

# **REGLEMENT MUTUALISTE**



**Mutuelle de France**

**Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité**

Inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 784 410 763

Sous convention de substitution au Groupe France Mutuelle

**En application au 1er janvier 2007**

## **PREAMBULE**

Le présent Règlement Mutualiste a pour objet de définir les règles qui régissent les droits et obligations de la Mutuelle et de ses Adhérents en ce qui concerne les prestations complémentaires que la Mutuelle propose à titre individuel.

Il est régi par le Code de la Mutualité et les Statuts de MUTUELLE DE FRANCE et complété par une annexe détaillant les prestations servies, l'ensemble formant un tout indissociable appelé Contrat.

## **ARTICLE 1 : INFORMATIQUE ET LIBERTE**

L'Adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle, des Réassureurs ou des Organismes Professionnels concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au Siège de la Mutuelle.

## **ARTICLE 2 : DEFINITIONS UTILES**

ADHERENT : personne physique ou morale, membre participant de la Mutuelle qui souscrit le contrat, en paie les cotisations, et acquiert ou fait acquérir vocation aux avantages assurés par elle.

ASSURE : personne physique, assujettie au régime de la Sécurité Sociale, de la Mutualité Sociale Agricole ou des Travailleurs non Salariés non Exploitants Agricoles, sur la tête de laquelle repose le risque, et dont le nom figure sur le certificat d'adhésion.

BENEFICIAIRES : toutes les personnes (conjoint, concubin, enfant) ayant droits de l'assuré au titre de son régime obligatoire et inscrites comme tels sur la carte d'affiliation audit régime.

***Ces personnes profitent systématiquement et obligatoirement des mêmes avantages que l'Assuré dès son adhésion.***

Leurs noms figurent sur le certificat d'adhésion.

AGE DE L'ASSURE : on entend par âge de l'assuré la différence de millésime entre l'année en cours (soit de paiement des cotisations, soit de survenance des soins) et l'année de naissance de l'Assuré.

REGIME OBLIGATOIRE : Régime légal de Prévoyance Sociale auquel est obligatoirement affilié l'Assuré et qui est précisé au certificat d'adhésion (Régime Général de Sécurité Sociale, Régime des Salariés Agricoles ou Régime Obligatoire des Travailleurs Non Salariés Non Exploitants Agricoles).

TARIF DE RESPONSABILITE : Tarif servant de base au remboursement du régime Obligatoire et appelé aussi TARIF DE CONVENTION, dans le cas des praticiens et établissements conventionnés et TARIF D'AUTORITE dans le cas des praticiens et établissements non conventionnés.

TICKET MODERATEUR : Fraction du tarif de responsabilité laissée à la charge de l'Assuré par le Régime Obligatoire. ***Dans le cadre du présent contrat, le Ticket Modérateur est toujours décompté sur la base du Tarif de Convention.***

L'adhésion a pour objet l'indemnisation de l'Assuré, et éventuellement des bénéficiaires, selon l'option choisie figurant sur son certificat, à l'occasion d'une maladie ou d'un accident entraînant des dépenses d'ordre médical ou chirurgical ayant donné lieu à remboursement par le Régime Obligatoire dont il bénéficie, et en complément de celui-ci.

Cette indemnisation est calculée dans les conditions et sous les réserves prévues par les articles ci-après.

***SEULES SONT ACCORDEES A L'ASSURE LES GARANTIES MENTIONNEES A SON CERTIFICAT D'ADHESION DONT LE DETAIL FIGURE EN ANNEXE AUX STATUTS.***

## **ARTICLE 4 : VIE DE L'ADHESION**

La première période d'assurance se termine au 31 décembre de l'exercice en cours. Les garanties se renouvellent ensuite, d'année en année, par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sous réserve du paiement des cotisations.

***Après douze mois de sociétariat***, l'Adhérent peut démissionner, par lettre recommandée avec accusé de réception, conformément aux conditions générales du contrat auquel il a adhéré, à savoir un mois avant le début du trimestre civil ou deux mois avant la date de renouvellement, c'est-à-dire le 1er novembre de chaque année, pour effet au 31 décembre.

Les demandes de remboursements des actes médicaux antérieurs à la date de démission doivent parvenir à la Mutuelle dans les 2 ans qui suivent la date de ladite démission.

En cas de fractionnement de la cotisation, la Mutuelle remboursera à l'Adhérent la période réglée pendant laquelle le risque n'aura pas couru.

## **ARTICLE 5 : OBLIGATIONS DE L'ASSURE A L'ADHESION ET EN COURS DE CONTRAT**

## **5A- A l'adhésion**

L'adhésion d'un Assuré entraîne automatiquement son adhésion aux Statuts de la Mutuelle et à son Règlement Mutualiste. Chaque Assuré doit compléter et signer une demande d'adhésion sur le modèle fourni par la Mutuelle par laquelle il donne son consentement à la couverture du risque et déclare en outre le régime obligatoire auquel il est affilié, ainsi que celui de son conjoint ou concubin et ses enfants fiscalement à charge, et sa profession.

## **5B- Au cours du contrat**

Chaque Assuré doit **par écrit** informer la Mutuelle d'un des événements suivants dès leur survenance :

- changement de nom
- changement de domicile
- changement de situation matrimoniale (composition de la famille)
- changement de régime social
- coordonnées bancaires, si la cotisation fait l'objet d'un prélèvement bancaire
- prise en charge CMU (entraînant la radiation de l'assuré)

***Les demandes effectuées par téléphone ne pourront pas être prises en compte.***

## **ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET DE L'ADHESION**

L'adhésion prend effet à la date qui figure sur le certificat.

A condition qu'un acompte ait été versé, elle prend effet le 1er jour d'un mois, quelle que soit la date où l'adhésion a été signée.

## **ARTICLE 7 : DELAIS D'ATTENTE**

Sauf si le nouvel assuré présente un certificat de radiation émanant d'un autre organisme mutualiste, s'il n'y a pas eu de période d'interruption entre la date de radiation et la date d'adhésion à la Mutuelle et dans le cadre d'un contrat de prestations équivalentes souscrites depuis au moins 2 ans, les délais d'attente ci-dessous seront appliqués :

- 3 mois pour :

- la maladie (consultations, visites, pharmacie, biologie, actes de chirurgie en cabinet, actes techniques médicaux, échographie, imagerie diagnostique, auxiliaires médicaux, frais de transport ambulance)
- les soins conservateurs dentaires
- le forfait hospitalier

- 6 mois pour :

- l'hospitalisation chirurgicale, la salle d'opération, les frais d'accompagnement d'enfants de moins de 12 ans sauf accident et maladie infectieuse
- l'hospitalisation médicale
- la chambre particulière
- l'optique (12 mois pour certaines options)
- les prothèses dentaires, auditives et orthopédiques (12 mois pour certaines options)
- l'orthodontie (12 mois pour certaines options)

- 12 mois pour :

- la maternité
- les cures thermales
- les maison de repos, préventorium, sanatorium
- l'allocation de participation aux frais d'obsèques

S'il y a adhésion à un contrat dont les prestations sont supérieures à celles précédemment garanties, la période de stage est maintenue.

## **ARTICLE 8 : CERTIFICAT D'ADHESION ET CARTE DE TIERS-PAYANT**

La Mutuelle devra délivrer à chaque Assuré un certificat d'adhésion dans lequel sont indiqués le nom des personnes assurées, les différentes garanties souscrites, la date d'effet du contrat.

Une carte de tiers-payant est délivrée à l'admission, valable jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

***L'utilisation de la carte de tiers-payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Assuré est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte.***

L'étendue territoriale de validité de la carte de tiers payant est régie par la signature de conventions définissant les accords locaux. La présence sur la carte d'un renvoi de tiers payant n'implique donc pas de façon systématique le service de tiers payant. L'Assuré qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier de la Mutuelle doit restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

## **ARTICLE 9 : DEMANDE DE MODIFICATION DU CONTRAT**

Toute modification du contrat ne peut intervenir qu'après 12 mois de sociétariat, et à condition que l'Assuré en ait fait la demande écrite au moins un mois avant le début du trimestre civil.

Ces modifications peuvent porter sur :

- une augmentation des garanties : dans ce cas les délais d'attente tels qu'ils sont prévus à l'option nouvellement choisie seront appliqués au 1er jour de cette modification pour les postes dentaire et optique.
- une diminution de garanties
- l'adjonction d'un bénéficiaire : dans ce cas les délais d'attente tels qu'ils sont prévus à l'option souscrite par l'Assuré seront appliqués au 1er jour de cette modification. Toutefois, s'il s'agit d'une adjonction suite à une naissance ou une adoption, les délais d'attente seront abrogés dès lors que la demande écrite nous parvient au plus tard 15 jours après la date de l'évènement.
- la suppression d'un bénéficiaire : dans ce cas les modalités et le préavis de résiliation doivent être respectés, à savoir par lettre recommandée avec accusé de réception au mois avant la fin du trimestre civil.
- un changement de fractionnement du paiement de la cotisation.

L'Assuré ayant atteint 60 ans ne peut plus demander à bénéficier d'une augmentation de garanties.

Toute demande d'adjonction, quelle qu'elle soit, implique obligatoirement que le ou les nouveaux membres inscrits bénéficient de la même garantie que l'Assuré.

## **ARTICLE 10 : SUSPENSION DES GARANTIES**

*En cas de non-paiement des cotisations, le remboursement des prestations en cours sera suspendu jusqu'à la régularisation des arriérés de cotisations.*

En cas de demande de remboursement de trop perçu (prestations versées à tort), le remboursement des prestations en cours sera suspendu jusqu'à la régularisation de la somme réclamée.

## **ARTICLE 11 : CALCUL DU MONTANT DES COTISATIONS A L'ADHESION, ET EN COURS DE CONTRAT - LEUR PAIEMENT**

### **11A- la base de calcul**

A l'adhésion, les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le versement d'une cotisation annuelle calculée suivant l'âge atteint et le tarif en vigueur appliqué aux garanties assurées par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

En cours de contrat, les cotisations sont ajustées sur les mêmes bases que celles précédemment énumérées, après réactualisation en fin d'exercice pour application au 1er janvier de chaque année.

En application des décisions de l'Assemblée Générale de la Mutuelle, les cotisations subissent une augmentation calculée en fonction des résultats techniques du contrat, fondés sur la consommation médicale de l'ensemble des adhérents de la Mutuelle et/ou en fonction de la « consommation totale par habitant » publiée par le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi. Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1er janvier ou éventuellement en cours d'année en cas de modifications des remboursements du ou des Régimes Obligatoires ou dans le prolongement de toute décision de l'Etat en matière légale ou fiscale.

### **11B- Le paiement des cotisations**

Les cotisations, y compris les frais en vigueur, sont payables annuellement et d'avance au 1er janvier de l'année, au siège social de la Mutuelle.

Selon la périodicité demandée par l'Adhérent et acceptée par la Mutuelle, les cotisations peuvent être payées, semestriellement au 1er janvier et au 1er juillet, trimestriellement au 1er janvier, 1er avril, 1er juillet et 1er octobre ou mensuellement. Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels.

Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance au plus tard le 5 du mois.

En cas de rejet du prélèvement bancaire, les frais de procédure en vigueur au rejet sont mis à la charge de l'Adhérent.

### **11C- Le défaut de paiement**

La Mutuelle ne peut se trouver engagée que par le paiement régulier des cotisations du contrat aux échéances fixées.

Après un premier rejet d'un prélèvement automatique et en cas de nouveau rejet lors de sa seconde présentation, comme d'une manière générale en cas de non-paiement de toute cotisation à l'échéance fixée, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, l'Assuré recevra dix jours après cette échéance, une mise en demeure qui entraînera, en cas de non-paiement dans les 30 jours, la suspension des garanties 10 jours plus tard entraînant la radiation de l'Assuré.

## **ARTICLE 12 : EXCLUSION DE LA MUTUELLE**

### **L'ASSURE A JOUR DE COTISATION, UNE FOIS ADMIS NE PEUT ETRE EXCLU DE LA MUTUELLE, SAUF :**

- si son attitude ou sa conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la Mutuelle
- s'il a causé un préjudice volontaire et dûment constaté aux intérêts de la Mutuelle
- s'il est frappé définitivement d'une condamnation grave.

L'assuré dont l'exclusion est proposée pour l'un de ces motifs est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

En cas d'exclusion, les cotisations payées d'avance restent acquises à la Mutuelle, et celles non encore échues demeurent exigibles jusqu'à l'exclusion.

## **ARTICLE 13 : ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES**

Les garanties s'exercent sur le territoire français et les territoires français d'outre-mer, sauf dérogation express.

Elles s'étendent aux accidents ou maladies survenus à l'étranger dès lors que les frais qui en découlent donnent lieu à remboursement par le Régime Obligatoire dont dépend l'Assuré. Les règlements sont effectués en euros.

## **ARTICLE 14 : PRESCRIPTIONS APPLICABLES**

Il y a prescription pour les demandes de remboursement des prestations parvenant à la Mutuelle au-delà de deux ans à compter de la date de l'acte médical portée sur le dossier justificatif motivant sa participation.

En cas de démission, l'Assuré doit présenter ses dossiers de demande de prestations dans les 2 ans qui suivent la date d'effet de la démission, sous peine de forclusion.

## **ARTICLE 15 : JURIDICTIONS COMPETENTES**

La Mutuelle fait élection de domicile à son siège à PARIS.

Si l'ayant droit est domicilié hors de France, la seule juridiction compétente est celle des Tribunaux de PARIS.

## **ARTICLE 16 : ETENDUE DES GARANTIES**

### **16A- Les garanties**

Les dépenses médicales donnant droit à prestations de la part de la Mutuelle et le niveau des remboursements de celle-ci sont mentionnés en annexe. Elles concernent les postes suivants :

- Hospitalisation avec ou sans intervention chirurgicale : imagerie diagnostique, actes techniques médicaux, actes de chirurgie, anesthésie, actes d'obstétrique liés à la cause de l'hospitalisation
  - Médecine générale et spéciale :
  - visites, consultations, actes de chirurgie en cabinet, actes techniques médicaux, échographie, imagerie diagnostique
  - pharmacie
  - auxiliaires médicaux
  - biologie
  - appareils d'orthopédie, de prothèse (autre que dentaire)
  - soins conservateurs dentaires, prothèses dentaires
  - optique

## 16B- Garanties complémentaires

Elles ne sont accordées que si la mention «garantie» figure sur le détail annexé.

- Hospitalisation

- \* forfait journalier hospitalier
- \* supplément pour chambre particulière

- Indemnités

- \* Maternité : sauf mention différente portée sur le détail mis en annexe, la maternité est garantie sous la forme d'une indemnité forfaitaire qui couvre les frais imputables à l'accouchement; elle exclut tout autre versement de la part de la Mutuelle pour des frais occasionnés par l'accouchement. En cas d'intervention chirurgicale, la garantie accordée en hospitalisation chirurgicale peut être mise en oeuvre en lieu et place du forfait maternité.
- \* Cure thermique : sauf mention différente portée sur le détail mis en annexe, l'indemnité forfaitaire est versée à l'occasion d'une cure thermique acceptée par la Sécurité Sociale. Elle est destinée à couvrir les frais engagés pour cette cure et exclut, de la part de la Mutuelle, tout autre remboursement de frais se rapportant à celle-ci, y compris le transport et l'hébergement.
- \* Allocation de participation aux frais d'obsèques

## 16C- Limites de garanties

En cas de modification des remboursements du Régime Obligatoire, l'Assureur se réserve le droit de conserver le remboursement qui était le sien en valeur absolue avant ladite modification

Le montant des remboursements est lié à l'option choisie par l'assuré figurant sur son certificat d'adhésion.

***Le total des remboursements du Régime Obligatoire et de la Mutuelle est toujours limité au montant de la dépense réellement engagée.***

En cas de cumul de mutuelles, le cumul des prestations perçues par l'Assuré ne peut dépasser le montant total des frais réellement engagés.

Pour les consultations et visites en psychiatrie, les dépassements d'honoraires sont limités annuellement à une somme forfaitaire suivant l'option choisie, figurant sur la demande d'adhésion.

Dans tous les cas, et quelle que soit l'option choisie figurant sur la demande d'adhésion :

- la prise en charge de la chambre particulière et du forfait hospitalier en psychiatrie est limitée à 30 jours maximum par an.
- la contribution forfaitaire de 1 € mise en application au 1er janvier 2005, reste à la charge de l'assuré.
- les éventuels dépassements d'honoraires des actes réalisés hors « parcours de soins » restent à la charge de l'assuré.
- la prise en charge complémentaire des médicaments remboursés à 15 % par le Régime Obligatoire est limitée à 65 %.
- la contribution forfaitaire de 18 € sur les actes techniques de plus de 91 € mise en application au 1er janvier 2006, reste à la charge de l'assuré.
- en cas de refus d'accès au Dossier Médical Personnalisé , mise en application prévue au 1er juillet 2007, et ce quel que soit le médecin consulté, traitant ou non, les dépassements d'honoraires restent à la charge de l'assuré.
- en cas de contrat obsèques souscrit par l'Assuré, la participation aux frais d'obsèques ne sera pas versée aux éventuels héritiers ou notaires.

## ARTICLE 17 : CONTRATS AIDES

• Les garanties proposées par Mutuelle de France le sont dans le respect des dispositions de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie et de son décret d'application du 29 septembre 2005 précisant « le contenu des dispositifs d'Assurance Maladie complémentaire bénéficiant d'une aide » sous la forme d'une exonération de la taxe sur les conventions d'assurance (TCA) frappant tous les contrats d'assurance santé.

En outre, une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé a été créée dans le cadre de la loi pour les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU et ce plafond majoré de 15 %. Cette aide vient en déduction du montant de la cotisation versée à la mutuelle par les personnes qui en font l'usage.

• Pour bénéficier de l'exonération de la TCA et éventuellement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, les contrats des mutuelles doivent satisfaire aux obligations suivantes :

- la non prise en charge de la participation forfaitaire obligatoire (1 euro),
- la non prise en charge par les garanties de la majoration du Ticket Modérateur en cas de non respect du parcours de soins,
- la non prise en charge d'une franchise de 7 euros sur les dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques des spécialistes à hauteur au moins du dépassement autorisé en cas de non respect du parcours de soins,
- la prise en charge d'au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant,
- la prise en charge d'au moins 30 % du tarif opposable des médicaments à vignette blanche prescrits par le médecin traitant,
- la prise en charge d'au moins 35 % du tarif opposable des frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant,
- la prise en charge totale, au 1er janvier 2007, de la participation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique et choisies parmi la liste établie après avis de la haute Autorité

de Santé et de l'Unocam. :

- un détartrage annuel complet sus et sous gingival (effectué en 2 séances maximum) (SC12)
- un dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans : audiométrie tonale et vocale (CDQP012)
- un acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire une fois tous les 6 ans pour les femmes âgées de plus de 50 ans. (à l'exclusion des contrats individuels bénéficiant déjà de cette prestation)

Tous les contrats proposés par Mutuelle de France respectent ces obligations.

- Cependant, l'option « Hospitalisation seule » du contrat MICA qui exclut certaines des prestations et actes susvisés, notamment la couverture obligatoire des consultations et visites et de la pharmacie, risque de subir la taxe sur les conventions d'assurance à compter du 1er janvier 2008 et ne donne pas droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.
- Cependant, l'option F4 qui exclut certaines des prestations et actes susvisés, notamment la couverture obligatoire des consultations et visites et de la pharmacie subira la taxe sur les conventions d'assurance et ne donne pas droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

## **ARTICLE 18 : LES EXCLUSIONS AUX PRESTATIONS**

La Mutuelle ne paie pas de prestations dans les cas suivants :

- les maladies antérieures à l'adhésion
- les maladies non prises en charge par la Caisse Maladie, sauf si elles figurent sur le tableau des garanties de l'Assuré avec la mention «Refusé Sécurité Sociale selon nomenclature».
- les maladies consécutives à un accident sportif ou scolaire pour lesquelles existent déjà des organismes d'assurances obligatoires dans le cadre de la licence ou de la responsabilité civile.
- les soins prodigués avant l'expiration des délais d'attente prévus à l'article 7 du présent règlement, la date retenue étant celle portée sur les bordereaux de remboursement de la Caisse Maladie de l'Assuré (date de prescription).

## **ARTICLE 19 : MISE EN OEUVRE DES GARANTIES**

L'assuré doit obligatoirement faire parvenir à la Mutuelle toutes les pièces concernant un accident ou une maladie dans les deux ans qui suivent la date du premier acte médical sous peine de déchéance.

### **19A- Prestations en nature**

Pour les Caisses Primaires d'Assurance Maladie avec lesquelles la Mutuelle est en télétransmission, l'image des décomptes parvient par liaison informatique, sauf refus de l'Assuré ou remboursement effectué à un tiers (laboratoire, dentiste.....)

Dans ces cas, et dans le cas où la télétransmission n'est pas mise en place, l'Assuré doit obligatoirement faire parvenir à la Mutuelle le ou les originaux des remboursements qu'il a perçus par sa Caisse Maladie (décompte Sécurité Sociale ou Caisse Régime Obligatoire) ou des reçus acquittés délivrés par un tiers (laboratoire, dentiste, pharmacie, médecin ...)

Aucune photocopie ne peut être prise en compte.

L'Assuré doit fournir des justificatifs supplémentaires dans les cas suivants :

- Prothèses dentaires acceptées : le décompte de la Caisse Maladie et la facture acquittée
- Prothèses dentaires refusées : la notification du refus par la Caisse Maladie et la facture détaillée acquittée
- Orthodontie refusée : après demande d'entente préalable auprès du dentiste conseil de la Mutuelle, la notification de refus de la Caisse Maladie et la facture détaillée et acquittée
- Optique : le décompte de la Caisse Maladie et la facture détaillée et acquittée
- Lentilles de contact refusées : la notification de refus de la Caisse Maladie et la facture détaillée et acquittée
- Hospitalisation :
  - \* pour le ticket modérateur, le forfait hospitalier ou la chambre particulière, l'Assuré peut demander une prise en charge à la Mutuelle. Sinon, l'Assuré doit fournir l'original de la facture acquittée
  - \* pour les dépassements d'honoraires, les frais d'accompagnement, l'accouchement par césarienne, l'Assuré doit fournir une facture acquittée mentionnant le montant des honoraires et le type de soins.

### **19B- Indemnités Forfaitaires**

Dans le cas où le contrat le prévoit, l'assuré pour percevoir ces indemnités forfaitaires (ou prime) doit fournir dans les cas suivants :

- Maternité : un acte de naissance. Il est versé une seule prime par enfant et par foyer. Dans le cas d'une césarienne, la chambre particulière est remboursée sur production de la facture acquittée selon les garanties souscrites.
- Cure thermale : le bordereau de la Caisse Maladie et la facture de l'établissement. Le versement de cette indemnité exclut toute

autre prestation.

- En cas de décès, et si le contrat le prévoit, une allocation de participation aux frais d'obsèques est réglée à la personne ayant acquitté les frais ou au notaire, sur production de la facture et du bulletin de décès.

## **ARTICLE 20 : RECLAMATION**

Toute réclamation doit obligatoirement être formulée par écrit, dans un délai de deux mois à compter de la date du décompte. Elle doit comprendre la photocopie du(es) décompte(s) concerné(s).

***Passé le délai de deux mois, aucune réclamation ne peut être admise.***

En cas de désaccord entre la Mutuelle et l'Adhérent, celui-ci s'interdit d'avoir recours à la voie judiciaire sans avoir soumis au préalable son litige au Conseil d'Administration de la Mutuelle et avoir reçu la réponse écrite de ce dernier.

## **ARTICLE 21 : SUBROGATION**

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'Assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnités de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et aux préjudices esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayant droits leur demeure acquise sous la même réserve.

## **ARTICLE 22 : MODELE DE LETTRE DE RENONCIATION**

Le contractant peut renoncer dans un délai de 30 jours à compter soit de la date de la 1ère prime, soit à la date à laquelle il a eu connaissance de réserves ou de modifications essentielles par rapport à l'offre originelle (notamment refus ou limitation de garanties). Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée adressée à la Mutuelle, reproduisant le texte indiqué ci-après :

« Je soussigné, (nom et prénom), né le ..... demeurant ..... déclare renoncer expressément à la souscription du contrat d'assurance pour lequel j'ai versé ..... € en date du ..... entre les mains de M ....., et demande le remboursement des sommes versées ».

La renonciation demandée par lettre recommandée met fin à toutes les garanties à compter de sa date d'envoi (le cachet de la poste faisant foi).