

FICHE D'INFORMATION

KALIO BLESSURES

Garantie individuelle prévoyance

Petites blessures

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

SOMMAIRE

TITRE 1– PRESENTATION DU CONTRAT	4
<i>Chapitre 1. La définition des mots clés</i>	4
<i>Chapitre 2. Le périmètre des garanties</i>	5
Article 1 : Objet du contrat	5
Article 2 : Accidents corporels pris en compte	5
Article 3. Etendue territoriale des garanties	5
<i>Chapitre 3. L'adhésion aux garanties</i>	5
Article 4. Adhésion.....	5
Article 4.1. Conditions d'adhésion	5
Article 4.2. Formalisation de l'adhésion	5
Article 5. Unicité de couverture	6
Article 6. Droit de renonciation - Fourniture à distance d'opérations d'assurance et démarchage à domicile-	6
Article 7. Date de prise d'effet des garanties	7
<i>Chapitre 4. Le contenu des garanties.....</i>	7
Article 8. Règles de garanties	7
Article 8.1. Evènements couverts	7
Article 8.2. Plafond de garantie.....	7
Article 8.3. Réduction de garantie	7
Article 9. Exclusions.....	8
Article 10. Barème des indemnités blessures	8
<i>Chapitre 5. La mise en œuvre des garanties</i>	10
Article 11. Conditions liées à la déclaration de l'accident	10
Article 12. Modalités de règlement des prestations.....	11
Article 12.1. Etude du dossier de l'assuré	11
Article 12.2. Expertise médicale.....	11
Article 13. Pièces justificatives à adresser	12
TITRE 2– LA VIE DU CONTRAT.....	12
<i>Chapitre 6. Evènements intervenant en cours de contrat</i>	12
Article 14. Modification du contrat.....	12
Article 14.1 Modification par l'assemblée générale et/ou le conseil d'administration.....	12
Article 14.2 Modification par l'adhérent	12
Article 15: Obligations de l'adhérent	13
<i>Chapitre 7. Cotisations</i>	13
Article 16. Affectation des cotisations	13
Article 17. Révision des cotisations.....	13
Article 17.1 Révision faisant suite à une évolution fiscale	13
Article 17.2 Révision faisant suite à une décision de la mutuelle.....	13
Article 18. Structure de cotisations attendant à la garantie	13
Article 19. Montant et paiement des cotisations.....	13
Article 20. Conséquences du défaut de paiement des cotisations	14
<i>Chapitre 8. Résiliation du contrat</i>	14
Article 21. Résiliation par l'adhérent.....	14
Article 22. Résiliation par la mutuelle	14
Article 23. Résiliation de plein droit	14

Article 24. Radiation des conjoint et enfants	14
Chapitre 9. Autres dispositions	15
Article 25. Fraude à l'assurance	15
Article 26. Trop versé - Gestion de l'indu.....	15
Article 27. Nullité pour fausse déclaration intentionnelle	15
Article 28. Prescription	15
Article 29. Réclamations – Médiation.....	16
Article 30. Informatique et libertés.....	16
Article 31. Contrôle	17
Article 32. Loi applicable – langue utilisée	17

TITRE 1– PRESENTATION DU CONTRAT

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.

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

Il s'agit de l'adhérent et, éventuellement, des membres de sa famille tels que définis par le présent chapitre.

Certificat d'adhésion : Document remis à l'adhérent confirmant l'adhésion. Le certificat d'adhésion précise notamment le niveau de garanties souscrit ainsi que la date d'effet du contrat.

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. Si le conjoint est assuré au titre du contrat, son nom est indiqué dans le certificat d'adhésion.

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.

Peuvent bénéficier du présent contrat :

- 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.
- Les enfants âgés de plus de 6 mois et de moins de 18 ans.

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

Mutuelle : Désigne l'organisme assureur Groupe France Mutuelle.

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

Chapitre 2. Le périmètre des garanties

Article 1 : Objet du contrat

Le présent contrat prévoit le versement d'une **indemnité forfaitaire** en cas de blessure résultant d'un accident corporel garanti et répertoriée dans le barème décrit à l'article 10, **en fonction du niveau de garanties souscrit**.

Article 2 : Accidents corporels pris en compte

Peuvent être garantis, sous réserve qu'ils vérifient les conditions de territorialité définies à l'article 3 et ne fassent pas partie des exclusions figurant à l'article 9, 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.

Sont également pris en charge :

- les accidents de circulation en tant que piéton ou passager
- les accidents de circulation non-responsable en tant que conducteur

Article 3. Etendue territoriale des garanties

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

Chapitre 3. L'adhésion aux garanties

Article 4. Adhésion

Article 4.1. Conditions d'adhésion

Pour souscrire aux présentes garanties, l'adhérent ainsi que son conjoint doivent :

- 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

Le contrat couvre l'adhérent uniquement lorsque celui-ci choisit la formule solo.

Si l'adhérent choisit la formule famille, le contrat couvre également les conjoint et enfants à charge tels que définis au chapitre 1.

Article 4.2. Formalisation de l'adhésion

Dès la confirmation de l'adhésion, un certificat d'adhésion est remis à l'adhérent. Le certificat d'adhésion précise notamment le niveau de garanties souscrit ainsi que la date d'effet du 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. Unicité de couverture

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

Article 6. 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 :

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

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

Article 7. 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.

Chapitre 4. Le contenu des garanties

Article 8. Règles de garanties

Article 8.1. Evènements couverts

La blessure, lorsqu'elle entre dans les cas répertoriés dans le barème des indemnités présenté à l'article 10, doit être déclarée et constatée au plus tard dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la survenance de l'accident.

Article 8.2. Plafond de garantie

Le montant maximal de l'engagement annuel de l'assureur par adhésion et pour un même assuré est limité au montant du capital forfaitaire le plus élevé de l'option souscrite.

Lorsqu'un accident entraîne au moins deux blessures simultanées énumérées dans le barème figurant à l'article 10, la mutuelle verse le cumul des indemnités dans la limite de 2 fois le niveau maximum d'indemnité forfaitaire choisi.

La réapparition, dans les 120 jours qui suivent un accident, d'une blessure pour laquelle une indemnité a déjà été versée, n'ouvre pas droit à une nouvelle indemnité, et ce même si les deux blessures résultent de deux évènements distincts.

Article 8.3. Réduction de garantie

Les garanties sont réduites de moitié :

- lorsque l'assuré victime de l'accident est âgé d'au moins 80 ans au jour de la survenance de l'accident ;
- lorsque l'assuré est un enfant à charge

Article 9. Exclusions

Sont exclus des garanties:

- les accidents antérieurs à la date de prise d'effet de l'adhésion
- les tentatives de suicide
- les blessures qui résultent du fait volontaire de l'assuré, d'un état de démence ou d'une rixe
- les effets directs ou indirects d'une modification de la structure du noyau atomique
- les accidents survenant à l'occasion de cataclysmes ou catastrophes naturelles, de faits de guerre étrangère, de guerre civile, de mouvements populaires, de rassemblements sur la voie publique, d'émeutes, de grèves ou de lock-out
- les accidents du travail, incluant les accidents de trajet,
- les blessures résultant d'actes de terrorisme, d'attentats ou d'infractions relevant des articles 706-3 et suivants du code de procédure pénale,
- les accidents consécutifs au pilotage d'appareils de navigation aérienne / d'engins de course terrestres ou nautiques/ à l'utilisation avec ou sans conduite d'un véhicule à moteur à deux ou trois roues / à la manipulation d'engins ou d'armes de guerre et d'armes à feu / à l'usage de stupéfiants ou de substances hallucinogènes non médicalement prescrites / à un état d'éthylisme avec un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au seuil en vigueur au jour du sinistre fixé par le Code de la route
- les accidents subis à l'occasion de l'exercice d'une activité ou d'un entraînement de sapeur-pompier volontaire
- les accidents consécutifs à la pratique de tout sport à titre professionnel ou de l'un des sports suivants : sports de combat (boxe, arts martiaux), plongée sous-marine avec scaphandre autonome, parachutisme
- les accidents survenant pendant l'exercice des métiers suivants : membres des forces armées, de gendarmerie, de police nationale ou municipale
- les accidents en rapport direct ou indirect avec toute pathologie ou trouble médicalement constaté acquis ou congénital
- les fractures dont serait victime un assuré souffrant d'une ostéogénèse imparfaite (maladie des os de verre ou fragilité osseuse constitutionnelle), d'une anomalie de croissance (maladie d'Ollier, d'origine génétique), d'une anomalie osseuse de type cal, d'une hyper minéralisation osseuse, d'un cancer des os ou d'une ostéoporose
- les fissures et microfissures (fêlures)
- les brûlures dues à une exposition au soleil ou à l'utilisation d'un appareil quelconque de bronzage artificiel

Article 10. Barème des indemnités blessures

Sont indemnisés les blessures résultant d'un accident garanti et répertoriées dans le barème ci-dessous :

Barème des indemnités blessures	Capitaux assurés			
	Niveau des garanties	3 000 €	5 000 €	7 000 €
Fractures				
A - Bassin/hanche et col du fémur (coccyx non compris)				
- Fracture ouverte, multifragmentaire, avec déplacement	3 000 €	5 000 €	7 000 €	
- Toute autre fracture ouverte	2 250 €	3 750 €	5 250 €	
- Fracture fermée, multifragmentaire, avec déplacement	1 500 €	2 500 €	3 500 €	
- Toute autre fracture fermée	750 €	1 250 €	1 750 €	
B - Crâne (avec coma supérieur à 48 heures) et cuisse (sauf hanche et col du fémur)				
- Fracture ouverte, multifragmentaire, avec déplacement	3 000 €	5 000 €	7 000 €	

- Toute autre fracture ouverte	1 500 €	2 500 €	3 500 €
- Fracture fermée, multifragmentaire, avec déplacement et toute autre fracture fermée	750 €	1 250 €	1 750 €
C - Epaule, bras, avant-bras, coude, poignet, jambe, cheville, talon			
- Fracture ouverte, multifragmentaire, avec déplacement	1 500 €	2 500 €	3 500 €
- Toute autre fracture ouverte	750 €	1 250 €	1 750 €
- Fracture fermée, multifragmentaire, avec déplacement	563 €	938 €	1 313 €
- Toute autre fracture fermée	375 €	625 €	875 €
D - Main (sauf les doigts), pied (sauf les orteils), genou (rotule), sternum, omoplate, clavicule			
- Fracture ouverte (simple ou multifragmentaire)	525 €	875 €	1 225 €
- Fracture fermée (simple ou multifragmentaire)	375 €	625 €	875 €
E - Côte, coccyx, nez, doigt, orteil			
- Fracture ouverte ou fermée (simple ou multifragmentaire) et toute autre fracture	375 €	625 €	875 €
F - Vertèbres			
- Fracture - tassement (simple ou multifragmentaire)	1 500 €	2 500 €	3 500 €
- Fracture d'une apophyse épineuse ou transverse (simple ou multifragmentaire)	2 250 €	3 750 €	5 250 €
- Toute autre fracture vertébrale	3 000 €	5 000 €	7 000 €
G - Maxillaire supérieur			
- Fracture ouverte ou fermée (simple ou multifragmentaire) et toute autre fracture	375 €	625 €	875 €
H - Maxillaire inférieur			
- Fracture ouverte, multifragmentaire, avec déplacement	525 €	875 €	1 225 €
- Fracture fermée, multifragmentaire, avec déplacement	375 €	625 €	875 €
- Toute autre fracture ouverte ou fermée	375 €	625 €	875 €
Brûlures			
A - Brûlure du 3 ^e degré des mains (50% ou plus de la surface de l'une des mains)	3 000 €	5 000 €	7 000 €
B - Brûlure du 3 ^e degré sauf les mains (15% ou plus de la surface du corps)	3 000 €	5 000 €	7 000 €
C - Brûlure du 3 ^e degré sauf les mains (minimum 4% de la surface du corps, maximum 14%)	1 500 €	2 500 €	3 500 €
D - Brûlure du 2 nd degré (9% ou plus de la surface du corps)	375 €	625 €	875 €
Luxations (objectivées par un examen radiographique)			
A - Colonne vertébrale	2 250 €	3 750 €	5 250 €
B - Hanche	2 250 €	3 750 €	5 250 €
C - Genou (sauf simple luxation de la rotule) et épaule	525 €	875 €	1 225 €
D - Maxillaire, clavicule, coude, poignet, doigt, rotule, cheville, orteil	375 €	625 €	875 €
Coupures/Amputations			
A - Amputation membre(s) supérieur(s)			

- Bras	1 500 €	2 500 €	3 500 €
- Avant-bras	1 125 €	1 875 €	2 625 €
- Main	675 €	1 125 €	1 575 €
- Doigt (quel que soit le nombre de doigts amputés sur une même main)	300 €	500 €	700 €
- Phalange (quel que soit le nombre de phalanges amputées sur une même main)	150 €	250 €	350 €
B - Amputation membre(s) inférieur(s)			
- Cuisse	1 500 €	2 500 €	3 500 €
- Jambe	1 125 €	1 875 €	2 625 €
- Pied	675 €	1 125 €	1 575 €
- Orteil (quel que soit le nombre d'orteils amputés sur un même pied)	300 €	500 €	700 €
- Phalange (quel que soit le nombre de phalanges amputées sur un même pied)	150 €	250 €	350 €
C - Section d'un tendon, d'un nerf ou d'une artère	113 €	188 €	263 €
Blessures des yeux (consécutif à un choc de l'oeil démontré)			
A - Perte totale et définitive de la vue des 2 yeux	3 000 €	5 000 €	7 000 €
B - Perte totale et définitive de la vue d'un oeil	1 500 €	2 500 €	3 500 €
C - Décollement de la rétine	525 €	875 €	1 225 €
D - Intervention chirurgicale ayant pour but de retirer de la chambre antérieure un élément étranger intra-oculaire	1 500 €	2 500 €	3 500 €
E - Intervention chirurgicale ayant pour but de retirer un élément infra-orbitaire	525 €	875 €	1 225 €
F - Suture d'une plaie conjonctivale	188 €	313 €	438 €
Divers			
- Blessure interne demandant une intervention chirurgicale abdominale ou thoracique	525 €	875 €	1 225 €
- Traumatisme crânien avec hospitalisation	750 €	1 250 €	1 750 €

Chapitre 5. La mise en œuvre des garanties

Article 11. Conditions liées à la déclaration de l'accident

Les prestations dues sont réglées, après réception et étude du dossier complet.

Pour permettre l'étude des demandes de prestations, les pièces listées à l'article 13 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 25 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.

Article 12. Modalités de règlement des prestations

Article 12.1. Etude du dossier de l'assuré

L'assuré se doit de communiquer au service du médecin conseil de la mutuelle, l'ensemble des pièces, notamment médicales, nécessaire à l'examen de sa situation.

Le service du médecin conseil de la mutuelle est organisé de façon à garantir la confidentialité des données de santé.

La prise en charge de l'indemnité forfaitaire est subordonnée à l'accord du médecin conseil de la mutuelle.

Article 12.2. Expertise médicale

La mutuelle se réserve le droit de faire contrôler l'état de santé de l'assuré.

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

L'assuré a 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.

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 13. Pièces justificatives à adresser

Les pièces à communiquer sont les 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,
- la copie recto/verso de la carte nationale d'identité en vigueur de l'assuré ou bien la copie des 3^{ème} et 4^{ème} page de son passeport en cours de validité
- tout document attestant de la qualité d'assuré au contrat
- toutes autres pièces nécessaires demandées par la mutuelle.

Seront également fournies les pièces suivantes selon la nature des lésions corporelles :

- en cas de fracture, un certificat médical constatant la fracture ainsi que la copie du compte-rendu radiographique permettant le diagnostic ;
- en cas de brûlure, le compte rendu médical constatant le degré de gravité de la ou des brûlure(s), le pourcentage de la surface du corps atteintes par la (les) brûlure(s) ainsi que les parties du corps atteintes par ces brûlures.
- en cas de luxation, le compte rendu radiologique constatant la ou les luxation(s) ainsi que le compte rendu opératoire de l'intervention chirurgicale ;
- en cas de lésion interne, le compte rendu opératoire de l'intervention chirurgicale.

TITRE 2– LA VIE DU CONTRAT

Chapitre 6. Evènements intervenant en cours de contrat

Article 14. Modification du contrat

Article 14.1 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 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 14.2 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 mineur) est possible à tout moment. La radiation des membres de la famille s'effectue dans les conditions énumérées à l'article 24 de la présente fiche d'information.

Article 15: 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.

Chapitre 7. Cotisations

Article 16. 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 17. Révision des cotisations

Article 17.1 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.

Article 17.2 Révision 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 18. Structure de cotisations attenant à la garantie

Le montant de la cotisation est fixé selon le nombre d'assurés inscrit au contrat. (Tarif en cas d'assuré unique et tarif en cas d'adhésion d'un couple et/ou de la famille).

Article 19. Montant et paiement des cotisations

La cotisation est fixée en fonction de 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 20. 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.

Chapitre 8. Résiliation du contrat

Article 21. 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 :

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

Article 22. 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 20 exposé ci-avant

Article 23. 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 85^{ème} anniversaire de l'adhérent.

Le conjoint de l'adhérent n'ayant pas atteint l'âge limite, a alors la possibilité de souscrire un nouveau contrat.

Article 24. Radiation des conjoint et enfants

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

→ En cas de réalisation de l'une des conditions de l'article 23 susvisé

Les garanties cesseront également :

- Au plus tard au 31 décembre de l'année du 85^{ème} anniversaire pour le conjoint.
- Au plus tard au 31 décembre de l'année du 18^{ème} anniversaire pour l'enfant à charge.
- Au plus tard au 31 décembre de l'année du 85^{ème} anniversaire de l'assuré principal pour l'enfant reconnu handicapé

Chapitre 9. Autres dispositions

Article 25. 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 26. 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 27. 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 28. 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 fausse 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 29. 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 30. 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 fautive 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 31. 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 32. 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.