

**NOTICE
D'INFORMATION**

DU CONTRAT

PRÉMUO

PERTE DE REVENUS

MI-11

document contractuel

A effet du 1^{er} janvier 2009



I. Objet du contrat et définitions

I.1 Objet

Prémio Perte de Revenus MI – 11 est un contrat collectif à adhésion facultative régi par le Code des Assurances, souscrit par la Mutuelle auprès de MFPrévoyance (ci-après dénommée « l'Assureur »).

L'objet du contrat est de garantir aux adhérents, lors de la survenance du risque Incapacité Temporaire Totale de travail, le versement de prestations selon les modalités définies ci-après.

I.2 Définitions

L'assuré est celui sur la tête duquel repose le risque assuré.

L'adhérent est le membre participant actif de la Mutuelle ayant adhéré au contrat et acquittant sa cotisation.

L'accident est défini par tout événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part de l'adhérent et entraînant une atteinte corporelle.

- Sont réputés répondre à cette définition les accidents de service reconnus comme tels par l'Administration, les accidents de travail reconnus comme tels par la Sécurité Sociale, les attentats survenus dans l'exercice des fonctions reconnus comme tels par l'Administration.
- Les événements liés à des opérations chirurgicales ou des interventions en milieu hospitalier, sauf celles découlant d'un accident, ne sont pas considérés comme accidentels.

Le bénéficiaire est la personne qui recevra la prestation garantie par l'Assureur en cas de réalisation du risque.

Le Point de la Fonction Publique est [la valeur annuelle du traitement et de la solde afférents à l'indice 100 majoré de la Fonction Publique et soumis aux retenues pour pensions] divisée par 100. La valeur de ce point au 30 septembre 2008 est de 54,6834 euros.

Le Traitement Indiciaire Brut (TIB) est égal à la valeur, à la date à laquelle on le calcule, de l'indice majoré multiplié par la valeur du point de la Fonction Publique d'Etat à la date de calcul.

Le délai de franchise s'entend de la période d'Incapacité Temporaire Totale de Travail se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation garantie.

2. Adhésion au contrat

2.1 Conditions d'adhésion

2.1.1 Conditions d'âge

Pour être assuré, le candidat de la Mutuelle doit être, à la date de la demande d'adhésion :

- âgé de 65 ans ou moins,
- en situation effective d'activité.

Il doit également respecter les conditions de santé de l'Article 2.1.2 ci-après.

2.1.2 Conditions de santé

Lorsque l'inscription du candidat à l'assurance intervient avant l'âge de 45 ans, il doit remplir, en même temps que le bulletin d'adhésion, une déclaration d'état de santé et si nécessaire un questionnaire de santé.

Lorsque l'inscription intervient entre 45 ans et l'entrée en jouissance effective des droits à la retraite et, au plus tard, avant le 65^{ème} anniversaire du candidat, celle-ci est conditionnée par l'acceptation du médecin conseil de l'Assureur sur la base du questionnaire de santé à remplir en même temps que le bulletin d'adhésion.

La durée de validité d'un questionnaire de santé est de trois mois à compter de la date de la signature apposée par le candidat à l'assurance.

L'adhésion est alors soumise à l'acceptation du médecin conseil de l'Assureur sur la base des réponses apportées par le candidat au questionnaire de santé et de toutes autres pièces demandées par le médecin conseil.



Au terme de l'examen du dossier médical du candidat, l'Assureur peut :

- accepter sans réserve son entrée dans l'assurance,
- accepter son entrée dans l'assurance avec des exclusions partielles,
- ajourner sa décision,
- refuser l'entrée dans l'assurance.

2.2 Demande d'adhésion

La demande d'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion selon un modèle approuvé par l'Assureur, rempli, daté et signé, transmis à l'Assureur accompagné du questionnaire de santé. L'acceptation de l'Assureur est notifiée par l'intermédiaire de la Mutuelle.

Lors de l'adhésion au contrat, l'adhérent doit régler d'avance la première cotisation.

En cas de mutation de l'adhérent d'une Mutuelle à une autre Mutuelle ayant également souscrit au contrat Prémuo Perte de Revenus, l'adhérent sera maintenu au contrat aux mêmes conditions de garantie et de tarif, sans formalité médicale.

2.3 Prise d'effet de l'adhésion au contrat

Sous réserve du paiement de la cotisation, l'adhésion prend effet le 1^{er} jour du mois suivant l'acceptation par le médecin conseil de l'Assureur.

Seuls les arrêts de travail intervenant dans le décompte de la franchise et survenus postérieurement à l'adhésion de l'adhérent au contrat sont couverts au titre du contrat.

Le renouvellement des garanties est annuel à la date du 1^{er} janvier et donne lieu à l'envoi, par la Mutuelle, à chaque adhérent au contrat d'un certificat d'inscription confirmant son inscription au contrat.

2.4 Modification du montant de la garantie

L'adhérent peut demander en cours de contrat une modification du montant de la garantie dans le respect des tranches et du plafond définis à l'Article 3.1.

La demande doit être notifiée à l'Assureur par l'intermédiaire de la Mutuelle.

Lorsque l'adhérent demande une diminution de montant, la nouvelle garantie et la nouvelle cotisation prennent effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Lorsque l'adhérent demande une augmentation de montant, l'octroi de la nouvelle garantie est subordonné à l'accomplissement des conditions prévues à l'Article 2.1. La nouvelle garantie et la nouvelle cotisation prennent alors effet le 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation du médecin conseil de l'Assureur.

Dans le cas où la demande est refusée, la garantie continue de s'appliquer sur les anciennes bases.

Les adhérents ne doivent pas se trouver en arrêt de travail à la date de la demande de changement de garantie, qu'il y ait ou non à ce moment service d'une prestation au titre du contrat.

2.5 Délai de renonciation

Dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où l'adhérent a été informé de la prise d'effet de l'adhésion, l'adhérent peut renoncer à l'adhésion par lettre rédigée selon le modèle ci-après et adressée en recommandé avec accusé de réception à la Mutuelle qui transmettra, dans les meilleurs délais, la demande de renonciation à l'Assureur.

Modèle de lettre de renonciation :

« Je soussigné(e),

Civilité....., Prénom....., NOM.....

Adresse.....

déclare renoncer à mon adhésion au contrat Prémuo Perte de Revenus, MI - 11, que j'ai signé le <...> et demande le remboursement du versement de cotisation que j'ai effectué, soit la somme de <...>, en date du <...>. Fait à, le <...> »

Dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée par la Mutuelle, celle-ci restitue l'intégralité de la cotisation versée par l'adhérent renonçant. Les intérêts de retard au taux légal courent de plein droit à l'expiration du délai.



2.6 Radiation du contrat

L'adhésion au contrat, et la garantie cesse en cas de :

- décès de l'adhérent, au jour du décès ;
- perte de la qualité de membre participant de la Mutuelle, au jour de la prise d'effet de cette perte de qualité ;
- non paiement de la cotisation, au jour de la prise d'effet de la radiation de l'adhérent du contrat conformément à la procédure inscrite à l'article L. 141-3 du Code des Assurances ;
- résiliation unilatérale par l'adhérent, au jour de la prise d'effet de la résiliation ;
- résiliation du contrat entre la Mutuelle et l'Assureur, au jour de la prise d'effet de la résiliation.

2.7 Résiliation unilatérale

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion au contrat, par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle, à charge pour celle-ci d'en informer l'Assureur, avec un préavis de 2 mois avant l'échéance annuelle du contrat.

2.8 Suspension du contrat

L'adhésion au contrat est suspendue en cas de :

- détachement ;
- mise en position de disponibilité ou de congé sans salaire (au sens des articles 42, 44, 46, 47 du Décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 modifié par le Décret n°2007-1542 du 26 octobre 2007) ;
- congé parental (au sens de l'Art. 52-57 du Décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 modifié par le Décret n°2007-1542 du 26 octobre 2007 et le Décret n°2008-568 du 17 juin 2008) ;
- congé sabbatique (visé à l'article L.3142-91 à L.3142-99 du Code du travail).

Pendant ces périodes, les garanties du contrat sont suspendues et les cotisations ne sont pas dues. En cas de retour dans l'administration d'origine, le membre participant pourra demander, de nouveau, à bénéficier des garanties du contrat.

Il est à noter que dès lors que l'adhérent détaché, mis à disposition ou en disponibilité continue à exercer une activité professionnelle en qualité de fonctionnaire ou salarié, il continue à bénéficier des garanties du contrat, sous réserve du paiement des cotisations, sauf dispositions contraires prévues par la Mutuelle.

2.9 Fausse déclaration

L'adhésion au contrat est nulle en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'adhérent au contrat, quand cette réticence ou cette fautive déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Dans ce cas et indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent par l'Assureur est nulle.

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

2.10 Versement des prestations

La prestation garantie est versée soit directement aux bénéficiaires, soit par l'intermédiaire de la Mutuelle, sur production d'une demande de prestation accompagnée des justificatifs mentionnés à l'Article 6 ci-après.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires à la constitution du dossier sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

Il est précisé que :

- si l'adhérent perçoit indûment des prestations au titre de la garantie du contrat, celles-ci doivent être remboursées à l'Assureur ou peuvent faire l'objet des mécanismes de la compensation légale telle que prévue par le Code civil.
- le montant de l'indemnité est réglé sur la base de 360 jours, soit 12 mois de 30 jours.



2.11 Contrôle médical et conciliation

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer ou de faire effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat, de faire pratiquer des examens médicaux complémentaires et de demander communication de toutes pièces médicales ou administratives utiles. Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués aux frais de l'Assureur par un médecin qu'il aura désigné. Ils peuvent être effectués tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation.

L'adhérent au contrat qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires, dans le mois qui suit la demande, perdrait tout droit à la prestation considérée.

En cas de désaccord avec le médecin conseil de l'Assureur, l'adhérent au contrat peut contester sa décision en lui adressant, dans les 3 mois qui suivent cette décision, un certificat médical circonstancié justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en oeuvre de la procédure de conciliation ici décrite et en acceptant les contraintes.

Si le médecin de l'adhérent au contrat et le médecin conseil de l'Assureur ne parviennent pas à un accord signé sur l'évaluation de l'état de santé de l'adhérent au contrat, l'Assureur les invite alors à en désigner un troisième, choisi parmi les médecins experts exerçant la médecine d'assurance auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième médecin s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourraient être exercés par voies de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième incombent à la partie perdante, l'adhérent au contrat en faisant l'avance.

Il est précisé que l'adhérent au contrat qui ne répond pas aux demandes de pièces complémentaires et/ou qui ne renvoie pas les formulaires de gestion dûment remplis dans les deux mois suivant la demande, verra sa demande suspendue.



3. Garantie Incapacité Temporaire Totale de travail

3.1 Montant des garanties

L'indemnité journalière de base est fixée à 3,33 euros (soit l'équivalent de 100 euros mensuels). Elle peut être augmentée, au choix de l'adhérent, par tranche de 3,33 euros, le montant total ne pouvant excéder 166,67 euros (soit l'équivalent de 5 000 euros mensuels).

Pour la période considérée, le montant s'ajoute aux prestations nettes servies par l'Administration, la Sécurité Sociale et/ou par tout autre organisme de prévoyance, le tout :

- pour les fonctionnaires, dans la limite de 95% du traitement indiciaire et des primes, nets des cotisations sociales,
- pour les non fonctionnaires, dans la limite de 95% du salaire net des cotisations sociales.

Principe indemnitaire :

En aucun cas, les prestations versées en application de la présente garantie ne peuvent, en s'ajoutant à celles de même nature préalablement perçues de l'Administration, de la Sécurité Sociale, de la Mutuelle et de tout autre organisme de prévoyance, permettre à l'assuré au contrat de recevoir une somme supérieure à sa rémunération nette théorique sur la période considérée.

On entend par **rémunération théorique**, le traitement net (primes incluses) qu'aurait perçu l'adhérent s'il avait continué à travailler.

3.2 Définition de l'Incapacité Temporaire Totale de travail

L'Incapacité Temporaire Totale de travail est le fait de se trouver momentanément dans l'impossibilité physique ou psychique, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle. Elle se traduit par les conditions suivantes :

• Pour les fonctionnaires :

Est considéré comme étant en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'adhérent fonctionnaire qui à la fois :

- perçoit au titre de l'incapacité des prestations en espèces en application du statut de la Fonction Publique ou est en disponibilité d'office au sens de l'Article 51 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984,
- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

• Pour les contractuels, les ouvriers d'Etat et les salariés :

Est considéré comme étant en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'adhérent qui à la fois :

- perçoit, au titre de l'incapacité, des prestations en espèces en application de son statut professionnel ou au titre de la Sécurité Sociale,
- est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

Est aussi considéré comme étant en Incapacité Temporaire Totale de travail, l'adhérent :

- qui ne perçoit aucune indemnité journalière de la Sécurité Sociale :
 - ◆ soit parce que du point de vue de la durée d'immatriculation du travail salarié effectué au cours d'une période de référence, les conditions exigées par la Sécurité Sociale pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces du régime maladie ne sont pas remplies au jour de l'arrêt de travail,
 - ◆ soit parce que les droits conformément aux dispositions de l'Article L 323-I du Code de la Sécurité Sociale sont épuisés,
- et est reconnu par le médecin conseil de l'Assureur comme inapte à l'exercice de son activité professionnelle.

3.3 Délai de franchise

Le droit aux prestations est acquis à l'issue d'un délai de franchise calculé en additionnant les journées consécutives ou non, d'arrêt de travail pour maladie ou accident, quelle qu'en soit la cause, survenues en cours d'assurance. **Les demi-journées d'arrêt de travail ne sont pas prises en considération.**

Ce délai est considéré comme écoulé dès que 90 jours d'arrêt de travail sont décomptés à partir du 365^{ème} jour précédant le point de départ de la dernière indisponibilité et que parmi ces périodes d'arrêt de travail, il existe une période d'arrêt de travail de 30 jours continus minimum.



3.4 Rechute

Est considéré comme une rechute tout arrêt de travail imputable à une maladie ou à une infirmité ayant donné lieu à une indemnisation de l'adhérent et qui survient dans un délai maximum de trois années suivant la date de cessation du paiement des prestations avant la reprise du travail.

Dans ce cas, aucune franchise n'est calculée et les prestations servies au titre de la nouvelle période d'arrêt de travail sont calculées en utilisant l'assiette de cotisation de l'adhérent à la date d'ouverture des droits à prestations.

Pour les cinq maladies dites de "longue durée", prévues par le décret 86-442 du 14 mars 1986, modifié par le décret n° 97-815 du 1er septembre 1997, il ne sera fait application de la franchise qu'une seule fois pour une même maladie.

Pour les maladies dites "longue maladie", prévues par le décret n° 86-442 du 14 mars 1986, et en cas d'arrêts de travail non consécutifs, il ne sera fait application de la franchise qu'une seule fois tous les quatre ans.

3.5 Cessation du versement de la prestation

La prestation cesse en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- la reprise du travail, y compris à temps partiel ou dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique ;
- l'entrée en jouissance effective des droits à la retraite, ou à partir de la date à laquelle l'adhérent aurait pu prétendre à sa retraite à taux plein et, au plus tard, à son 65^{ème} anniversaire ;
- l'entrée en jouissance d'une pension de retraite pour invalidité ;
- lorsque l'adhérent ne remplit plus les conditions prévues à l'Article 3.2 ci-dessus.

3.6 Modification de la situation de l'adhérent

L'adhérent doit notifier à l'Assureur, par l'intermédiaire de la Mutuelle, la reprise de son travail et l'évolution éventuelle des prestations reçues d'autres organismes au titre de l'incapacité en cours d'indemnisation au titre du contrat.

4. Risques exclus

Sont exclus de la garantie du contrat et n'entraînent aucun paiement, les sinistres résultant :

1. de 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 ;
2. directement ou indirectement des effets de la transmutation de l'atome ;
3. de la participation à des paris, défis, tentatives de records, sauf courses ou compétitions sportives nécessitant une autorisation administrative préalable ou soumises à une obligation d'assurance légale ;
4. de l'usage d'appareils ou d'équipements non munis d'un certificat officiel (de navigabilité ou d'utilisation), d'essais préparatoires ou de réception d'un engin ;
5. du risque de navigation aérienne lorsque l'adhérent au contrat se trouvait à bord d'un appareil conduit par un pilote ne possédant pas de brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée, ce pilote pouvant être l'adhérent au contrat ;
6. de toute atteinte par l'adhérent à son intégrité physique ;
7. d'un acte effectué sous l'emprise de l'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le Code de la Route, de l'utilisation de drogues, de stupéfiants, de tranquillisants non prescrits médicalement ;
8. de luttes, duels, rixes sauf en cas de légitime défense, d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'adhérent au contrat ;
9. de l'utilisation en tant que pilote ou passager d'engins aériens autres que les avions à moteur,
10. de la pratique de sports automobiles et motocyclistes à titre professionnel ou amateur et de tous les autres sports à titre professionnel ;
11. directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères, d'attentats, d'actes de terrorisme, d'émeutes, d'insurrections, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'adhérent au contrat y prend une part active, dans un cadre extra-professionnel.



5. Cotisations

Les cotisations sont forfaitaires et sont exprimées en euros.

Le montant de la cotisation à l'adhésion est déterminé en fonction de l'âge atteint par l'assuré à la date de la demande d'adhésion au contrat et du montant de garantie choisi (nombre de tranches).

Le montant de la cotisation augmente ensuite chaque année au 1^{er} janvier en fonction de l'âge atteint par l'assuré à cette date et du montant de garantie choisi (nombre de tranches).

Le barème des cotisations figure en annexe à la présente notice d'information.

En cas d'augmentation du montant de la garantie, la cotisation supplémentaire est calculée en fonction de l'âge atteint par l'assuré à la date de la demande de la modification de montant et de la nouvelle tranche de garantie choisie, conformément au barème des cotisations.

En cas de diminution du montant de la garantie, la nouvelle cotisation est calculée au prorata de la réduction du montant.

6. Formalités en cas de sinistre

JUSTIFICATIFS A PRODUIRE SUR LE PLAN ADMINISTRATIF

Les demandes de règlement doivent être adressées par la Mutuelle à l'Assureur au moyen d'un formulaire de demande de prestation accompagné des pièces et justificatifs suivants :

Dans tous les cas :

- une attestation sur l'honneur de l'adhérent au contrat énumérant les indemnités qu'il reçoit au titre de son incapacité (quel que soit l'organisme qui les verse : Sécurité Sociale, Institution de prévoyance, Employeur au titre de ses obligations légales, etc.) ;
- la copie du certificat de garantie (pièce fournie par la Mutuelle) ;
- la copie des bulletins de salaires des douze mois précédant l'arrêt de travail ouvrant droit à indemnisation ;
- toute autre pièce ou formulaire demandé par l'Assureur.

Lors de la première demande de prestation :

La « demande initiale » doit être accompagnée de l'attestation complétée par l'employeur dont dépend l'assuré indiquant :

- pour la détermination de la date de prise en charge :
 - toutes les dates des interruptions de travail pour cause de maladie ou d'accident indemnisées totalement ou partiellement par l'employeur et / ou la Sécurité Sociale, survenues au cours des 365 jours précédant le début de la dernière indisponibilité (soit le 1^{er} jour de la dernière période continue au cours de laquelle le dossier est pris en charge).
- pour le calcul des prestations :
 - les périodes d'arrêt de travail ouvrant droit à l'indemnisation ;
 - la nature du congé, soit : Maladie Ordinaire (MO), Congés Longue Maladie (CLM), Congés Longue Durée (CLD), Disponibilité d'Office pour raison de Santé (DOS), accident de travail (AT), arrêt maladie, etc. ;
 - le traitement (plein ou demi) pour les fonctionnaires ou le taux de prise en charge par la Sécurité Sociale pour les non fonctionnaires ;
 - le(s) montant(s) net(s) de la rémunération ou fraction de rémunération réellement perçu(s) au cours des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail bénéficiant de l'indemnisation ;
 - le montant de la rémunération théorique nette se rapportant à la période en cause.

Tout arrêt de travail comportant des périodes indemnisées totalement ou partiellement par l'employeur et/ou la Sécurité Sociale doit être impérativement fractionné par périodes homogènes d'indemnisation (ces informations doivent être communiquées par période en distinguant les traitements et les natures de congés maladie).

pour le règlement

- un relevé d'identité bancaire ou postal original quand les prestations sont réglées directement aux bénéficiaires.



Pour une prolongation d'arrêt de travail

La Mutuelle adresse l'imprimé « prolongation » dûment renseigné accompagné de l'attestation complétée par l'employeur.

Lorsque l'attestation n'aura pas été complétée par l'employeur.

il conviendra de joindre à la demande de prestations les pièces justificatives suivantes :

- pour la prise en charge (en fonction des cas) :
 - a) soit une attestation ou un arrêté de l'administration précisant la nature du congé accordé (MO, CLM, CLD, DOS, AT, etc.) et son traitement ;
 - b) soit la copie des documents de la Sécurité Sociale attestant le versement de prestations en espèces au titre du régime maladie, d'un accident du travail ou maladie professionnelle pour la période d'arrêt de travail correspondant très exactement à celle dont la prise en charge est demandée à l'Assureur.
- pour le calcul des prestations et pour l'application des règles de cumul :
 - le relevé, établi par l'employeur, des sommes nettes perçues par l'assuré (avec motif et traitement) ;
 - et
 - le relevé, établi par l'employeur, de la rémunération nette d'activité et des primes et indemnités habituellement perçues par l'assuré le premier jour de son ouverture de droit à indemnisation.

JUSTIFICATIFS A PRODUIRE SUR LE PLAN MEDICAL

Lors de la première demande de prestation :

- le bulletin d'adhésion :
 - . lorsque l'incapacité de travail est intervenue moins de 12 mois après l'adhésion au contrat ;
 - . lorsqu'il y a eu des restrictions lors de l'adhésion ;
- un certificat médical précisant la date de l'arrêt de travail initial ;
- en outre en cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection ;
- toute autre pièce ou formulaire demandé par le médecin conseil de l'Assureur.

La demande de règlement doit parvenir dans les 6 mois qui suivent la date à partir de laquelle les prestations peuvent être servies. Passé ce délai, le paiement des prestations n'aura lieu que pour la durée de garantie restant à courir à partir de la date de réception de la demande par l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'adhérent au contrat, tant à l'occasion de la demande de prestation qu'en cours de prestation comme prévu à l'Article 2.11.

7. Prescription, déchéance

Les demandes de prestations doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum déterminé à l'Article 6 ci-dessus et courant à partir de la date à laquelle le bénéficiaire peut prétendre aux prestations au titre du contrat, sauf cas de force majeure, cas fortuit ou si l'Assureur ne subit pas de préjudice.

Les prestations non réclamées ou non perçues se prescrivent par 2 ans.

Ce délai court à partir du moment où le bénéficiaire a connaissance de l'évènement donnant droit à la garantie.

Dans le cas où le bénéficiaire est mineur ou majeur placé sous un régime de protection légale, ce délai ne commence à courir qu'à compter du jour où l'intéressé a atteint sa majorité ou recouvre sa pleine capacité juridique.

A partir du jour où la décision de l'Assureur relative à l'ouverture des droits à prestation a été notifiée à l'intéressé, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à l'Assureur dans un délai de 3 mois.



8. Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions du Code des Assurances, l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) s'assure du respect des engagements contractés par les mutuelles à l'égard de leurs membres participants et de leurs bénéficiaires.

Ceux-ci peuvent, sans préjudice des actions de justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser d'éventuelles réclamations au siège de l'Assureur. En outre, lorsque ces réclamations concernent le présent contrat, elles peuvent être adressées à l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles dont les coordonnées sont les suivantes :

ACAM
61 rue Taitbout
75436 PARIS Cedex 09





Société anonyme, au capital de 53 153 000 euros, régie par le code des Assurances, RCS 507 648 053 PARIS
62, RUE JEANNE D'ÂRC - 75640 PARIS CEDEX 13