations peuvent être révisées chaque année à la date de l'échéance annuelle en fonction de l'équilibre technique du contrat et/ou d'une modification du risque (population assurée, type de contrat, modifications des garanties...).

Les modifications votées par l'assemblée générale de la mutuelle ou par le conseil d'administration conformément aux dispositions des statuts de la mutuelle seront portées à la connaissance du membre participant et dès lors s'appliqueront d'office.

Article 9.3. Structure de cotisations attendant à la garantie

Les cotisations de la présente garantie sont indifférenciées selon le lieu de résidence. Deux montants de cotisations sont applicables en fonction de l'âge de l'adhérent au 31 décembre de l'année d'exercice. Les couples bénéficient d'une remise de 10% sur l'ensemble de la cotisation. La tranche d'âge prise en compte pour les couples est celle du plus âgés des deux membres du couple.

La cotisation pour l'enfant à charge majeur correspond à 90% de la cotisation globale de son parent ou à 45% de celle de ses parents adhérant en couple.

Article 9.4. Montant et paiement des cotisations

La cotisation est fixée selon la formule choisie par l'adhérent.

La cotisation est payable d'avance, à la date d'échéance indiquée au certificat d'adhésion. Son paiement peut être fractionné.

Article 9.5 Conséquences du défaut de paiement des cotisations

Conformément à l'article L.221-7 du code de la mutualité, 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 est suspendue 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.

Article 10. Résiliation du contrat

Article 10.1. Résiliation par l'adhérent

Conformément à l'article L.221-10 du code de la mutualité, l'adhérent peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre.

Le courrier sera adressé à :

Article 10.2. Résiliation par la mutuelle

La mutuelle pourra mettre fin à l'adhésion en cas de non-paiement des cotisations conformément aux dispositions de l'article 9.3 exposé ci-avant

Article 10.3. Résiliation de plein droit

Il sera mis fin à l'adhésion et les garanties cesseront de plein droit :

→ En cas de décès de l'adhérent

Cependant, si le contrat couvre d'autres personnes, les droits et obligations de l'adhérent décédé peuvent, avec l'accord de la mutuelle, être transférés à l'une d'entre elles. Le contrat actuellement en vigueur sera résilié et un nouveau contrat sera souscrit en remplacement.

→ Au plus tard au 31 décembre de l'année du 80^{ème} anniversaire de l'adhérent.

Article 11: Radiation des conjoint, enfants et petits-enfants

Les conjoint, enfants et petits-enfants cesseront d'être assurés au titre du présent contrat :

→ En cas de réalisation de l'une des conditions de l'article 10 susvisé

Les garanties cesseront également :

→ Au plus tard au 31 décembre de l'année du 80^{ème} anniversaire pour le conjoint.

→ Au plus tard au 31 décembre de l'année du 18^{ème} anniversaire pour les enfants et petits enfants mineurs

→ Au plus tard au 31 décembre de l'année du 28^{ème} anniversaire pour les enfants à charge majeurs

→ Au plus tard au 31 décembre de l'année du 80^{ème} anniversaire de l'assuré principal pour l'enfant reconnu handicapé

Article 12. Fraude à l'assurance

Le bénéficiaire des prestations est déchu de tout droit à remboursement s'il est sciemment utilisé, au moment de la souscription et tout au long de l'adhésion, des documents falsifiés ou frauduleux.

La déchéance s'applique sur les prestations objets desdits documents falsifiés ou frauduleux.

Les prestations déjà versées par la mutuelle se révélant infondées au visa de la présente clause seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

La mutuelle se réserve le droit de poursuivre en justice l'auteur de toute déclaration frauduleuse.

Article 13. Trop versé - Gestion de l'indu

Les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit doivent être remboursées à la mutuelle dans les meilleurs délais.

Article 14. Nullité pour fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article 211-14 du code de la mutualité, la garantie accordée à l'adhérent par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 15. Prescription

En application des articles L. 221-11 et L 221-12 du code de la mutualité, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, qu'à partir 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 interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du code civil à savoir :

- la reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait
- la demande en justice (même en référé)
- un acte d'exécution forcée

La prescription est également interrompue 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 l'indemnité.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, 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.

Article 16. Réclamations – Médiation

En cas de désaccord ou d'insatisfaction concernant l'application ou l'interprétation des statuts ou de la notice d'information, l'adhérent peut écrire à l'adresse suivante :

GROUPE FRANCE MUTUELLE
Centre de Gestion
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75 089 Paris Cedex 02

La mutuelle s'engage à traiter les dossiers en respectant un délai de dix jours ouvrables pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai.

Après épuisement de ces voies de recours et si le litige persiste, l'adhérent a la possibilité de saisir, par écrit, le médiateur de la mutuelle. La réclamation ainsi que l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier devront être communiqués à l'adresse suivante:

Fédération Nationale de la Mutualité Française (F.N.M.F.)
- Le Médiateur -
255 rue de Vaugirard 75015 PARIS

Ou bien par mail à l'adresse: mediation@mutualite.fr

Une charte de la médiation précisant les différents engagements est à la disposition des adhérents sur le site Internet (<http://www.francemutuelle.fr/>).

En cas de litige qui ne trouverait pas de résolution amiable, les tribunaux du siège de la mutuelle sont compétents.

Article 17. Informatique et libertés

Dans le cadre de la relation d'assurance, Groupe France Mutuelle est amené à recueillir auprès de l'adhérent des données personnelles protégées par la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée ainsi que par le règlement européen 2016/ 679 à venir.

Le responsable du traitement de ces données personnelles est Groupe France Mutuelle, qui les utilise principalement pour les finalités suivantes, dans le strict respect de la confidentialité et du secret médical : gestion de la relation, prospection, études statistiques, enquêtes et sondages, prévention de la fraude, obligations légales.

Le caractère obligatoire ou facultatif des données personnelles demandées et les éventuelles conséquences à l'égard de l'adhérent d'un défaut de réponse sont précisés lors de leur(s) collecte(s). Les informations collectées obligatoires sont nécessaires au traitement de votre demande et à l'envoi des documents commerciaux.

Ces données sont conservées durant la durée nécessaire à la relation contractuelle et conformément aux exigences légales et réglementaires en vigueur.

A ce titre, l'adhérent est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises :

- Aux établissements et sous-traitants liés contractuellement avec Groupe France Mutuelle pour l'exécution de tâches se rapportant directement aux finalités décrites précédemment,
- Aux partenaires commerciaux de Groupe France Mutuelle qui interviennent dans la réalisation d'un produit ou un service souscrit par l'adhérent aux seules fins d'exécution de leurs obligations contractuelles vis-à-vis de l'adhérent ou de Groupe France Mutuelle
- A des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires
- Vers des pays non membres de l'Union Européenne lorsque l'exécution du contrat le nécessite et notamment lors d'une surcharge de notre standard téléphonique.

Il est précisé que toute déclaration fausse ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude.

Conformément à la loi Informatique et Liberté, l'adhérent dispose, sans frais et pour motif légitime, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et d'opposition des données vous concernant. Vous avez également le droit de définir des directives après votre décès, en vous adressant à l'adresse suivante :

GRUPE FRANCE MUTUELLE
Centre de Gestion
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75 089 Paris Cedex 02

Article 18. Contrôle

L'autorité chargée du contrôle de Groupe France Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 61 rue Taitbout – 75436 Paris cedex 09.

Article 19. Loi applicable – langue utilisée

Le présent contrat est soumis au droit français et régi par le code de la mutualité. La langue utilisée en cours de contrat est la langue française.

Chapitre 4. La mise en œuvre des garanties

Article 20. Conditions liées à la déclaration de l'accident

Les prestations dues sont réglées, après réception et étude du dossier complet, à l'assuré pour les garanties invalidité suite à Accident, hospitalisation, et au(x) Bénéficiaire(s) pour la garantie Décès Accidentel.

Pour permettre l'étude des demandes de prestations, les pièces listées aux articles 23, 28 et 35 devront être adressées, sous pli cacheté, à :

GROUPE FRANCE MUTUELLE
Centre de Gestion à l'attention du médecin conseil
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75 089 Paris Cedex 02

Si l'assuré fait sciemment de fausses déclarations sur la nature et les causes, circonstances et conséquences d'un sinistre, il sera déchu de tout droit à la garantie pour la totalité de ce sinistre. Cette clause s'applique sans préjudice des dispositions prévues à l'article 12 de la présente fiche d'information.

Après la déclaration, l'assuré s'engage à :

- accepter de se soumettre à tout examen médical que la mutuelle pourrait demander, recevoir toute personne que la mutuelle mandaterait,
- transmettre à la mutuelle tout document qu'elle serait amenée à demander,
- faire connaître à la mutuelle les éventuels autres assureurs pouvant intervenir dans l'indemnisation,
- renseigner la mutuelle sur l'éventuelle participation d'un tiers dans la survenance de l'accident et, le cas échéant, indiquer ses coordonnées,
- déclarer toute somme perçue ou à percevoir au titre du même accident.

Sous peine de déchéance telle que prévue à l'article L.221-16 du code de la mutualité, tout accident entraînant la mise en œuvre des garanties doit être déclaré à la mutuelle dans les trente (30) jours ouvrés qui suivent la date à laquelle il s'est produit.

Passé ces délais, les assurés perdront leur droit à prestation si la déclaration tardive a causé un préjudice à la mutuelle.

TITRE 2– DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX GARANTIES

Chapitre 5. Garantie Décès accidentel

Article 21. Objet et montant

La garantie décès accidentel a pour objet le versement par la mutuelle au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), d'un capital en cas de décès, du ou des assuré(s), consécutif à un accident garanti. Le décès doit intervenir au plus tard dans les douze mois de la survenance de l'accident garanti.

Le montant du capital décès assuré figure au certificat d'adhésion. Il est choisi par l'assuré parmi les deux formules de garanties proposées.

- **Particularité**

En cas de décès accidentel d'un enfant assuré mineur, d'un enfant assuré majeur reconnu handicapé ou d'un petit-enfant assuré mineur, le capital garanti est limité aux frais réellement engagés au titre des frais funéraires dans la limite de 10% du montant du capital décès tel qu'indiqué dans le certificat d'adhésion.

Le capital garanti est versé à la personne physique ayant financé les obsèques à hauteur des frais engagés sur présentation de facture.

Article 22. Bénéficiaires

Sauf stipulation contraire, le capital décès garanti est attribué selon la clause type suivante :

- à son conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé ou à son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, non séparé,
- à défaut à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux sans descendant,
- à défaut à ses ascendants par parts égales entre eux, la totalité revenant au(x) survivant(s) par parts égales entre eux en cas de décès de l'un d'eux,
- à défaut aux autres héritiers de l'assuré par parts égales entre eux.

Si l'Assuré désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus, il doit désigner expressément les bénéficiaires de son choix.

Pour ce faire, la mutuelle remet à l'assuré un document relatif à la désignation de bénéficiaire(s) dans lequel celui-ci désigne le(s) bénéficiaire(s) de son choix.

La désignation du bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. L'assuré conserve un exemplaire de ce document, un autre étant transmis à la mutuelle, dans les plus brefs délais, à l'adresse suivante :

GROUPE FRANCE MUTUELLE
Centre de Gestion
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75 089 Paris Cedex 02

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'assuré est invité à renseigner au moins les noms, prénoms, date et lieu de naissance du bénéficiaire, ainsi que les coordonnées de ce dernier qui seront utilisés par la mutuelle en cas de décès de l'assuré.

L'assuré peut modifier sa clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sauf acceptation du ou des bénéficiaires. Ceci s'effectue dans les mêmes conditions que celles exposées ci-dessus.

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'adhésion à tout moment. Il devient bénéficiaire acceptant.

Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé de l'assuré, du bénéficiaire et de la mutuelle.

L'acceptation peut également prendre la forme d'un acte authentique ou sous seing privé signé de l'assuré et du bénéficiaire et n'aura alors d'effet à l'égard de la mutuelle que lorsqu'elle aura été notifiée par écrit à la mutuelle.

Cette acceptation rend la désignation du bénéficiaire irrévocable.

Ainsi, la modification de la clause bénéficiaire ne sera possible qu'avec son accord écrit, sauf cas particuliers prévus par le code de la mutualité et le code civil.

Le bénéficiaire acceptant pourra notamment être révoqué, si la clause bénéficiaire le prévoit, en cas de naissance du premier enfant de l'assuré.

Le capital décès est versé sur un compte bancaire ou un livret de caisse d'épargne ouvert au nom du ou des bénéficiaire(s) ou à son (ses) représentant(s) légal (légaux).

Article 23. Pièces justificatives à adresser

Les demandes de prestations doivent être adressées à la mutuelle accompagnées des pièces suivantes :

- un extrait d'acte de décès ou un bulletin de décès,
- un certificat médical attestant du décès et précisant si possible la cause du décès,
- la copie du procès-verbal ou, à défaut, un courrier mentionnant le numéro de procès-verbal ainsi que l'adresse du Tribunal de Grande Instance auprès duquel le document a été déposé,
- un extrait de toute pièce médicale ou administrative, notamment des procès-verbaux de gendarmerie ou des rapports de police, précisant de manière circonstanciée la cause du décès.
- les pièces justificatives de la qualité du ou des bénéficiaire(s), ainsi que la désignation de bénéficiaire(s) éventuelle,
- un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne du ou des bénéficiaire(s) ou de son (ses) représentant(s),
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité du ou des bénéficiaire(s) en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son ou ses représentants,
- une facture acquittée des frais d'obsèques engagés en cas de décès d'un assuré mineur
- toutes autres pièces nécessaires demandées par la mutuelle

Pour les enfants mineurs et petits enfants mineurs, un justificatif attestant de la qualité d'assuré et du lien de parenté – extrait de livret de famille – est requis.

Pour les enfants majeurs assurés, sont requis les justificatifs suivants:

- une attestation d'affiliation à la sécurité sociale étudiante
- Un certificat de scolarité ou carte d'étudiant ou contrat d'alternance ou contrat d'apprentissage.

Les bénéficiaires sont tenus d'adresser les pièces justificatives à la mutuelle dans les meilleurs délais.

Article 24. Paiement des sommes assurées

A réception de l'entier dossier **et si l'indemnisation est due**, la mutuelle procèdera au règlement du capital dans un délai de 30 jours. A défaut de règlement dans ce délai, le capital non versé produira des intérêts conformément à la législation en vigueur.

La mutuelle s'engage à statuer sur la recevabilité du dossier et, le cas échéant, à verser le capital garanti, au plus tard dans les 12 mois suivant la date de la déclaration du sinistre.

Lorsque l'indemnisation est due, le capital garanti en cas de décès de l'assuré est revalorisé à compter de la date du décès et jusqu'à la réception des pièces nécessaires au paiement ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt du capital à la Caisse des Dépôts et Consignations, selon un taux déterminé par décret.

En cas d'impossibilité d'identifier ou de retrouver le ou les bénéficiaires du contrat dans un délai de dix (10) ans à compter de la connaissance du décès, la mutuelle sera dans l'obligation de verser le capital dû auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC). Les sommes déposées à la CDC qui ne seront pas réclamées, seront acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt (20) ans à compter de la date de leur dépôt à la CDC.

Article 25. Cumul des prestations

Le versement du capital décès ne peut se cumuler avec le capital invalidité permanente. Toutefois, si après versement d'un capital invalidité permanente partielle, l'assuré décède dans les 24 mois des suites de l'accident garanti, la mutuelle verse au(x) bénéficiaire(s) la différence entre le capital invalidité déjà alloué et le montant du capital décès prévu au contrat, si le capital décès est supérieur au capital invalidité déjà alloué.

Chapitre 6. Garantie invalidité faisant suite à un accident

Article 26. Objet et montant

Ladite garantie pour objet le versement par la mutuelle d'un capital, en cas d'invalidité de l'assuré supérieure à 5% et consécutive à un accident garanti.

Le montant du capital garanti est proportionnel au taux d'invalidité permanente et dépend de la formule de garanties choisie par l'adhérent figurant dans le certificat d'adhésion. Pour les enfants et petits enfants mineurs assurés, le montant versé s'élèvera à 10% du montant versé pour un adulte adhérent.

Article 27. Bénéficiaire

Le bénéficiaire de ladite garantie est l'assuré victime de l'accident lui-même.

Article 28. Pièces justificatives à adresser

Les demandes de prestations doivent être adressées à la mutuelle accompagnées des pièces suivantes :

- une déclaration écrite précisant les circonstances de l'accident, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal,
- un certificat médical décrivant les blessures et toutes autres pièces nécessaires demandées par la mutuelle pour la justification de l'état d'invalidité
- toutes autres pièces nécessaires demandées par la mutuelle.

Pour les enfants mineurs et petits enfants mineurs, un justificatif attestant de la qualité d'assuré et du lien de parenté – extrait de livret de famille – est requis.

Pour les enfants majeurs assurés, sont requis les justificatifs suivants:

- une attestation d'affiliation à la sécurité sociale étudiante
- Un certificat de scolarité ou carte d'étudiant ou contrat d'apprentissage ou contrat d'alternance.

L'assuré est tenu d'adresser les pièces justificatives à la mutuelle dans les meilleurs délais.

Article 29. Expertise médicale

L'état d'invalidité permanente est constaté par expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par la mutuelle qui se réserve le droit de faire expertiser l'assuré à tout moment.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, le médecin désigné par la mutuelle doit avoir libre accès auprès de l'assuré afin de pouvoir constater son état.

Le médecin expert missionné par la mutuelle sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et l'assuré aura la possibilité de se faire accompagner lors de cet examen par le médecin de son choix. Dans ce cas, les frais et honoraires de son médecin resteront à sa charge.

Article 30. Conciliation

Au vu des conclusions du rapport médical faisant suite à la visite médicale de contrôle, la mutuelle notifie sa décision à l'assuré.

L'assuré qui conteste la décision de la mutuelle doit lui faire parvenir dans un délai de trois mois un certificat médical justifiant sa réclamation, ainsi qu'une lettre demandant expressément la révision de son dossier et précisant qu'il s'engage à avancer les honoraires du tiers expert.

Le médecin de l'assuré et le médecin-conseil de la mutuelle rechercheront une position commune relative à l'état de santé de l'assuré. Si cet accord n'est pas obtenu, la procédure de conciliation décrite ci-dessous est mise en œuvre :

La mutuelle invite son médecin-conseil et le médecin de l'assuré à désigner un troisième médecin, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties dans le cadre de la procédure de conciliation, sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième sont à la charge de la partie perdante, l'assuré en faisant l'avance.

Article 31. Détermination du taux d'invalidité

Le médecin expert détermine un taux d'invalidité mesuré sur une échelle de 0 à 100% par référence au barème de droit commun en vigueur au jour de l'expertise, en tenant compte de la seule invalidité fonctionnelle de l'assuré, en dehors de toute considération professionnelle ou scolaire.

L'invalidité ayant un caractère forfaitaire et contractuel, il n'est jamais tenu compte de l'âge, de l'aptitude, de la qualification professionnelle, de la profession ou des possibilités de reclassement de l'assuré victime de l'accident.

Pour le cas où un assuré serait déjà atteint d'invalidité permanente au jour de l'accident, le taux d'invalidité permanente sera déterminé en tenant compte uniquement de l'invalidité imputable à l'accident. Seul ce taux sera pris en compte pour l'application de la franchise relative de 5%.

Le degré d'invalidité permanente est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'assuré et, au plus tard, sauf dispositions contraires prises d'un commun accord entre l'assuré et la mutuelle, à l'expiration du délai de trois ans à compter du jour de l'accident qui a permis à la mise en jeu des garanties.

Un taux d'invalidité provisoire pourra cependant être déterminé avant la consolidation et avant l'expiration du délai de trois ans suivant le jour de l'accident si l'état de santé de l'assuré justifie une invalidité permanente supérieure à la franchise relative de 5%.

Article 32. Détermination du montant du capital invalidité permanente

Pour ouvrir droit à indemnisation, le taux d'invalidité permanente reconnu à l'assuré doit être supérieur à la franchise relative de 5%.

Si le taux d'invalidité permanente est supérieur à 5%, le montant du capital est dû et déterminé en multipliant le montant du capital indiqué dans le certificat d'adhésion par le taux d'invalidité de l'assuré.

Si à la suite de l'expertise médicale, un taux d'invalidité provisoire a été déterminée, il est immédiatement versé à l'assuré les 2/3 du montant capital invalidité permanente dû tel que calculé ci-dessus. Dans les trente (30) jours qui suivent la consolidation de l'état de santé de l'assuré et au plus tard au terme de trois (3) ans qui suivent la date de l'accident, un nouveau taux d'invalidité permanente sera déterminé et il sera procédé au recalcul du capital réellement dû.

La mutuelle versera à l'assuré le montant de ce capital, déduction faite des sommes déjà versées.

Pour le cas où le taux d'invalidité permanente déterminé au jour de la consolidation serait inférieur au taux provisoire, le montant du capital déjà versé devra être restitué par l'assuré.

Le montant dû au titre de la garantie invalidité permanente ne pourra excéder le montant du capital garanti au titre du contrat et mentionné au certificat d'adhésion.

Aucune prestation ne sera versée si le taux d'invalidité permanente est inférieur ou égal à 5%.

Chapitre 7. Garantie hospitalisation faisant suite à un accident (OPTION)

Article 33. Objet et montant

Cette garantie, souscrite en option, a pour objet le versement d'une allocation journalière en cas d'hospitalisation de plus de vingt-

quatre heures continues (24h), de l'assuré faisant suite à un accident. Son montant est déterminé en fonction de la formule choisie et figure dans le certificat d'adhésion.

La garantie hospitalisation est nécessairement souscrite pour l'ensemble des personnes assurées par le contrat. Elle n'intervient pas pour les enfants mineurs.

Lorsque la garantie est due, l'allocation est versée à compter du 1^{er} jour d'hospitalisation jusqu'au jour de sortie.

Plafond d'indemnisation : la durée maximale de l'allocation est de trente (30) jours par an et par assuré.

Exclusions spécifiques : Ne sont pas couverts par la présente garantie, les séjours dans un établissement thermal, dans un établissement climatique et de cure, dans un institut médico-pédagogique, dans un hospice, maison de retraite.

Limite: Pour rappel, la garantie hospitalisation faisant suite à un accident est une garantie dont le versement des prestations cessera :

- au 31 décembre de l'année du 80^{ème} anniversaire pour l'assuré principal et son conjoint
- au 31 décembre de l'année du 28^{ème} anniversaire pour l'enfant à charge majeur de l'assuré inscrit au contrat

Article 34. Bénéficiaire

Le bénéficiaire de ladite garantie est l'assuré victime de l'accident lui-même.

Article 35. Pièces justificatives à adresser

Les demandes de prestations doivent être adressées à la mutuelle accompagnées des pièces suivantes :

- un certificat médical décrivant les blessures et le motif de l'hospitalisation,
- une déclaration écrite précisant les circonstances de l'accident, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s), la copie du procès-verbal,
- le bulletin de situation indiquant la date d'entrée et de sortie de l'établissement ayant accueilli l'assuré,
- toutes autres pièces nécessaires demandées par la mutuelle.

Pour les enfants majeurs assurés, sont requis les justificatifs suivants:

- une attestation d'affiliation à la sécurité sociale étudiante
- Un certificat de scolarité ou carte d'étudiant ou contrat d'alternance ou contrat d'apprentissage.

L'assuré est tenu d'adresser les pièces justificatives à la mutuelle dans les 30 jours qui suivent la sortie de l'hospitalisation.