

Conditions générales valant notice d'information

Sommaire

I. LES DÉFINITIONS	2	⊗ Article 12 : Modification de votre adhésion	8
II. LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3	⊗ Article 13 : Fausses déclarations	9
⊗ Article 1 : Objet du contrat	3	⊗ Article 14 : Résiliation de votre adhésion	9
⊗ Article 2 : Les intervenants au contrat	3	14.1 - Résiliation de votre adhésion à votre initiative	9
III. LES GARANTIES	3	14.2 - Résiliation à l'initiative de Mutex	9
⊗ Article 3 : Où s'exercent vos garanties	3	V. QUE SE PASSE T-IL EN CAS DE SINISTRE ?	9
⊗ Article 4 : Les garanties « décès »	3	⊗ Article 15 : Justificatifs à adresser	9
4.1 - Dispositions communes aux garanties « Décès »	3	15.1 - En cas de décès pour les garanties « Capital décès », (article 4.2.1), « Rente temporaire de conjoint » (article 4.3), « Rente viagère de conjoint » (article 4.4) et « Rente éducation progressive » (article 4.5)	9
4.2 - Capital décès - Perte totale et irréversible d'autonomie - Maladies graves et redoutées	4	15.2 - En cas de perte totale et irréversible d'autonomie pour la garantie définie à l'article 4.2.2	10
4.3 - « Rente temporaire de conjoint »	4	15.3 - En cas de survenance de maladie grave et redoutée pour la garantie définie à l'article 4.2.3	10
4.4 - « Rente viagère de conjoint »	4	15.4 - En cas d'arrêt de travail (incapacité temporaire totale de travail) définie à l'article 5.1	10
4.5 - « Rente éducation progressive »	5	15.5 - En cas d'incapacité permanente partielle ou totale définie à l'article 5.2	10
⊗ Article 5 : Les garanties « maintien de revenu »	5	⊗ Article 16 : Contrôle administratif et médical	10
5.1 - La garantie « Indemnités journalières »	5	16.1 - Administratif	10
5.2 - La garantie « Incapacité permanente »	6	16.2 - Médical	10
5.3 - Exonération des cotisations	7	⊗ Article 17 : Litiges médicaux dans le cas des prestations	10
⊗ Article 6 : Les exclusions	7	VI. LES DISPOSITIONS DIVERSES	11
6.1 - Exclusions communes à toutes les garanties	7	⊗ Article 18 : Information annuelle	11
6.2 - Exclusions applicables au capital supplémentaire versé suite à un accident et aux garanties «Maintien de revenu »	7	⊗ Article 19 : Protection des données à caractère personnel	11
6.3 - Exclusions propres aux garanties «Maintien de revenu »	7	⊗ Article 20 : Prescription	12
IV. LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION	7	⊗ Article 21 : Subrogation	12
⊗ Article 7 : Les conditions d'adhésion	7	⊗ Article 22 : Durée du contrat collectif	12
⊗ Article 8 : L'étude de votre dossier	8	⊗ Article 23 : Modification et résiliation du contrat collectif	12
8.1 - Nous acceptons de vous garantir sans réserve	8	23.1 - Modification du contrat collectif	12
8.2 - Nous acceptons de vous garantir mais avec des réserves	8	23.2 - Résiliation du contrat collectif	12
8.3 - Nous refusons de vous garantir	8	⊗ Article 24 : Réclamations et médiation	12
⊗ Article 9 : Faculté de renonciation	8		
⊗ Article 10 : Votre cotisation	8		
10.1 - En cours de contrat	8		
10.2 - En cas de non-paiement de cotisation	8		
⊗ Article 11 : Revalorisation	8		
11.1 - Revalorisation automatique de votre cotisation et de vos garanties	8		
11.2 - Revalorisation des prestations	8		
11.3 - Revalorisation du capital dû au titre de la garantie Capital Décès	8		
11.4 - Revalorisation des arrérages de rente dus entre le décès de l'assuré ouvrant droit au versement de la rente et la date de réception des pièces nécessaires au paiement des prestations	9		

I. LES DÉFINITIONS

Accidents :

Une atteinte corporelle est d'origine accidentelle, si elle est non intentionnelle de votre part, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Cependant, ne sont pas considérés comme étant d'origine accidentelle et sont donc indemnisés comme des maladies : les efforts de soulèvement, les lumbagos, les sciatiques, les éventrations, les hernies, les ruptures musculaires ou tendineuses et les lésions méniscales des genoux.

Congés légaux post et prénataux :

Les congés légaux de maternité correspondent à la période d'arrêt de travail qui précède et suit directement l'accouchement. Voici à titre d'exemple, la durée de ces congés légaux en 2011 (cf. article L1225-17 du Code du travail et suivants) :

- Vous avez droit à seize semaines de congés minimum : six semaines avant la date présumée de l'accouchement dont trois semaines obligatoires et dix semaines après ou treize semaines en cas de report maximum du congé prénatal vers le congé postnatal,
- Pour le troisième enfant, votre congé passe à vingt-six semaines, huit semaines avant l'accouchement et dix-huit semaines après, dont trois semaines reportables du congé prénatal au congé postnatal,
- En cas de naissances de jumeaux : les congés sont de douze semaines avant l'accouchement et vingt-deux semaines après, dont quatre semaines reportables du congé prénatal au congé postnatal.
- En cas de naissances de triplés ou plus : à vingt quatre semaines avant l'accouchement et vingt-deux semaines après.

Consolidation :

Stabilisation d'un état de santé après un accident ou une maladie laissant subsister des séquelles et n'étant plus susceptible d'amélioration ou d'évolution notable.

Délai d'attente :

Le délai d'attente commence à compter de la date d'effet de votre contrat ou du dernier avenant à votre contrat. **Durant cette période, les garanties n'ont pas d'effet. Ainsi, toute affection ou tout sinistre quel qu'il soit dont l'origine ou la première constatation médicale survient pendant ce délai ne peut donner lieu à prise en charge au titre des garanties concernées souscrites.**

Hospitalisation :

Séjour dans un hôpital ou une clinique qui a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou d'un accident.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) :

La Perte totale et irréversible d'autonomie se définit par l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque apportant gain ou profit et par l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Maladies graves et redoutées

Définition des 8 maladies graves et redoutées

CANCER :

Toute tumeur à développement anarchique qui pénètre, sans les respecter, les limites de son tissu originel ainsi que les tissus avoisinants et qui peut propager à distance des métastases.

Les tumeurs hématopoïétiques (leucémies, lymphomes, maladie de Kahler, etc.) entrent dans le cadre de cette définition. Seul, l'examen anatomopathologique définitif permet d'affirmer la malignité d'une tumeur.

Sont exclus de cette définition :

- Les tumeurs pT1a et pT1b de la prostate,
- Les mélanomes superficiels (SSM) dont l'indice de Breslow est inférieur à 0,70 mm avec un index de Clark de niveau I,

- Les tumeurs baso-cellulaires de la peau,
- Toutes les tumeurs dites « in situ » ou non invasives (n'ayant pas franchi les limites du tissu originel), exception faite des cancers du sein in situ dans leur forme lobulaire, qui sont couverts,
- Les tumeurs malignes associées au VIH.

INFARCTUS DU MYOCARDE :

Mort d'une portion variable du muscle cardiaque par anoxémie (ischémie totale).

Pour affirmer cette nécrose, il faut disposer :

1- de la confirmation par un cardiologue qualifié de la présence d'akinésie ou de dyskésie lors de l'échocardiographie ou autre méthode d'imagerie cardiaque reconnue, contemporaine,

2- et, simultanément, de la vérification d'au moins l'une des trois propositions suivantes :

- développement d'une onde pathologique Q au moins sur deux dérivations du tracé de l'électrocardiogramme ($Q \geq 0,04$ s ou $Q > 25$ % de l'amplitude de l'onde R),
- signes électrocardiographiques non spécifiques associés à des modifications significatives des marqueurs biochimiques (CPK-MB et troponine),
- symptomatologie récente d'infarctus du myocarde associée à des modifications significatives des marqueurs biochimiques (CPK-MB et troponine).

Sont également couverts les cas ne répondant que partiellement à la définition précédente si l'assuré a été traité soit par une thrombolyse intraveineuse, soit par une angioplastie d'une artère coronaire en urgence (les comptes-rendus d'hospitalisation seront joints à la déclaration de sinistre) et si le diagnostic a été confirmé par un cardiologue qualifié.

Un cardiologue qualifié doit affirmer le diagnostic selon les définitions mentionnées ci-dessus.

MALADIE DES ARTÈRES CORONAIRES :

Toute affection coronarienne nécessitant une intervention à thorax ouvert (pontage coronarien) pour désobstruer ou contourner les artères coronaires rétrécies.

ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL NON TRAUMATIQUE :

Tout épisode d'ischémie, par rupture ou par thrombose, d'une artère cérébrale aboutissant à des séquelles neurologiques permanentes. Les accidents ischémiques transitoires ne sont pas couverts.

La permanence du dommage neurologique doit être certifiée par un médecin neurologue qualifié, au plus tôt un mois après l'événement. Un déficit fonctionnel neurologique de 20 % doit être évalué par expertise trois mois après l'évènement.

INSUFFISANCE RÉNALE TERMINALE :

Toute déficience irréversible et terminale de la fonction rénale nécessitant une dialyse extra corporelle ou une greffe de rein ou les deux successivement. La nécessité d'une dialyse continue doit être certifiée par un médecin néphrologue qualifié.

GREFFE D'ORGANE :

Toute transplantation ou inscription sur une liste officielle d'attente de greffe des organes suivants exclusivement : cœur, poumon, rein, foie, pancréas. Les allogreffes de moelle hématopoïétique pour des affections non malignes sont couvertes.

SCLÉROSE EN PLAQUES INVALIDANTE :

Affection du système nerveux central évoluant par poussées. La démyélinisation progressive des neurones entraîne à plus ou moins long terme des troubles neurologiques permanents et invalidants.

Un médecin neurologue qualifié doit authentifier le diagnostic ainsi que les séquelles permanentes. Le score du patient sur l'échelle EDSS doit être supérieur ou égal à 5.

MALADIE DE PARKINSON ÉVOLUÉE :

Maladie dégénérative d'une partie du cerveau (locus niger) qui entraîne une perte du neurotransmetteur appelé la dopamine.

Cliniquement, elle se manifeste par :

- une dyskinésie voire une akinésie,
- une hypertonie musculaire,
- un tremblement au repos.

L'infirmité qui en découle va en croissant. Un neurologue qualifié doit affirmer le diagnostic et établir la bilatéralité des symptômes ainsi que la nécessité d'un traitement spécifique.

Seule la maladie de Parkinson idiopathique est couverte.

II. LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

⊙ Article 1 : Objet du contrat

Modulato Mutex est un contrat collectif à adhésion facultative, souscrit auprès de Mutex par l'Association des Mutualistes Pour la Protection Sociale (AMPPS) et l'association Aésio Vivre Mieux Ensemble (AVME), au profit de leurs membres participants et ayants droit au jour de la souscription du contrat collectif ou à une date ultérieure. La qualité de membre participant s'acquiert au jour de l'adhésion au contrat Modulato Mutex.

Il a pour objet de vous garantir, en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité permanente totale ou partielle, d'incapacité temporaire totale de travail, selon les options que vous aurez choisies.

Il est régi par le Code des assurances et relève des branches n° 1 « Accident », n° 2 « Maladie » et n° 20 « Vie-Décès » du Code des assurances.

⊙ Article 2 : Les intervenants au contrat

L'organisme assureur : Mutex, société anonyme régie par le Code des assurances, siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex.

Les souscripteurs :

- **Association des Mutualistes Pour la Protection Sociale (AMPPS)**, association régie par la loi du 1er juillet 1901, immatriculée au Répertoire Nationale des Associations, dont le siège social se situe 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex.
- **Aésio Vivre Mieux Ensemble (AVME)**, association à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901 et par le code des assurances, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro de 775 627 391, dont le siège social se situe 4 Rue du Général Foy - 75008 Paris.

L'AMPPS et l'AVME sont co-souscripteurs du présent contrat et sont individuellement dénommés souscripteur. Ils peuvent, pour l'exécution du présent contrat, déléguer tout ou partie des obligations qui leur incombent en qualité de souscripteur du contrat groupe à leurs mutuelles ou à Mutex.

Les adhérents acquièrent la qualité de membre de droit personne physique de l'AVME (pour les seuls assurés pour lesquels le contrat a été distribué par AESIO) ou de l'AMPPS pour tous les autres assurés.

L'adhérent-assuré :

Vous êtes l'adhérent. Vous avez signé le Bulletin d'adhésion et vous réglez les cotisations.

Vous êtes également l'assuré, personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie et bénéficiaire des prestations PTIA, Maladies graves et redoutées, indemnités journalières et incapacité permanente.

Vous devez résider en France ou dans les territoires mentionnés à l'article 3.

Les bénéficiaires des prestations en cas de décès sont les personnes que vous avez désignées pour chaque garantie choisie ou à défaut de désignation, celles désignées dans le contrat. Ils percevront ces prestations lors de votre décès.

L'organisme de contrôle est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 9.

III. LES GARANTIES

⊙ Article 3 : Où s'exercent vos garanties

Vos garanties sont acquises en France, Monaco, la Guyane, la Martinique, la Guadeloupe, la Réunion, territoires d'outre-mer, pays de l'Union Européenne et Suisse. Dans le reste du monde les garanties sont acquises pour des séjours n'excédant pas trois mois.

Toutefois, pendant cette période de trois mois, pour les garanties « Maintien de revenu » lorsque l'accident ou la maladie survient à l'étranger, seules peuvent ouvrir droit à prestations les périodes d'hospitalisation. S'il n'y a pas eu d'hospitalisation, l'indemnisation ne commencera qu'au retour en France, après application de la franchise.

⊙ Article 4 : Les garanties « Décès »

Votre contrat doit obligatoirement comporter, pour un montant minimum fixé en fonction du tarif en vigueur, au moins la garantie Capital décès - Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes Maladies graves et redoutées (4.2).

Les garanties suivantes sont optionnelles :

- Rente temporaire de conjoint (4.3)
- Rente viagère de conjoint (4.4)
- Rente éducation progressive (4.5)

Ces différentes garanties sont cumulables.

4.1 - Dispositions communes aux garanties « Décès »

4.1.1 - Prise d'effet des garanties « Décès »

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie par accident, la prise d'effet est **immédiate** dès le règlement de votre première cotisation.

En cas de décès par maladie, de maladie grave et redoutée ou de perte totale irréversible d'autonomie par maladie, la prise d'effet est subordonnée à l'acceptation médicale de votre dossier par le médecin conseil ou à la signature de la lettre de réserve par vous même, et au règlement de votre première cotisation. À compter de la date d'effet de votre adhésion, **un délai d'attente de 90 jours** commence à courir. Toute affection dont l'origine ou la première constatation médicale débute pendant cette période ne sera pas couverte par la garantie.

Le délai d'attente s'appliquera également si vous souscrivez une nouvelle garantie décès en cours de contrat et débutera à la date d'effet de l'avenant.

Le délai d'attente s'appliquera également si vous augmentez vos garanties en cours de contrat et débutera à la date de modification et portera sur le différentiel des montants garantis.

Le délai d'attente est supprimé, dans la limite des garanties antérieures, à condition que l'adhésion au contrat remplace un contrat de même nature et qu'il soit résilié, à votre demande, depuis moins de 2 mois.

4.1.2 - Cessation des garanties « Décès »

Les garanties cessent :

- à l'arrêt du paiement de vos cotisations sauf si la garantie exonération (5.3) a pris le relais,
- au jour où les conditions exigées par le contrat, telles que définies à l'article 7 ne sont plus réunies,
- à l'issue de la procédure de résiliation des garanties pour défaut de paiement des cotisations, telle que prévue à l'article 10.2,
- à la date anniversaire de l'adhésion, l'année au cours de laquelle vous serez âgé (âge calculé par différence de millésime) de :
 - 75 ans pour les garanties « Capital décès », « Rente temporaire de conjoint », « Rente viagère de conjoint » et « Rente éducation progressive »,
 - 60 ans pour les garanties « Capital perte totale et irréversible d'autonomie » et « Capital maladies graves et redoutées ».

4.2 - Capital décès - Perte totale et irréversible d'autonomie - Maladies graves et redoutées

4.2.1 - « Capital Décès »

Désignation des bénéficiaires et informations légales sur les conséquences de cette désignation

- Vous pouvez désigner le(s) bénéficiaire(s) dans le bulletin d'adhésion ou ultérieurement par voie d'avenant. Cette désignation peut également être effectuée, entre autres, par acte sous seing privé ou par acte authentique.
- Si le bénéficiaire est nommément désigné, les coordonnées de ce dernier peuvent être portées au bulletin d'adhésion ; elles seront utilisées par Mutex lors de votre décès.
- La clause bénéficiaire peut être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.
- Toutefois, la désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par ce dernier, effectuée dans les conditions suivantes :
 - par voie d'avenant signé de Mutex, de l'adhérent et du bénéficiaire,
 - ou par voie d'acte authentique ou sous seing privé, signé de l'adhérent et du bénéficiaire, qui devra être notifiée par écrit à Mutex pour lui être opposable.

Lorsque la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit (sans contrepartie), l'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où l'adhérent est informé que le contrat d'assurance est conclu.

Cette garantie est obligatoire.

Si vous venez à décéder, nous procéderons au versement d'un capital à vos bénéficiaires.

Le montant du « Capital décès » et les bénéficiaires que vous avez désignés figurent sur vos conditions particulières ou sur votre dernier avenant en cas de modification ultérieure à l'adhésion.

À défaut de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés ou de renonciation de tous les bénéficiaires, les bénéficiaires sont :

- le conjoint survivant de l'assuré non séparé de corps judiciairement au moment du décès, à défaut ;
- le partenaire de l'assuré lié par un Pacs ayant cette qualité au moment du décès, à défaut ;
- le concubin notoire de l'assuré, à défaut ;
- les enfants de l'assuré nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut ;
- les héritiers de l'assuré en application des règles de la dévolution successorale légale.

Dans le cas où le « Capital maladies graves et redoutées » vous aurait été réglé par avance, ce montant sera déduit du « Capital décès ».

Si la cause du décès est due à un accident, nous vous verserons un capital supplémentaire égal au montant initial du « Capital décès ». Le décès doit se produire au plus tard un an après l'accident et en être la conséquence. La preuve du lien de causalité incombe aux bénéficiaires du « Capital décès ».

En plus des cas de cessation de garantie indiqués au 4.1.2, cette garantie cesse au paiement du « Capital perte totale et irréversible d'autonomie ».

4.2.2 - « Capital perte totale et irréversible d'autonomie »

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie se définit par l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque apportant gain ou profit et par l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Cette garantie est obligatoirement associée à la garantie « Capital décès ». Toutefois, en cas de souscription de la garantie « Capital décès » après l'âge de 60 ans, vous ne pourrez plus bénéficier de la garantie « Capital perte totale et irréversible d'autonomie ». Elle cesse de plein droit à cet âge.

Dès la consolidation de votre état de santé, après accord de notre médecin conseil, si vous pouvez bénéficier de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie, nous procéderons au règlement,

à votre profit, du « Capital perte totale et irréversible d'autonomie ». Le montant de ce capital est égal au montant du « Capital décès » défini dans vos conditions particulières. **En tout état de cause, la garantie « Capital décès » cesse de plein droit.**

Cependant, si la perte totale et irréversible d'autonomie survient hors de France (sauf Monaco), c'est la date de première constatation médicale en France par un médecin qui sert de point de départ au versement du capital.

Dans le cas où le « Capital maladies graves et redoutées » vous aurait été réglé par avance, ce montant serait déduit du « Capital perte totale et irréversible d'autonomie ».

Si la perte totale et irréversible d'autonomie est due à un accident, nous vous verserons un capital supplémentaire égal au montant initial du « Capital décès ». La Perte totale et irréversible d'autonomie doit se produire au plus tard un an après l'accident et en être la conséquence. La preuve du lien de causalité vous incombe.

4.2.3 - « Capital maladies graves et redoutées »

Cette garantie est obligatoirement associée à la garantie « Capital décès ». Toutefois, en cas de souscription de la garantie « Capital décès » après l'âge de 60 ans, vous ne pourrez plus bénéficier de la garantie « Capital maladies graves et redoutées ». En tout état de cause, elle cesse de plein droit à cet âge.

Les maladies graves et redoutées prises en compte sont décrites dans « Les définitions ».

L'évolution de la médecine et des traitements médicaux peut nécessiter d'adapter et de modifier les définitions des maladies graves et redoutées, enlever certaines maladies de la liste, en rajouter d'autres. Dans un tel cas, Nous vous informerons de ces modifications par l'envoi d'une notice d'information modificative, conformément aux dispositions prévues à l'article 23. Vous aurez alors un délai de 30 jours à compter de la réception de cette notice modificative pour résilier cette garantie ou votre contrat si vous n'acceptez pas ces modifications.

Si une maladie grave et redoutée survient hors de France (sauf Monaco), c'est la date de première constatation médicale en France par un médecin qui sert de point de départ au versement du capital.

Dès la reconnaissance de cette maladie grave et redoutée par le médecin-conseil de Mutex, nous procéderons au règlement, à votre profit, du « Capital maladies graves et redoutées ».

Le montant de ce capital correspond à 30 % du « Capital décès » et ne pourra jamais excéder 15 000 €. Il est défini dans vos conditions particulières.

Les garanties « Capital décès » et « Capital perte totale et irréversible d'autonomie » seront minorées de plein droit du montant versé dans le cadre de cette garantie.

Ce « Capital maladies graves et redoutées » ne peut être versé qu'une seule fois au cours de votre adhésion.

En plus des cas de cessation de garantie indiqués au 4.1.2, cette garantie cesse au paiement du « Capital perte totale et irréversible d'autonomie ».

4.3 - « Rente temporaire de conjoint »

Si vous venez à décéder, nous procéderons au paiement d'une rente à votre « conjoint » pendant une durée de 5 ans. En cas de décès de ce dernier avant le terme des 5 ans, la rente cesse d'être versée.

Le montant de la rente temporaire annuel figure sur vos conditions particulières. Elle sera payée trimestriellement, par quart, à terme échu.

Par « conjoint », il faut entendre :

- votre conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment du décès, à défaut ;
- votre partenaire lié par un Pacs ayant cette qualité au moment du décès, à défaut ;
- votre concubin notoire.

4.4 - « Rente viagère de conjoint »

Si vous venez à décéder, nous procéderons au paiement d'une rente viagère à votre « conjoint ». En cas de décès de ce dernier la rente cesse d'être versée.

Le montant de la rente viagère annuel figure sur vos conditions particulières. Elle sera payée trimestriellement, par quart, à terme échu.

Par « conjoint », il faut entendre :

- votre conjoint survivant non séparé de corps judiciairement au moment du décès, à défaut ;
- votre partenaire lié par un Pacs ayant cette qualité au moment du décès, à défaut ;
- votre concubin notoire.

4.5 - « Rente éducation progressive »

Si vous venez à décéder, nous procéderons au paiement d'une rente éducation aux enfants bénéficiaires que vous aurez nommé désignés aux conditions particulières ou avenants à vos conditions particulières, en cas de modification en fonction de l'évolution de la composition de votre famille.

Le montant de la rente, les noms, prénoms et dates de naissance des enfants seront inscrits sur vos conditions particulières ou avenants à vos conditions particulières.

Chaque rente sera payée trimestriellement à terme échu. Le niveau de la rente est choisi à l'adhésion et/ou à la modification de vos conditions particulières par avenant. Il sera le même pour chaque enfant. La rente croît par palier en fonction de l'âge de l'enfant. 3 paliers sont définis :

- 1^{er} palier de 100 % de 0 à 11 ans,
- 2^e palier de 150 % du 1^{er} palier de 12 à 17 ans,
- 3^e palier de 200 % du 1^{er} palier de 18 à 25 ans.

Les changements de palier interviennent à la date anniversaire du jour de naissance de chaque enfant. La rente trimestrielle est calculée au prorata en cas de changement de palier en cours de trimestre.

La rente est versée jusqu'aux 18 ans de l'enfant. Elle est prorogée en cas de poursuite des études jusqu'à ses 25 ans sur production d'un certificat de scolarité qui devra nous parvenir dans les 30 jours qui suivent la rentrée scolaire.

Au-delà des 18 ans, le versement de la rente cesse à la date signifiant la fin de l'année scolaire sur le certificat de scolarité.

En cas de décès du bénéficiaire avant le terme prévu pour le versement de la rente, la rente cesse d'être versée.

🔍 Article 5 : Les garanties « maintien de revenu »

Les garanties « Maintien de revenu » ne peuvent être souscrites qu'associées à une garantie « Décès ».

Vous pouvez souscrire les garanties décrites, ci-après, pour un montant minimum et maximum fixés en fonction du tarif en vigueur.

Vous ne pouvez bénéficier de ces garanties que si vous exercez effectivement une activité professionnelle au premier jour de l'arrêt de travail.

Vous ne pouvez choisir un montant d'indemnités journalières ou/et rente qui vous ferait bénéficier, en cas d'arrêt de travail, de ressources supérieures à celles que vous procure votre activité professionnelle, compte tenu des prestations versées par d'autres organismes (régimes obligatoires, facultatifs...)

Pour cela, Mutex se fonde sur vos déclarations lors de l'adhésion. Il vous appartient de nous informer de toute cessation ou modification d'activité professionnelle, ou de toute évolution du montant de vos revenus à la hausse ou à la baisse dans une proportion de 20 % dans les 15 jours, conformément aux dispositions de l'article 12.

5.1 - La garantie « Indemnités journalières »

Les garanties « Indemnités journalières » vous assurent le versement d'indemnités journalières lorsque vous êtes momentanément en incapacité temporaire totale, c'est-à-dire dans l'incapacité complète d'exercer une activité professionnelle quelconque par suite de maladie ou d'accident médicalement constaté. Le montant des indemnités journalières est défini dans vos conditions particulières.

5.1.1 - Prise d'effet de la garantie « Indemnités journalières »

La prise d'effet est subordonnée à l'acceptation médicale de votre dossier par le médecin conseil ou à la signature de la lettre de réserve par vous-même et au règlement de votre première cotisation. La prise d'effet ne peut être antérieure à la date d'effet de votre adhésion figurant sur vos conditions particulières ou à la date d'effet de votre avenant en cas de souscription ou d'augmentation du montant de la garantie en cours de contrat.

Délai d'attente pour la prise d'effet des garanties « Indemnités journalières » :

Le délai commence à courir à compter de la date d'effet de votre adhésion.

Aucun délai d'attente n'est applicable pour les arrêts de travail consécutifs à un accident. La preuve de la cause accidentelle vous incombe.

Pour les arrêts de travail consécutifs à une maladie, un délai d'attente, d'une durée de :

- **3 ans**, s'applique pour les arrêts de travail en rapport avec des troubles neuropsychiques, des maladies psychiatriques, des dépressions nerveuses, des états dépressifs et des fibromyalgies lorsqu'ils n'ont pas fait l'objet de réserve de la part du médecin conseil,
- **1 an**, s'applique pour les arrêts pathologiques liés à la maternité, les arrêts de travail liés aux soins ou traitements destinés à favoriser une grossesse et les procréations médicalement assistées,
- **90 jours**, s'applique pour tous les autres arrêts de travail, à l'exception des exclusions prévues à l'article 6 et des réserves médicales.

Le délai d'attente s'appliquera également si vous souscrivez une nouvelle garantie Indemnités Journalières en cours de contrat et il débutera à la date d'effet de l'avenant.

Le délai d'attente s'appliquera également si vous augmentez le montant de l'une de vos garanties en cours de contrat et il débutera à la date de modification et portera sur le différentiel des montants garantis.

5.1.2 - Franchise

Le versement des indemnités journalières **ne débute qu'après une période ininterrompue d'arrêt de travail appelée franchise continue** dont la durée est précisée sur vos conditions particulières. Toutefois, si après un arrêt indemnisé par nos soins, vous reprenez votre activité puis retombez en incapacité de travail moins de 60 jours après la reprise, les indemnités journalières vous seront versées sans application d'une nouvelle franchise. En effet, nous considérons alors qu'il y a **rechute**, à condition bien sûr que les arrêts suivants aient la **même cause** que le premier, sinon il s'agira d'un nouveau sinistre et la franchise devra être appliquée à nouveau.

5.1.3 - Prestation

La prestation sera égale au montant des indemnités journalières figurant sur vos conditions particulières ou votre dernier avenant en tenant compte de la revalorisation (**11.2**). Cette prestation est versée, par quinzaine à terme échu, exclusivement en France et dans la devise en cours au moment du paiement.

Si l'incapacité temporaire totale survient hors de France (sauf Monaco), c'est la date de première constatation médicale en France par un médecin qui sert de point de départ à la prestation, après application de la franchise.

En cas d'avenant d'augmentation de garantie en cours de contrat, si l'arrêt de travail débute pendant le délai d'attente défini au **5.1.1**, le montant de la prestation servie correspondra au montant précédemment souscrit.

Si vous avez résilié depuis moins de 2 mois une adhésion comportant une garantie « Indemnités journalières » de même nature, le délai d'attente de 90 jours défini à l'article 5.1.1 est supprimé. Dans le respect des conditions générales de Modulato Mutex, nous indemniserons tout nouvel arrêt de travail survenant pendant ce délai d'attente et les suivants, s'ils sont liés à la même affection, sur la base du montant de la garantie souscrite chez le précédent assureur et dans la limite du montant figurant dans vos conditions particulières ainsi qu'en appliquant, la franchise prise en considération, laquelle figure sur vos conditions particulières.

5.1.4 - Durée d'indemnisation (y compris la franchise)

La durée est de 1 095 jours.

L'indemnisation relative à l'ensemble des pathologies exclues ; troubles neuropsychiques, maladies psychiatriques, dépressions nerveuses, états dépressifs et fibromyalgies, sera limitée à **6 mois** pour toute la durée de votre contrat.

La durée d'indemnisation peut être épuisée en un ou plusieurs arrêts de travail, y compris l'indemnisation relative aux pathologies exclues du paragraphe précédent.

Si un nouvel arrêt de travail intervient après une reprise effective et continue de l'activité professionnelle d'une durée minimum d'un an, la durée d'indemnisation est intégralement reconstituée.

En cas d'arrêt de travail intervenant moins d'un an après les précédents, la durée d'indemnisation est calculée en déduisant le nombre de jours ayant donné lieu à versement d'indemnités journalières au titre d'arrêts de travail intervenus sur cette période, jusqu'à épuisement du crédit.

Si vous percevez des indemnités journalières et si vous reprenez une activité professionnelle à temps plein ou à temps partiel, dans tous les cas, vous ne pouvez percevoir des indemnités journalières qui vous feraient bénéficier de ressources supérieures à celles que vous procurait votre activité professionnelle au jour de votre arrêt de travail, et ce, compte tenu des prestations versées par d'autres organismes (régimes obligatoires, facultatifs...).

Nous pourrions être amenés à réduire le montant de vos prestations voire d'en suspendre le versement.

5.1.5 - Le versement des indemnités journalières cesse

- dès que votre état de santé permet la reprise d'une activité professionnelle même partielle. Toutefois, si cette reprise à temps partiel a des raisons thérapeutiques, votre indemnité journalière sera réduite de moitié et vous sera réglée pendant 6 mois au plus,
- au jour où vous êtes admis à bénéficier de la rente incapacité permanente. Le déclenchement de la rente met définitivement fin aux garanties « Indemnités journalières »,
- au 1 095^e jour de votre arrêt de travail, y compris les périodes de mi-temps thérapeutique,
- à l'arrêt du paiement de vos cotisations, sauf si la garantie exonération (5.3) a pris le relais,
- à l'issue de la procédure de résiliation pour défaut de paiement des cotisations telle que prévue à l'article (10.2),
- au jour où les conditions exigées par le contrat telles que définies à l'article 7 ne sont plus réunies,
- à la date anniversaire de l'adhésion, l'année au cours de laquelle vous serez âgé de 65 ans,
- au jour où vous liquidez vos droits à la pension vieillesse (départ en retraite).

5.1.6 - Option rachat de franchises

Cette option vient en complément des garanties « Indemnités journalières » (5.1.2). Elle permet la suppression des franchises :

- si l'arrêt de travail fait suite à une hospitalisation supérieure à 3 jours,
- en cas d'accident, si l'arrêt de travail qui en découle est supérieur à 15 jours.

5.2 - La garantie « Incapacité permanente »

Vous êtes considéré en incapacité permanente s'il y a réduction définitive de votre potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel qui se traduit par une diminution de votre capacité de travail et de gain.

Cette garantie vous permet de percevoir une rente trimestrielle payable à terme échu. Cette rente est versée exclusivement en France et dans la devise en cours au moment du paiement.

Le montant de la rente est défini dans vos conditions particulières. Il sera également déterminé en fonction du taux d'incapacité permanente reconnu par notre médecin conseil (selon le barème figurant ci-dessous).

Si l'incapacité permanente survient hors de France (sauf Monaco), c'est la date de première constatation médicale en France par un médecin désigné par Mutex qui sert de point de départ à la prestation.

5.2.1 - Prise d'effet de la garantie « Incapacité permanente »

La prise d'effet est subordonnée à l'acceptation médicale de votre dossier par le médecin conseil ou à la signature de la lettre de réserve par vous-même et au règlement de votre première cotisation. La prise d'effet ne peut être antérieure à la date d'effet de votre adhésion figurant sur vos conditions particulières ou à la date d'effet de votre avenant en cas de souscription ou d'augmentation de garantie en cours de contrat.

Délai d'attente pour la prise d'effet de la garantie « Incapacité permanente » :

Le délai commence à courir à compter de la date d'effet de votre adhésion.

Aucun délai d'attente n'est applicable pour les incapacités permanentes consécutives à un accident. La preuve de la cause accidentelle vous incombe.

Un délai d'attente d'une durée de **90 jours** s'applique pour la prise en charge de l'incapacité permanente suite à une maladie, à l'exception des exclusions prévues à l'article 6 et des réserves médicales.

En cas d'avenant augmentant le montant de la garantie en cours de contrat, si une maladie est constatée pendant le délai d'attente de 90 jours, le montant de la prestation servie correspondra au montant précédemment souscrit.

Si vous avez résilié, depuis moins de 2 mois, une adhésion comportant une garantie « Incapacité permanente » de même nature, nous vous indemniserons toute nouvelle incapacité permanente dont l'événement générateur a eu lieu pendant le délai d'attente, en nous référant aux conditions générales de Modulato Mutex, sur la base du montant de la garantie souscrite chez le précédent assureur dans la limite du montant figurant dans vos conditions particulières.

5.2.2 - Détermination du taux d'incapacité permanente

Le calcul de votre taux d'incapacité permanente ne pourra être effectué qu'après la consolidation de votre état de santé (voir « Les définitions »).

Le taux d'incapacité permanente est fonction, à la fois, du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle, sans tenir compte des éventuelles invalidités, infirmités préexistantes et des exclusions prévues à l'article 6 ou des réserves médicales. Le taux est déterminé obligatoirement en France.

Le taux d'incapacité fonctionnelle sera apprécié de 0 à 100 %, en dehors de toute considération liée à votre activité professionnelle, par expertise et par référence au dernier barème en droit commun édité par la revue « *Le Concours Médical* ».

Le taux d'incapacité professionnelle sera apprécié de 0 à 100 % d'après la nature de l'incapacité professionnelle par rapport à la profession que vous exercez en tenant compte :

- de la façon dont elle était exercée antérieurement à l'accident ou la maladie,
- des conditions normales d'exercice de la profession,
- des possibilités d'exercice restantes.

Le taux d'incapacité permanente sera déterminé en fonction des 2 taux définis ci-dessus d'après le tableau ci-après :

TAUX D'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE	TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10					33.02	36.59	40.00	43.27	46.42
20				36.94	41.60	46.10	50.40	54.51	58.48
30			36.34	42.17	47.62	52.78	57.69	62.40	66.94
40		33.02	40.00	46.42	52.42	58.09	63.50	68.68	73.68
50		35.57	43.09	50.00	56.46	62.57	68.40	73.99	79.37
60		37.80	45.79	53.13	60.00	66.49	72.69	78.62	84.34
70		39.79	48.20	55.93	63.16	70.00	76.52	82.79	88.79
80		41.60	50.40	58.48	66.04	73.19	80.00	86.54	92.83
90	33.02	43.27	52.42	60.82	68.68	76.12	83.20	90.00	96.55
100	34.20	44.81	54.29	63.00	71.14	78.84	86.18	93.22	100.00

En cas d'incapacité permanente dont le taux est supérieur ou égal à 66 %, la prestation sera égale à 100 % du montant de la rente figurant dans vos conditions particulières ou dans votre avenant en tenant compte de la revalorisation prévue à l'article 11.

En cas d'incapacité permanente dont le taux est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %, la prestation sera égale à 50 % du montant de la rente figurant dans vos conditions particulières ou dans votre avenant en tenant compte de la revalorisation.

En cas d'incapacité permanente dont le taux est inférieur à 33 %, nous ne verserons aucune prestation.

5.2.3 - Le versement de la rente cesse

- à la révision de la rente par notre médecin conseil dès que le taux d'incapacité est inférieur à 33 %,
- à l'arrêt du paiement de vos cotisations, sauf si la garantie exonération (5.3) a pris le relais,
- au jour où les conditions exigées par le contrat telles que précisées à l'article 7 ne sont plus réunies,
- au jour où l'assuré est admis à faire valoir ses droits à une pension vieillesse (âge légal) et au plus tard à 62 ans.

Si vous percevez une rente d'incapacité permanente et si vous reprenez une activité professionnelle à temps plein ou à temps partiel, dans tous les cas, vous ne pouvez percevoir une rente qui vous ferait bénéficier de ressources supérieures à celles que vous procurait votre activité professionnelle au jour de votre arrêt de travail, et ce, compte tenu des prestations versées par d'autres organismes (régimes obligatoires, facultatifs...). Nous pourrions être amenés à réduire le montant de votre rente, voire suspendre son versement.

5.3 - Exonération des cotisations

Cette garantie nous permet de prendre en charge le paiement de vos cotisations arrivant à échéance si vous l'avez souscrite et êtes indemnisé au titre des garanties « Indemnités journalières » (5.1) ou « Incapacité permanente » (5.2).

Elle est obligatoire si vous souscrivez la garantie « Incapacité permanente » (5.2) à l'adhésion ou en cours de contrat.

Elle ne pourra jamais être souscrite seule en cours de contrat. Elle devra obligatoirement accompagner une garantie « Indemnités journalières » (5.1) ou « Incapacité permanente » (5.2) nouvellement souscrite.

5.3.1 - Prise d'effet de la garantie

Un délai d'attente d'1 an, qui démarre à compter de la date d'effet de votre adhésion ou de votre dernier avenant en cas de souscription de cette garantie en cours de contrat, est nécessaire pour la prise d'effet de la garantie « Exonération des cotisations ».

5.3.2 - Franchise

La prise en charge du paiement des cotisations **ne débute qu'après une période ininterrompue d'arrêt de travail de 90 jours appelée franchise continue**.

En cas de rechute, telle que définie au 5.1.2, cette franchise continue de 90 jours s'apprécie à compter de la date d'arrêt de travail initial ayant donné lieu à la rechute.

5.3.3 - Cessation de la garantie

La prise en charge de vos cotisations s'arrête à la date où cessent toutes vos prestations « Indemnités journalières » (5.1) ou « Incapacité permanente » (5.2).

🕒 Article 6 : Les exclusions

Un certain nombre de risques ne sont effectivement pas pris en charge lorsqu'ils surviennent pendant le délai d'attente, décrit dans les articles concernant la prise d'effet des garanties, défini aux 4.1.1, 5.1.1 et 5.2.1 ou lorsqu'ils sont la conséquence des événements décrits ci-après.

6.1 - Exclusions communes à toutes les garanties

Risques exclus qui sont la conséquence :

- de votre suicide dans la première année de l'adhésion,
- des faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
- des faits résultant directement ou indirectement des faits de guerre civile ou étrangère,
- des émeutes, insurrections, actes de terrorisme ou sabotage, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels

qu'en soient les protagonistes, dès lors que vous y prenez une part active,

- de tout phénomène de radioactivité,
- du fait intentionnellement causé ou provoqué par vous-même ou l'un de vos bénéficiaires.

6.2 - Exclusions applicables au capital supplémentaire versé suite à un accident et aux garanties « Maintien de revenu »

Risques exclus qui sont la conséquence :

- d'actes que vous effectueriez sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la route ;
- d'actes que vous effectueriez sous l'emprise de stupéfiants ou drogues non prescrits médicalement ;
- de la conduite de tout engin, si vous n'êtes pas qualifié ou si vous ne détenez pas le permis requis par la réglementation en vigueur ;
- de la pratique d'un sport à titre professionnel sauf acceptation par l'assureur mentionnée dans les conditions particulières de votre adhésion ;
- des démonstrations, raids, acrobaties, compétitions, nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ;
- de la pratique de sports aériens, automobiles, motocyclistes, motonautiques à titre professionnel ou amateur ;
- de la pratique non encadrée par une personne reconnue par la fédération de l'une des disciplines suivantes alpinisme spéléologie, rafting, canyoning, bobsleigh, plongée avec équipement autonome, saut à l'élastique, ski hors piste ou acrobatique, tous types de boxes ;
- des vols sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide.

6.3 - Exclusions propres aux garanties « Maintien de revenu »

Risques exclus qui sont la conséquence :

- d'accidents, maladies, invalidités et infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à l'adhésion et qui sont formellement exclus dans les conditions particulières sur la base des déclarations de l'assuré lors de l'adhésion ;
- d'accidents, maladies, invalidités et infirmités survenus à l'occasion de l'exercice d'une activité professionnelle différente de celle indiquée sur vos conditions particulières ou sur votre dernier avenant ;
- d'arrêts de travail liés à l'alcoolisme, à l'usage de stupéfiants ou drogues non prescrits médicalement ;
- de troubles neuropsychiques, maladies psychiatriques, dépressions nerveuses et états dépressifs ;
- de fibromyalgie ;
- d'hospitalisations et séjours dans les maisons de repos ou de retraite, les établissements psychiatriques, de rééducation (à l'exclusion des séjours consécutifs à un accident ou une maladie couvert par le contrat), de cures thermales, marines et de rajeunissement, de traitements, esthétiques, de cures de désintoxication quelle qu'en soit la cause ;
- d'arrêts de travail liés à la maternité (les professions libérales sont assimilés aux salariés pour l'appréciation de la durée des congés légaux post et prénataux), voir « Les définitions ».

IV. LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION

🕒 Article 7 : Les conditions d'adhésion

Vous devez être âgé :

- au minimum de 18 ans,
- au maximum de 70 ans pour souscrire les garanties « Décès » définies à l'article 4 ;

- au maximum de 60 ans pour les garanties « Maintien de revenu » définies à l'article 5.

Votre âge est calculé par différence de millésime entre l'année d'adhésion et votre année de naissance.

Vous devez déclarer le plus précisément possible votre activité professionnelle et les revenus qu'elle procure afin que nous puissions apprécier le risque.

Vous devez compléter et signer le bulletin d'adhésion et le questionnaire médical. Le cas échéant, le médecin conseil pourra vous demander des examens ou renseignements complémentaires à lui retourner sous pli confidentiel.

Vous devez régler votre première cotisation.

📌 Article 8 : L'étude de votre dossier

Après étude de votre dossier, nous vous informons de notre décision :

8.1 - Nous acceptons de vous garantir sans réserve

Vous recevrez alors des conditions particulières indiquant les garanties que vous avez choisies, leurs montants, la date d'effet de l'adhésion, la clause bénéficiaire.

8.2 - Nous acceptons de vous garantir mais avec des réserves

Il vous sera alors proposé une ou plusieurs exclusions, et/ou une majoration de tarif appelée surcotisation.

Cette proposition vous sera notifiée par lettre confidentielle vous précisant l'affectation qui justifie l'exclusion ou le montant de la surcotisation.

Vous pouvez alors accepter ou refuser les réserves.

Si vous acceptez les réserves :

Dans ce cas, vous retournerez l'un des deux exemplaires de la lettre, sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil, après l'avoir signée et revêtue de la mention « BON POUR ACCORD ».

Cet exemplaire devra impérativement être retourné dans les 15 jours suivant sa date d'envoi par Mutex. Vous recevrez alors des conditions particulières indiquant les garanties que vous avez choisies, leurs montants, la date d'effet de l'adhésion, la clause bénéficiaire et les références des réserves acceptées.

À défaut, vous serez considéré comme ayant renoncé à votre adhésion et la cotisation versée vous sera remboursée.

Si vous refusez les réserves :

Votre refus signifiera que vous renoncez à votre demande d'adhésion, le montant de la cotisation versée vous sera alors remboursé.

8.3 - Nous refusons de vous garantir

Dans ce cas, la cotisation versée vous est remboursée.

📌 Article 9 : Faculté de renonciation

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date d'émission figurant sur vos conditions particulières. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, datée et signée et envoyée à l'adresse suivante : Mutex - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex.

Elle peut être rédigée en ces termes :

« Je soussigné(e), (nom, prénom), demeurant à (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au Modulato Mutex n° _____ effectuée le _____, et demande le remboursement total des sommes versées.

Date et signature ».

Dans un délai de trente jours à compter de la date de réception de votre lettre recommandée, nous vous restituerons l'intégralité des sommes versées.

📌 Article 10 : Votre cotisation

Elle est déterminée en fonction de votre âge et des réponses que vous avez fournies à l'adhésion notamment concernant le descriptif de votre activité professionnelle et votre état de santé par l'intermédiaire du questionnaire médical.

La cotisation est payable annuellement et d'avance. Toutefois, nous vous laissons aussi la possibilité de choisir une périodicité de paiement semestrielle, trimestrielle ou mensuelle (modalité prévue sur le bulletin d'adhésion).

10.1 - En cours de contrat

Votre cotisation va évoluer chaque année, à la date anniversaire de votre adhésion, en fonction :

- de votre âge,
- de la revalorisation (11.1).

Elle peut également évoluer à la date anniversaire de votre adhésion, en fonction ;

- des modifications concernant vos garanties,
- de motifs législatifs ou réglementaires,
- des résultats du contrat collectif.

10.2 - En cas de non-paiement de cotisation

• Votre cotisation doit être réglée dans les 10 jours de son échéance. A défaut, nous vous adresserons une lettre recommandée vous en réclamant le montant.

• Vous devrez alors, impérativement, payer celle-ci dans les 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, ainsi que les cotisations venues à échéance pendant ce délai.

• A l'issue de ce délai, si les cotisations ne sont toujours pas payées, l'adhésion sera définitivement résiliée, à moins que vous n'apportiez la preuve que le non-paiement était dû à un cas fortuit ou de force majeure.

En tout état de cause, aucune prise en charge ne peut intervenir pour des événements survenant durant la période de 40 jours précitée de suspension de la garantie ou après résiliation de l'adhésion.

Les cotisations que vous avez antérieurement versées demeurent acquises à Mutex.

📌 Article 11 : Revalorisation

11.1 - Revalorisation automatique de votre cotisation et de vos garanties

Votre cotisation et vos garanties sont revalorisées à chaque date anniversaire de l'adhésion suivant la valeur du point Agirc constatée au 1^{er} juillet des deux années précédentes.

Vous pouvez refuser cette revalorisation.

Si le paiement de vos cotisations est exonéré pendant 3 ans continus, les garanties cessent d'être revalorisées.

11.2 - Revalorisation des prestations

Chaque année pour les garanties « Rente temporaire de conjoint », « Rente viagère de conjoint », « Rente éducation progressive » et à chaque date anniversaire de l'adhésion pour les garanties « Maintien de revenu », vos prestations seront revalorisées sur la base de la valeur du point Agirc, relevée au 1^{er} juillet de l'année civile précédente, dans la limite des disponibilités financières du fonds de revalorisation. Ce fonds est alimenté par un prélèvement sur les cotisations.

11.3 - Revalorisation du capital dû au titre de la garantie Capital Décès

Le capital dû au titre de la garantie Capital Décès, conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances, fait l'objet d'une revalorisation à compter du décès de l'assuré jusqu'à la réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations. Cette revalorisation est opérée par application d'un taux annuel égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

11.4 - Revalorisation des arrérages de rente dus entre le décès de l'assuré ouvrant droit au versement de la rente et la date de réception des pièces nécessaires au paiement des prestations

Les arrérages de rente dus en raison du décès de l'assuré échus entre la date du décès de l'assuré et la date de réception de la totalité des pièces nécessaires au paiement des prestations font l'objet d'une revalorisation, conformément à l'article L. 132-5 du Code des assurances. Sur la période allant du décès de l'assuré jusqu'à la date d'échéance de l'arrérage, les modalités de revalorisation sont celles définies à l'article 11.2. A compter de la date d'échéance de l'arrérage et jusqu'à la date de réception des pièces nécessaires au paiement des prestations, l'arrérage est revalorisé par application d'un taux annuel égal au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

📌 Article 12 : Modification de votre adhésion

Vos droits et obligations peuvent être modifiés par avenant au bulletin d'adhésion.

De plus, nous fondons nos engagements sur vos déclarations.

Vous devez donc nous signaler :

- **tout changement de profession,**
- **toute modification des conditions d'exercice de votre profession**
- **toute cessation temporaire (chômage) ou définitive d'activité,**
- tout changement d'état civil,
- tout changement d'adresse,
- **toute baisse de revenu annuel brut** supérieure à 20 % ou supérieure à 10 000 euros.

Votre courrier doit nous parvenir :

- avant la date du changement, si vous êtes à l'origine de celui-ci,
- sinon, dès que vous en avez pris connaissance et au plus tard dans les 15 jours qui suivent la modification.

Certaines de ces modifications peuvent nous amener à modifier votre cotisation et/ou vos garanties, voire résilier votre adhésion.

Nous vous en informerons en vous envoyant :

- un avenant à votre adhésion comprenant ces nouvelles dispositions,
- ou une lettre de résiliation.

Dans les 30 jours qui suivent l'envoi de l'avenant vous pouvez accepter ou refuser de continuer votre adhésion. Votre refus doit être notifié par courrier. Il sera effectif 30 jours après la réception de votre envoi.

📌 Article 13 : Fausses déclarations

Réticences ou fausses déclarations intentionnelles

Que ce soit à l'adhésion ou en cours de contrat, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part entraîne la nullité de la garantie accordée, quand cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour Mutex, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent dans ce cas acquises à Mutex à titre de dommages et intérêts.

Omissions ou fausses déclarations non intentionnelles

Si vous adressez des informations erronées portant sur la date, les circonstances du sinistre, sur votre activité professionnelle ou le montant de vos revenus, et si nous constatons l'omission ou la fausse déclaration avant tout sinistre, nous pourrions maintenir votre adhésion moyennant une augmentation de vos cotisations.

Si vous acceptez, le contrat peut se poursuivre ; à défaut d'accord, votre adhésion prendra fin dans les 10 jours qui suivent la notification

que nous vous adresserons par lettre recommandée avec accusé réception.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après le sinistre, nous pouvons être amenés à réduire le montant de la prestation aux vues des nouvelles informations constatées. Nous nous réservons la possibilité de poursuivre le recouvrement des prestations indûment versées.

📌 Article 14 : Résiliation de votre adhésion

14.1 - Résiliation de votre adhésion à votre initiative

Votre adhésion est conclue pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction, sauf résiliation de votre part à sa date anniversaire moyennant un préavis de 2 mois avant la date d'échéance.

Votre demande de résiliation doit être adressée dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur à la date de votre demande, notamment :

- par envoi recommandé (datée et signée) électronique avec avis de réception à l'adresse suivante : LRE.PFE@mutex.fr ;
- par lettre recommandée avec avis de réception ou par lettre simple à l'adresse suivante : MUTEX - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex ;
- par e-mail envoyé au correspondant de gestion habituel.

Lorsqu'elle est envoyée par e-mail, la demande de résiliation doit être transmise, en pièce jointe, en format pdf afin d'être recevable.

En tout état de cause, la demande de résiliation peut être effectuée selon l'une des autres modalités prévues à l'article L. 113-14 du Code des assurances.

À réception de cette demande de résiliation, votre adhésion sera résiliée à la date d'échéance de votre prochaine cotisation. Les cotisations versées antérieurement restent acquises à Mutex.

14.2 - Résiliation à l'initiative de Mutex

Mutex peut également résilier l'adhésion par lettre recommandée moyennant un préavis de 2 mois avant la date d'échéance, en cas de défaut de paiement des cotisations prévue à l'article 10.2, ou en cas de modification de votre adhésion conformément à l'article 12.

V. QUE SE PASSE T-IL EN CAS DE SINISTRE ?

📌 Article 15 : Justificatifs à adresser

Toutes les pièces médicales sont à transmettre sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil.

En complément des documents énumérés ci-dessous et exigés pour que vous ou vos bénéficiaires puissiez recevoir les prestations, Mutex se réserve la possibilité de vous demander toutes autres pièces justificatives.

ATTENTION

Pour les garanties « Maintien de revenu » (article 5) en cas de non-respect des formalités sous visées et des délais de déclaration, l'indemnisation du sinistre ne débutera qu'à compter de la date à laquelle il a été déclaré.

Ces sanctions ne sont pas applicables si vous prouvez que vous n'avez pu respecter ces procédures en raison d'un cas fortuit ou de force majeure.

15.1 - En cas de décès pour les garanties « Capital décès », (article 4.2.1), « Rente temporaire de conjoint » (article 4.3), « Rente viagère de conjoint » (article 4.4) et « Rente éducation progressive » (article 4.5)

Ce sont les bénéficiaires que vous avez désignés qui devront envoyer les documents suivants :

- bulletin de décès de l'assuré,
- pièces justifiant des droits et de la qualité des bénéficiaires,

- certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle,
- en cas de décès de cause accidentelle, un constat de gendarmerie ou un rapport de police précisant la date de survenance et les circonstances de l'accident,
- pour la garantie « Rente éducation progressive », un certificat de scolarité attestant la poursuite d'études des enfants de plus de 18 ans (par la suite, document à adresser tous les ans),
- pour les garanties « Rente temporaire de conjoint », « Rente viagère de conjoint » et « Rente éducation progressive », afin d'assurer le maintien du versement de la rente, chaque année, chaque bénéficiaire devra fournir toute pièce justifiant de ses droits.

15.2 - En cas de perte totale et irréversible d'autonomie pour la garantie définie à l'article 4.2.2

C'est à vous, en tant que bénéficiaire de la prestation qu'il incombe de transmettre le certificat médical délivré par votre médecin traitant et précisant :

- que vous êtes définitivement incapable d'exercer la moindre activité pouvant vous procurer gain ou profit,
- en cas d'accident, ses circonstances précises, la nature des lésions constatées médicalement,
- que votre état de santé vous oblige à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie,
- que cette assistance s'exercera tout au long de votre vie,
- la date à laquelle s'est déclarée cette perte totale et irréversible d'autonomie.

15.3 - En cas de survenance de maladie grave et redoutée pour la garantie définie à l'article 4.2.3

C'est à vous, en tant que bénéficiaire de la prestation qu'il incombe de transmettre le certificat médical délivré par votre médecin traitant et précisant que la maladie vous concernant rentre bien dans la définition décrite dans « Les définitions ».

15.4 - En cas d'arrêt de travail (incapacité temporaire totale de travail) définie à l'article 5.1

Vous devez adresser dans un **déla**i de **8 jours** à compter du 1^{er} jour de votre arrêt de travail :

- un avis d'arrêt de travail,
- un certificat médical attestant que cet arrêt vous met dans l'incapacité totale d'exercer une quelconque activité professionnelle et précisant :

S'il s'agit d'une maladie :

- sa nature,
- la date de sa première constatation médicale,
- la durée de l'arrêt de travail,
- les interventions chirurgicales et/ou examens médicaux éventuellement pratiqués,
- éventuellement l'importance de l'incapacité permanente à envisager,
- les heures de sorties autorisées (3 heures consécutives),

S'il s'agit d'un accident :

- la date de sa survenance,
- ses circonstances précises (lieu, nom des témoins...),
- la nature des lésions constatées médicalement,
- la durée de l'arrêt de travail,
- les interventions chirurgicales et/ou examens médicaux éventuellement pratiqués,
- éventuellement l'importance de l'incapacité permanente à envisager,
- les heures de sorties autorisées (3 heures consécutives),
- si l'accident a été causé par un tiers, son nom, son adresse, les coordonnées de sa compagnie d'assurance, son numéro de police (joindre une copie du constat amiable),
- en cas d'hospitalisation : les causes de celle-ci, le nom et l'adresse de l'établissement et un justificatif de la durée du séjour,
- un justificatif de revenu (bulletin de salaire du mois précédent l'arrêt de travail, celui du mois de décembre de l'année n-1, votre avis d'imposition de l'année n-1),

- une attestation sur l'honneur certifiant que votre activité professionnelle est identique à celle qui est indiquée dans vos conditions particulières ou au dernier avenant.

À chaque prolongation d'arrêt de travail, vous adresserez **dans les 3 jours qui suivent**, un certificat de prolongation d'arrêt de travail précisant bien qu'il s'agit de la suite de la même affection, ainsi que la durée de cette prolongation.

Ce certificat devra également attester de votre incapacité totale à exercer une activité professionnelle.

Si vous reprenez votre travail à temps partiel pour raison thérapeutique, **dans les 8 jours qui suivent**, vous adresserez un certificat de votre médecin traitant précisant les motifs de sa décision ainsi que la durée et les modalités de la reprise à temps partiel.

Si vous reprenez votre travail à temps complet, vous adresserez dans les 8 jours suivant cette reprise une attestation en précisant la date.

15.5 - En cas d'incapacité permanente partielle ou totale définie à l'article 5.2

Vous devez envoyer lorsque votre état de santé sera consolidé, **dans les 8 jours suivant la constatation**, un certificat médical attestant de l'incapacité permanente qui vous a été reconnue.

Vous joindrez également la copie de la décision d'acceptation ou de refus de l'organisme du régime de prévoyance obligatoire.

Si votre état de santé évolue, c'est-à-dire s'il s'améliore ou s'aggrave, n'omettez pas de transmettre un certificat médical mentionnant cette évolution.

⊗ Article 16 : Contrôle administratif et médical

16.1 - Administratif

Lors de l'ouverture du service des prestations des garanties « Maintien de revenu » (**article 5**), nous pouvons être amenés à vous demander des justificatifs de revenus, de remboursement de votre régime obligatoire ou tout autre justificatif. Ainsi, nous nous assurerons que les indemnités versées ne vous procurent en aucun cas un revenu supérieur à votre revenu professionnel compte tenu des prestations versées par tout régime obligatoire, facultatif ou autre contrat d'assurance.

Dans le cas contraire, le montant de la prestation sera réduit en conséquence, sans remboursement de cotisation. Nous vous proposerons un avenant de diminution de garanties pour les sinistres futurs.

16.2 - Médical

Pendant la période de franchise et lors de l'ouverture du service des prestations y compris l'exonération des cotisations ou pour assurer leur continuation éventuelle, vous pourrez être soumis à des demandes de renseignements médicaux, visites médicales, contrôles ou enquêtes de la part de Mutex.

Il s'agit uniquement de s'assurer que vous remplissez bien les conditions requises pour bénéficier des prestations qui vont vous être versées ou vous sont déjà versées.

(Exemple : vérifier que vous n'avez pas repris votre travail alors que vous percevez des indemnités journalières)

Il est de votre intérêt d'accepter ces contrôles car en cas de refus de votre part de vous y soumettre, Mutex pourrait suspendre ou refuser le paiement de vos prestations.

En cas de changement, même provisoire, d'adresse, vous devez nous en informer au préalable.

En tout état de cause, les sorties ne sont autorisées qu'aux heures indiquées sur le certificat médical (3 heures consécutives). En cas d'absence du domicile en dehors des heures autorisées, vous serez déchu de votre droit aux prestations journalières. Toutefois, si vous apportez la preuve que c'est en raison d'un cas fortuit ou de force majeure que le contrôle n'a pu être exercé, vous ne serez pas pénalisé et vos prestations seront maintenues.

⊗ Article 17 : Litiges médicaux dans le cas des prestations

Pour être recevable, toute contestation doit être effectuée dans les 3 mois qui suivent la décision prise à votre égard.

En cas de désaccord avec la décision du médecin conseil de Mutex, vous pouvez recourir à la procédure suivante :

Une commission sera réunie afin de trancher le litige. Elle sera composée d'un médecin dont vous aurez le libre choix (ou de votre médecin traitant), du médecin représentant Mutex et enfin d'un troisième médecin désigné par les deux premiers (ou par le tribunal compétent du lieu de votre résidence, s'il n'y avait pas accord sur le choix).

Les honoraires du médecin désigné par vous seront à votre charge.

Les honoraires du médecin qui représentera l'assureur seront à la charge de Mutex.

Les honoraires du tiers expert qui est intervenu en tant qu'arbitre seront à la charge de la partie perdante.

VI. LES DISPOSITIONS DIVERSES

🕒 Article 18 : Information annuelle

Nous nous engageons à vous communiquer chaque année une information indiquant notamment les montants de votre cotisation annuelle et des garanties souscrites.

🕒 Article 19 : Protection des données à caractère personnel

Vos données à caractère personnel, et le cas échéant celles de vos éventuels bénéficiaires, collectées tout au long de la relation contractuelle, font l'objet de traitements mis en œuvre par Mutex, l'organisme assureur, ainsi que par l'organisme distributeur, et l'organisme gestionnaire en cas de délégation de gestion. Les associations souscriptrices, pour l'exécution du présent contrat, délèguent tout ou partie des obligations qui leur incombent en qualité de souscripteurs du contrat groupe, aux distributeurs ou à Mutex.

Mutex est responsable des traitements concernant la gestion du présent contrat. L'organisme distributeur est responsable des traitements concernant la distribution du présent contrat.

Les associations souscriptrices sont des responsables des traitements distincts et autonomes concernant leurs missions de sauvegarde des intérêts de leurs adhérents. Ces associations souscriptrices sont amenées à traiter les données personnelles de leurs adhérents dans le cadre d'opération de gouvernance notamment l'organisation de l'Assemblée Générale.

Dans tous les cas, chaque organisme revêt seule la qualité de responsable du traitement au titre des traitements qu'il met en œuvre pour son propre compte.

Ces organismes mettent en œuvre des traitements de données à caractère personnel vous concernant, ainsi que de celles de vos éventuels bénéficiaires, dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du présent contrat, la gestion de la relation commerciale, l'exercice du devoir de conseil, la gestion des réclamations, des éventuels contentieux et du recouvrement. Les données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Il est notamment mis en œuvre un traitement ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, le prélèvement à la source ainsi que la recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés. D'autres traitements sont basés sur l'intérêt légitime des responsables de traitements afin d'apporter de meilleurs produits et services, d'améliorer la connaissance client pour personnaliser les contenus et de proposer des offres adaptées aux besoins des assurés. Les données personnelles peuvent être traitées notamment pour la réalisation de statistiques, d'études actuarielles, d'analyses de recherche et développement, pour des opérations de prospection. Il y a également le traitement relatif à la lutte contre la fraude pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des organismes assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).

Concernant les données relatives à votre état de santé, le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice de vos droits ou à ceux de Mutex en matière de droit à la protection sociale. Parmi ces données celles qui sont couvertes par le secret

médical sont exclusivement destinées au Service Médical de Mutex, sous l'autorité du Médecin conseil de Mutex.

Les données collectées sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements et sont destinées aux services concernés de ces organismes, ainsi que le cas échéant à leurs sous-traitants, prestataires, partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs et coassureurs, organismes professionnels habilités, dans la limite de leurs attributions respectives.

Ces organismes sont tenus de s'assurer que les données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales des organismes précités et des prescriptions légales applicables.

Si vos données à caractère personnel, ainsi que de celles de vos éventuels bénéficiaires, venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, les responsables de traitements s'assureront que le tiers fournit des garanties appropriées concernant le transfert ou fonde le transfert sur la base d'une décision d'adéquation au sens de la réglementation.

Les responsables de traitements et leurs partenaires s'engagent à ne pas exploiter vos données à caractère personnel, ainsi que de celles de vos éventuels bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées et à ce que vos données à caractère personnel, ainsi que de celles de vos éventuels bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les responsables de traitements et leurs partenaires s'engagent également à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement de vos données à caractère personnel, ainsi que de celles de vos éventuels bénéficiaires et à notifier à la CNIL et de vous informer en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions de la réglementation.

En application de la législation en vigueur, vous, et vos éventuels bénéficiaires, disposez du droit de demander l'accès à vos données à caractère personnel, de les rectifier ou de les effacer, ainsi que de décider de leur sort post-mortem. Vous disposez également du droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à vos situations particulières, de limiter le traitement dont vous faites l'objet, et du droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Vous pouvez à tout moment retirer votre consentement si le traitement est soumis à consentement.

Vous, et vos éventuels bénéficiaires, pouvez exercer vos droits par mail à dpo@mutex.fr ou par courrier à Délégué à la Protection des Données de Mutex, 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex.

Pour toute question ou exercice de droit concernant le traitement des données personnelles relatives à votre état de santé, vous devez vous adresser par courrier au Médecin conseil de Mutex - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon Cedex.

Mutex étant soumis à une obligation d'identification de la personne concernée dans le cadre de l'exercice des droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée à cette dernière. Si vous estimez, après avoir contacté l'interlocuteur précité, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL sur www.cnil.fr ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07.

Vous êtes informés que si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous disposez du droit de faire opposition au démarchage téléphonique en entrant vos numéros de téléphone fixes et/ou portables sur la liste d'opposition gratuite accessible via le site www.bloctel.gouv.fr. Votre inscription, valable pour une durée de 3 ans, sera effective à compter d'un délai de 30 jours après la confirmation de votre inscription.

Une notice de Protection des données à caractère personnel apportant des informations complémentaires est consultable sur le site www.mutex.fr.

🕒 Article 20 : Prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où Mutex en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. 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 l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

🔄 Article 21 : Subrogation

Si vous êtes victime d'un accident qui vous amène à demander à bénéficier de vos garanties « Maintien de revenu » (**article 5**), nous vous indemniserons (sous réserve bien sûr que vous remplissiez les conditions requises) puis, subrogé dans vos droits, nous pourrions nous retourner, à votre place, contre la personne responsable de l'accident pour obtenir le remboursement des sommes versées.

📅 Article 22 : Durée du contrat collectif

Le contrat collectif est conclu entre le souscripteur et Mutex jusqu'au 31 décembre suivant sa date d'effet.

Il se renouvelle le 1er janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf dénonciation préalable par l'une des parties au contrat par lettre recommandée envoyée au moins deux mois avant la date d'échéance.

🔄 Article 23 : Modification et résiliation du contrat collectif

23.1 - Modification du contrat collectif

Vos droits et obligations peuvent être modifiés par voie d'avenant conclu entre le souscripteur et Mutex. Ces avenants sont adoptés par décision de l'assemblée générale du souscripteur, ou de son conseil d'administration sur délégation de l'assemblée générale.

Les conditions d'adoption des décisions par l'assemblée générale ou son conseil d'administration vous sont communiquées par le souscripteur.

Le souscripteur (ou sur délégation Mutex) vous informe par écrit des modifications apportées à vos droits et obligations, trois mois au moins avant leur date d'entrée en vigueur, conformément aux dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances.

Vous pouvez refuser ces modifications et vous disposez alors d'un délai d'un mois pour résilier votre adhésion.

23.2 - Résiliation du contrat collectif

En cas de résiliation du contrat collectif, les adhésions en cours poursuivent leurs effets et continuent d'être assurées jusqu'à leur terme par l'assureur aux conditions de garanties en vigueur au jour de la résiliation, sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions pour fausse déclaration. Les adhésions en cours pourront faire l'objet d'une révision tarifaire.

Les adhésions nouvelles ne sont plus acceptées par Mutex dès réception de la demande de résiliation effectuée par le souscripteur selon l'une des modalités prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances.

Par ailleurs, Mutex vous versera les prestations résultant d'un événement garanti s'il survient avant la date de prise d'effet de la résiliation et ce, jusqu'à la fin de vos droits prévus par les présentes conditions générales.

🗨 Article 24 : Réclamation et Médiation

Réclamation

Pour toute réclamation liée à l'exécution du présent contrat, vous (ou vos bénéficiaires) pouvez vous adresser par priorité à l'organisme ayant recueilli votre adhésion ou à Mutex via l'un des canaux suivants :

- par courrier auprès du service Qualité Relation Adhérents de Mutex : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui vous ont été faites ;
- via le formulaire de contact [mutex.fr](https://www.mutex.fr/nouscontacter/) : <https://www.mutex.fr/nouscontacter/>

Pour les réclamations formulées à l'oral ou sur un support écrit non durable, si l'organisme gestionnaire ou l'assureur n'a pu donner immédiatement entière satisfaction, vous (ou vos bénéficiaires) pouvez formaliser votre mécontentement via l'un des canaux précités.

Quel que soit le point de contact, vous recevrez un accusé de réception par écrit de votre réclamation écrite dans un délai maximal de dix jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai).

En tout état de cause, Mutex s'engage à vous répondre dans un délai n'excédant pas 2 mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement (le cachet de la poste faisant foi pour les réclamations adressées par voie postale), sauf dispositions législatives ou réglementaires plus contraignantes.

Les informations liées à la prise en charge des réclamations et aux obligations incombant à Mutex sont accessibles sur le site [ww.mutex.fr](http://www.mutex.fr).

Si la réponse définitive apportée est insatisfaisante ou si aucune réponse n'a été apportée dans le délai de deux mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite du mécontentement, le recours gracieux à un médiateur est proposé.

Médiation

Mutex met à disposition de ses assurés, bénéficiaire(s) et de toute personne dûment mandatée pour représenter l'assuré ou le(s) bénéficiaire(s) la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'assurance.

Cette procédure est accessible gratuitement à tous les assurés et aux bénéficiaires, confrontés à une situation litigieuse avec Mutex relative à la souscription, l'interprétation ou l'application du présent contrat, non résolue lors du règlement de la réclamation.

La procédure de médiation suspend la prescription.

Le Médiateur de l'assurance peut être saisi par l'assuré ou le bénéficiaire des prestations au plus tôt à l'issue du délai de deux mois après l'envoi de la première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée,

- par priorité par internet : www.mediation-assurance.org ;
- à défaut à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

L'indépendance du Médiateur et plus généralement les engagements de la médiation de l'assurance vis-à-vis des réclamants sont inscrits dans une charte, consultable à partir du site de la médiation de l'assurance.

Les informations liées à la saisine du médiateur sont accessibles sur le site www.mutex.fr.



234260

Assureur des garanties :

MUTEX

Société anonyme au capital de 37302300 euros

Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040

Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex