

Assureur : Mutuelle Générale de Prévoyance et d'Assistance inscrite au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 384 513 073, régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité est agréée pour pratiquer la branche 20- Vie Décès. Siège social 2 Bis, Avenue des Arawaks Immeuble EOLE VI 97200 FORT DE FRANCE.

PREAMBULE

Le présent règlement mutualiste a pour objet de définir les engagements entre la mutuelle ci-avant désignée, d'une part, et les assurés d'autre part, en ce qui concerne la garantie en cas de décès accidentel et la garantie en cas de décès non accidentel de versement de l'allocation obsèques.

L'adhésion d'un membre participant au règlement mutualiste obsèques entraîne obligatoirement, en application de l'article L. 221-3 du code de la mutualité, son affiliation au contrat collectif souscrit par la mutuelle en vue de lui faire bénéficier de garanties d'assistance et dont la notice d'information est remise séparément.

La mutuelle intervient également au profit des ressortissants français et leurs ayants droit résidant ou étant détachés à l'étranger dès lors qu'ils cotisent à la Caisse des Français de l'Etranger ou volontairement à un régime obligatoire de sécurité sociale.

L'affiliation à ce contrat collectif cesse en cas de résiliation de l'adhésion au présent règlement.

LEXIQUE

Membre participant / Adhérent : membre participant de la mutuelle qui souscrit au présent règlement. Les membres participants sont les personnes physiques résidant régulièrement sur le territoire français et qui ont souscrit au présent règlement.

Assurés : l'adhérent et les ayants droit qu'il désigne sur le bulletin d'adhésion au présent règlement.

Ayants droit : personnes mineures à charge de 12 ans révolus et plus désignées par l'adhérent dans le bulletin d'adhésion pour être garanties au titre du présent contrat.

Bénéficiaire : personne désignée par l'adhérent pour percevoir l'allocation garantie.

Domicile : lieu de résidence ou adresse de l'adhérent précisé dans le bulletin d'adhésion.

Accident : toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine, directe, exclusive, d'une cause extérieure à l'assuré et non intentionnelle de sa part. La garantie est étendue au décès survenant dans les 12 mois de la date de l'accident dès lors qu'il est consécutif à cet accident.

Décès non accidentel : décès de l'assuré provoqué par tout événement à l'exclusion du décès résultant d'un accident tel que défini ci-dessus.

Période de stage carence : période au cours de laquelle la garantie en cas de décès non accidentel ne produit pas ses effets. Aucune somme n'est due par la mutuelle au cours de cette période en cas de décès non accidentel.

Le réclamant : adhérents (particuliers ou professionnels), anciens adhérents, bénéficiaire, mandataires, ayants droits, personnes ayant sollicité de la mutuelle la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par un professionnel.

Article 1 : Nature et montant de la prestation garantie

En cas de décès, la mutuelle s'engage au versement d'une allocation forfaitaire et fonction de l'option retenue par l'adhérent. Le montant de l'allocation garantie est défini en annexe au présent règlement. Ce montant est défini annuellement par l'instance statutairement définie. Cette allocation permet de couvrir partiellement ou en totalité les frais d'obsèques, suivant l'option le niveau de garantie choisi par l'adhérent.

L'adhérent peut décider de changer d'option de niveau de garantie dans les conditions visées à l'article 3.2, mais il ne peut être demandé une garantie supérieure à celle initialement choisie pour les assurés de plus de 66 ans. Pour la garantie Décès non accidentel, la période de stage définie à l'article 3-2 est applicable sur le supplément de garantie souscrit. L'adhérent de moins de 71 ans bénéficie d'un doublement de l'allocation versée en cas de décès par accident, dans les conditions visées ci-après.

Article 2 : Conditions au bénéfice de la garantie

2.1. Formalités d'adhésion

Pour bénéficier de la garantie allocation obsèques, l'adhérent doit souscrire en choisissant une option un niveau de garantie sur le bulletin d'adhésion, satisfaire aux conditions d'admission fixées pour cette option ce niveau de garantie et préciser l'identité des ayants droit assurés et le cas échéant du (ou des) bénéficiaires de la garantie.

Les assurés sont exclusivement :

- l'adhérent âgé de 18 ans révolus à 79 ans
- et, à titre d'ayants droit, ses enfants mineurs à charge âgés de 12 ans révolus à 18 ans (date dernier jour du mois d'anniversaire) désignés sur le bulletin d'adhésion, sous réserve de l'autorisation du titulaire de l'autorité parentale et du consentement personnel de l'intéressé.

Le règlement des prestations ne peut intervenir que si la totalité de la cotisation annuelle due a été acquittée au jour du décès.

2.2. Le dossier d'adhésion comprend :

- le bulletin d'adhésion à la mutuelle dûment complété, daté et signé,
- la fiche d'information et de conseil complétée, datée et signée,
- un justificatif d'identité (CNI ou passeport ou titre de séjour) valide, des assurés et le cas échéant du(des) bénéficiaire(s) désigné(s) via le formulaire prévu à cet effet,
- l'attestation du régime obligatoire (ou copie de la carte vitale) de l'adhérent et des ayants droit,
- un justificatif de domicile (fiscal) de moins de 3 mois (facture d'eau, d'électricité...)
- le règlement de la première cotisation suivant la périodicité choisie
- le mandat de prélèvement SEPA dûment complété, daté et signé, et un relevé d'identité bancaire du souscripteur,
- le jugement de tutelle ou curatelle le cas échéant

Ces documents peuvent être transmis par voie postale, remis en agence ou envoyés de manière dématérialisée. La souscription deviendra définitive à réception de l'exemplaire bulletin d'adhésion validé par la mutuelle et de l'encaissement de la 1ère cotisation.

À leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, les ayants droits mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans intervention de leur représentant légal, conformément à l'article L.114-2 du code de la Mutualité et article 8 des statuts de la mutuelle.

Article 3 : Prise d'effet, durée et fin

3 - 1 de l'adhésion

L'adhésion à la mutuelle prend effet pour le membre participant et ses ayants droit à compter du 1^{er} jour du mois en cours si son affiliation est reçue par la mutuelle avant le 16, au 1^{er} du mois suivant dans le cas contraire.

Sous réserve du versement de la première cotisation suivant la périodicité choisie, l'adhésion prend effet à la date figurant sur le bulletin d'adhésion. L'adhésion est d'une durée d'un an et se renouvelle tacitement au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve du paiement des cotisations.

Elle prend fin :

- Lorsque la résiliation est demandée par l'adhérent, par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée au président de la mutuelle, au moins deux mois avant l'échéance annuelle de l'adhésion, c'est-à-dire au plus tard le 31 octobre de chaque année,
- en cas de résiliation d'adhésion pour défaut de paiement des cotisations ou pour fausse déclaration intentionnelle, dans les conditions prévues à l'article 10 ci-après,
- au décès de l'adhérent.

3 - 2 des garanties en cas de décès

Lors de l'adhésion, les garanties en cas de décès prennent effet dans les conditions suivantes :

- à la date d'effet figurant sur le bulletin d'adhésion en cas de décès par accident,
- à l'issue d'une période de stage carence de 3 mois pour les adhérents âgés de moins de 50 ans et de 6 mois pour les adhérents âgés de 50 ans et plus en cas de décès non accidentel. La période de stage carence est décomptée à partir de la date d'adhésion,

- sous réserve de la fourniture de l'ensemble des pièces justificatives et de l'encaissement du 1^{er} versement de la cotisation par le débit immédiat du compte.

En cas de changement d'option de niveau de garantie pour une augmentation de l'allocation obsèques, la demande doit être effectuée par écrit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La nouvelle garantie prend effet dans les mêmes conditions susvisées. L'adhérent décédé pendant cette période de stage bénéficie des prestations de l'ancienne garantie, en cas de décès non accidentel.

En cas de changement d'option de niveau de garantie pour une diminution de l'allocation obsèques, la demande doit être effectuée par écrit au plus tard le 31 janvier de l'année de prise d'effet de la nouvelle garantie. Cette garantie prend effet sans délai de stage, à la date figurant sur le bulletin d'adhésion.

Les garanties se renouvellent et cessent dans les mêmes conditions que l'adhésion.

Elles cessent également au décès de l'assuré.

Les changements pour une gamme inférieure ou supérieure ne sont autorisés qu'après une durée minimale de contrat de 12 mois. La durée de maintien dans cette nouvelle garantie devra être également d'au minimum 12 mois.

Article 4 : Faculté de renonciation

Tout adhérent qui a signé un bulletin d'adhésion au présent règlement a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée au siège social de la mutuelle, pendant un délai de trente jours calendaires (*) révolus à compter du jour où il est informé que l'adhésion a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Le courrier adressé par l'adhérent à cet effet à la mutuelle peut être rédigé comme suit :

« Je soussigné(e) : (nom et prénom) né(e) le : demeurant à déclare renoncer à ma demande de souscription de la garantie effectuée le »

Fait à le

« Signature »

Madame, Monsieur le Directeur,

Conformément à l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, je souhaite exercer mon droit à la renonciation.

Par conséquent, je demande à la Mutuelle MGPA de me rembourser l'intégralité des cotisations dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la réception de la présente.

Je souhaite me rétracter de mon adhésion au contrat MGPA :

N° d'adhérent : Date de souscription :

Nom et prénom de l'adhérent :

Adresse de l'adhérent : Code Postal : Ville :

Date : Signature :

La mutuelle restitue alors la cotisation versée dans un délai maximal de trente jours calendaires à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

(* réduit à 14 jours en matière de démarchage à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion)

Article 5 : Fixation des cotisations - Modification des montants ou des taux

La cotisation globale des garanties Décès par accident et Décès non accidentel est déterminée à la souscription en fonction de la formule de garantie choisie et de l'âge de l'adhérent, qui se calcule en faisant la différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

Elle est modifiée et revue annuellement par l'instance statutairement définie. Elle est annuelle et payable d'avance.

Pourront s'y ajouter des frais liés au paiement fractionné de la cotisation annuelle.

Article 6 : Paiement des cotisations

Pour payer la cotisation due, l'adhérent peut choisir le fractionnement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel, selon les modalités précisées sur le bulletin d'adhésion.

Le règlement de la cotisation peut s'effectuer par carte bancaire (*) ou par chèque bancaire ou par prélèvement automatique sur le compte bancaire de l'adhérent, ou par virement ou par mandat.

(* Au près de nos agences ou par l'extranet de la mutuelle).

Le prélèvement automatique est obligatoire en cas de paiement fractionné mensuel.

Article 7 : Conditions de versement de la prestation - Pièces à fournir

Les pièces à fournir sont notamment les suivantes :

- le certificat d'adhésion,

- un extrait de l'acte de décès de l'assuré,

- un certificat médical précisant la cause du décès (naturel, maladie, accident),

- le rapport de police ou de gendarmerie ou coupure de presse en cas de décès accidentel,

- un certificat de vie signé du bénéficiaire désigné s'il s'agit d'une personne physique.

- la photocopie de la pièce d'identité du bénéficiaire désigné,

- le cas échéant un certificat d'héritier désignant le porte-fort une attestation de preuve de la qualité d'héritier annexée de la copie du livret de famille et des pièces d'identité des signataires,

- un relevé d'identité bancaire pour le paiement des prestations

- facture acquittée ou non des frais d'obsèques.

Article 8 : Bénéficiaires de la garantie

L'allocation obsèques est attribuée selon l'ordre de priorité ci-après :

➤ à hauteur des frais d'obsèques (y compris les frais relatifs à la veillée), à la personne physique ou morale qui a réglé les frais engagés, sur justificatifs, dans la limite du montant de la garantie en vigueur.

➤ pour le solde :

○ Cas général

- au conjoint non séparé de corps par jugement, ou au concubin survivant de l'adhérent ou au partenaire survivant lié à l'adhérent par un pacte civil de solidarité, à défaut,

- aux enfants de l'adhérent nés ou à naître, à défaut, aux ascendants de l'adhérent du premier degré sur présentation d'un certificat d'hérédité désignant le porte-fort, ou à défaut, à parts égales sur présentation de la copie du livret de famille du défunt mis à jour avec la mention du décès et des copies des pièces d'identité des enfants, ascendants non décédés.

○ Cas particulier

- au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) (à parts égales).

En cas de prédécès de la (des) personne(s) désignée(s), l'allocation (ou son solde) est versée selon l'ordre de priorité visé sous le cas général ci-dessus.

Article 9 : Exclusions de la garantie

Exclusions générales

Sont exclus de la garantie, les décès résultant :

- d'une guerre,

- d'insurrections, d'émeutes, d'attentats, crimes, qualifiés comme tels par une autorité appropriée, auxquels a participé la personne assurée,

- de risques atomiques : c'est-à-dire des effets directs ou indirects d'explosion de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que des effets de la radiation provoquée par l'accélération artificielle de particules.

- du suicide de l'assuré pendant la première année d'assurance au présent contrat ou dans les douze mois qui suivent l'augmentation de l'allocation obsèques. Cette dernière exclusion concerne le montant de l'augmentation de l'allocation.

Exclusions spécifiques au doublement de la garantie

Sont exclus de la garantie doublée en cas d'accident, les décès résultant :

- d'acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcool est supérieur à la limite fixée par le code de la route,

- de l'usage de substances illicites ou substances médicamenteuses non prescrites médicalement,

- de la pratique de sports à titre professionnel ou amateur : jet ski, sky-surf, delta plane, course automobile, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane, vol à voile, courses de chevaux, la pêche ou la plongée sous-marine avec équipement autonome, l'escalade (sauf sur un mur), le saut à l'élastique, la spéléologie, le skeleton, le bobsleigh, la luge de compétition, la varappe, le canyoning, le rafting, le zorbing (ballule), ou l'alpinisme à plus de 3000 mètres d'altitude, de sport de combat.

Article 10 : ~~Suspension~~ Résiliation de la garantie

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation due dans les dix jours de son échéance, les garanties sont résiliées quarante jours après l'envoi de la mise en demeure adressée à l'adhérent par lettre recommandée avec accusé de réception. Les cotisations éventuellement venues à échéance au cours du délai de 40 jours sont également exigibles.

La mutuelle peut également résilier les garanties en cas de fausse déclaration intentionnelle, d'une part, en cas d'omission d'informations ou d'inexactitude des informations fournies, et de mauvaise foi, d'autre part.

Article 11 : Prescription

Toute action dérivant du contrat, en particulier toute demande de paiement des prestations convenues, est prescrite dans un délai de deux ans si le bénéficiaire est l'adhérent, ou de dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et ce à compter de l'événement qui y donne naissance.

Ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'assuré contre la mutuelle 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 peut être interrompue par :

- Désignation d'expert ;
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'assuré en ce qui concerne le règlement d'une prestation ;
- Toute autre cause ordinaire telle qu'une demande en justice, même en référé, une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

Article 12 : L'examen des réclamations

En cas de réclamation, l'adhérent le réclamant peut à tout moment adresser une demande écrite au sService eQualité de la MGPA à l'adresse postale suivante : **Service Qualité de la MGPA**, 2 Bis, Avenue des Arawaks, Immeuble EOLE VI, 97200 FORT DE FRANCE, ou par courriel à l'adresse suivante : reclamation@mutuellemgpa.fr.

Enfin, en cas de désaccord définitif avec les Assureurs, relatif à une garantie, l'adhérent ou le bénéficiaire le réclamant aura la faculté de faire appel au Médiateur dont la mutuelle lui indiquera, sur simple demande, les coordonnées et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Article 13 : Autorité de contrôle

La mutuelle MGPA est soumise au contrôle administratif de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris.

Article 14 : Protection des données personnelles

Les données à caractère personnel collectées font l'objet d'un traitement numérique dont le responsable de traitement est la mutuelle. Ces données collectées sont nécessaires à la passation, à l'exécution et la gestion du contrat et également pour la prospection commerciale, l'élaboration des statistiques et études actuarielles, l'exercice des recours et gestion des réclamations et contentieux, la mise en œuvre de dispositifs de contrôles notamment en matière de lutte contre la fraude, le blanchiment de capitaux et la corruption.

Elles sont destinées à la mutuelle ainsi qu'aux prestataires externes habilités par le responsable de traitement et agissant dans le cadre de leurs habilitations. Elles ne peuvent faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Les données seront conservées pendant toute la durée du contrat majorée des délais légaux de prescription en vigueur.

Conformément à la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et de portabilité de vos données, du droit de fournir des instructions sur le sort réservé à vos données post-mortem, que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données (DPO) : à l'adresse électronique suivante donneespersonnelles@mutuellemgpa.fr ou à l'adresse postale suivante Mutuelle MGPA - DPO 2 Bis avenue des Arawaks, Immeuble EOLE VI, 97200 Fort-de-France, en joignant à sa demande une copie recto-verso de sa pièce d'identité.

En cas de difficulté en lien avec la gestion de vos données personnelles, vous pouvez adresser une réclamation auprès du délégué à la protection des données personnelles ou auprès de la CNIL ou de toute autre autorité compétente.

Article 15 : Loi applicable

Les relations contractuelles et précontractuelles sont régies par la loi française. La mutuelle s'engage à utiliser la langue française pendant la durée du contrat.

Article 16 : Dispositif de Lutte contre le Blanchiment de Capitaux le Financement du Terrorisme (LCB-FT) et lutte contre la Fraude

La mutuelle se doit de connaître au mieux ses adhérents. Aussi, afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme (LCB-FT) et la lutte contre la fraude, elle est fondée, à la souscription, pendant la vie du contrat et chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux adhérents certaines informations complémentaires, telles que la justification de l'origine des fonds versées à la mutuelle à titre de paiement de leurs cotisations lorsque leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

Le membre participant s'engage à fournir toute information et toute pièce justificative nécessaire au respect desdites obligations.

Les demandes d'information et de pièces justificatives peuvent être formulées par la Mutuelle au moment de la souscription et durant toute la durée de la relation contractuelle.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment du versement des prestations, la mutuelle met en suspens le règlement

desdites prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis.

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications ; la mutuelle peut prononcer ensuite l'annulation des droits aux prestations qui ont fait l'objet de la fraude sans préjudice des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées. Les cotisations demeurent intégralement dues.

Article 17 : Écoute et enregistrements téléphoniques

Des écoutes et enregistrements des conversations téléphoniques via le SVI (serveur vocal interactif) de la mutuelle sont susceptibles d'être effectués pour des raisons de formation et d'évaluation de son personnel, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges, pour servir de preuves à l'établissement d'un contrat ou à l'accomplissement d'une transaction (paiement à distance, vente à distance). L'assuré est informé du dispositif d'écoute et d'enregistrement au préalable à la conversation et peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques. Seules les personnes habilitées par la mutuelle ont accès aux écoutes et enregistrements. Les informations enregistrées sont conservées pour une durée de 6 mois maximum. Les documents d'analyse et de contrôle établis dans le cadre des écoutes et enregistrements sont conservés pour une durée d'un an maximum.