

# GEODE

## Obsèques et Dépendance

Demande d'adhésion



**PRÆCONIS**  
DÉVELOPPEMENT MUTUALISÉ

Nouvelle adhésion  Avenant

## MENTIONS LÉGALES

### Adhésion réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation

- en agence  hors établissement  
 à distance (web)  par démarchage téléphonique

N° ORIAS : \_\_\_\_\_

(1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> feuillet : à retourner à PRAECONIS / 3<sup>ème</sup> feuillet : à conserver par l'adhérent)

Date d'effet : 01 \_\_\_\_\_

## ADHÉRENT(E) / ASSURÉ(E)

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

M.  Mme.  Mlle.  Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Age au 31/12 : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Situation de famille : Célibataire  Marié (e)  Concubin(e)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  Veuf(ve)

## ASSURÉ(E)

si la personne qui souscrit l'adhésion est différente de la personne à assurer, complétez ces informations

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

M.  Mme  Mlle Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_ Date de Naissance : \_\_\_\_\_ Age au 31/12 : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Situation de famille :  Célibataire  Marié (e)  Concubin(e)  Divorcé(e)  Pacsé(e)  Veuf(ve)

Lien du souscripteur avec l'assuré :  Conjoint(e)  Enfant  Parent  Autre :

# GEODE Obsèques

### Garanties et cotisation

#### MONTANT DU CAPITAL OBSEQUES CHOISI

- 3 000 €  4 000 €  5 000 €  
 6 000 €  7 000 €  8 000 €  
 Assistance L'âge limite d'adhésion est de 84 ans.

#### TYPE DE COTISATION

- Viagère

#### PERIODICITE DE PAIEMENT PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

- Mensuelle  Semestrielle  
 Trimestrielle  Annuelle

### GEODES Obsèques - Désignation des bénéficiaires

#### Je désigne comme bénéficiaire(s) de mon capital obsèques

- Mon conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, mon partenaire de PACS ou à défaut mes héritiers légaux  
 Autres personnes (précisez les nom, prénom, date de naissance et adresse pour chacune d'elles) ou Entreprise funéraire (précisez le nom et l'adresse)

- 1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_  
4) \_\_\_\_\_

### Montant total du règlement

COTISATION GEODE  
OBSEQUES

**A**

COTISATION SOCIALE  
MUTUALISTE MENSUELLE  
y compris Assistance,  
cotisation ADPRF, droit d'adhésion  
et frais de fractionnement

**B**

+ 1,98 €

#### MONTANT TOTAL DU REGLEMENT GEODE OBSEQUES

mensuel

**A+B**

Information : montant annuel

**A+Bx12**

## JE SOUSSIGNÉ(E) :

- Demande mon adhésion à l'ADPRF
- Demande mon adhésion au contrat « GEODE Obsèques », contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association de Développement de la Prévoyance des Régions Françaises (ADPRF), enregistrée à la Préfecture du Territoire de Belfort sous le N° W901002184, auprès de MUT'EST, 11 Boulevard du Président Wilson, CS60019 - 67082 STRASBOURG Cedex, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 641 681, encore appelée l'Assureur.
- Je déclare avoir pris connaissance des Statuts de l'ADPRF et de MUT'EST, de la Notice « GEO-2016-03 » valant Conditions Générales de la Garantie Obsèques « GEODE Obsèques » et de la Notice d'Assistance « CAG-2016-04 » qui m'ont été remis ce jour et les accepter sans réserve.
- Je reconnais avoir été informé(e) des périodes d'attentes ou de carences liées à la prise d'effet de garanties.
- Je reconnais avoir été informé(e) qu'en cas de décès suite à une maladie intervenant pendant la période de carence, les primes restent acquises à l'assureur.
- Je reconnais avoir été informé (e) que la date de conclusion qui fixe la date d'effet de mon adhésion correspond au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la date de signature de la présente demande d'adhésion sous réserve de paiement de la 1<sup>ère</sup> cotisation.
- Je reconnais avoir été informé(e) que l'Assureur se fonde, pour établir les relations précontractuelles, sur le Code de la mutualité notamment ses articles L221-18 et les articles L121-23 à L121-26 du Code de la consommation. La législation française est applicable au présent contrat. L'Assureur, avec mon accord, s'engage à utiliser pendant toute la durée du contrat la langue française.
- Dans le cas où mon adhésion est souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (articles L221-18 du Code de la mutualité et L121-20-08 de la consommation) :
  - je demande expressément l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion au contrat à compter de sa conclusion.

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Mention manuscrite " Lu et approuvé "

- Dans ce cadre et conformément aux textes précités je peux exercer mon droit de rétractation dans les conditions et formes précisées dans la Notice du contrat et au dos de la présente demande d'adhésion.
- Je certifie la sincérité et l'exactitude des déclarations et informations données sur la présente demande d'adhésion me concernant et je reconnais savoir que toute omission ou déclaration inexacte, ainsi que la réticence ou fausse déclaration intentionnelle pourront faire l'objet respectivement d'une proposition d'ajustement tarifaire ou d'une nullité de l'adhésion conformément aux dispositions du Code de la mutualité.
- L'adhésion est gérée par PRAECONIS, SAS au capital de 195 000 €  
ORIAS N° 10058426, RCS N° 527879415.
- En outre, j'autorise PRAECONIS, gestionnaire, à débiter mon compte bancaire ou postal du montant des cotisations d'assurance.

Conformément à la loi informatique et libertés 78.17 du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les données vous concernant auprès de PRAECONIS, 6 rue Paul Morel - BP80283 - 70006 VESOUL Cedex. Les données personnelles que vous nous avez communiquées (par courrier, téléphone, messagerie électronique ou tout autre moyen) sont nécessaires pour les traitements informatiques liés à la gestion de votre contrat et peuvent être également utilisées, sauf opposition de votre part à des fins commerciales. Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. PRAECONIS est destinataire, avec ses mandataires, l'Association ADPRF, ses Assureurs et ses réassureurs, de l'information, dans le strict respect de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel. L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

J'opte pour le prélèvement automatique  OUI  NON

Signature  
de l'adhérent

Signature  
de l'assuré(e)

# GEODE Dépendance

## Garanties et cotisation

### MONTANT DU CAPITAL DEPENDANCE CHOISI

10 000 €  15 000 €  20 000 €  25 000 €

Assistance

### PERIODICITE DE PAIEMENT PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

Mensuelle

## Montant total du règlement

COTISATION GEODE  
DEPENDANCE

C

COTISATION SOCIALE  
MUTUALISTE MENSUELLE

D

+ 3,48 €

y compris Assistance,  
cotisation ADPRF, droit d'adhésion  
fraîs de fractionnement  
et cotisation IJHA

### MONTANT TOTAL DU REGLEMENT GEODE DEPENDANCE

mensuel

C+D

Information : montant annuel

C+Dx12

Je déclare sur l'honneur ne pas être atteint(e), à ma connaissance, d'une maladie grave.

## JE SOUSSIGNÉ(E) :

- Demande mon adhésion à l'ADPRF
- Demande mon adhésion au contrat "GEODE Dépendance", contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association de Développement de la Prévoyance des Régions Françaises (ADPRF), enregistrée à la Préfecture du Territoire de Belfort sous le N° W901002184, auprès de MUT'EST, 11 Boulevard du Président Wilson, CS60019 - 67082 STRASBOURG Cedex, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 641 681, encore appelée l'Assureur.
- Je déclare avoir pris connaissance des Statuts de l'ADPRF et de MUT'EST, de la Notice "GED-2016-03" valant Conditions Générales de la Garantie "GEODE Dépendance", de la Notice d'Assistance "CAG-2016-04" et de la Notice "MIJH-2016-01" valant Conditions Générales de la Garantie "IJHA" qui m'ont été remis ce jour et les accepter sans réserve.
- Je reconnais avoir été informé(e) des périodes d'attentes ou de carences liées à la prise d'effet de garanties.
- Je reconnais avoir été informé(e) que que la date de conclusion qui fixe la date d'effet de mon adhésion correspond au 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la date de signature de la présente demande d'adhésion sous réserve de paiement de la 1<sup>ère</sup> cotisation et de l'acceptation de l'Assureur.
- Je reconnais avoir été informé(e) que la Mutuelle se fonde, pour établir les relations précontractuelles, sur le Code de la mutualité notamment son article L221-18. La loi applicable au contrat régi par le Code de la mutualité Française. L'Assureur, avec mon accord, s'engage à utiliser pendant toute la durée du contrat la langue française.
- Dans le cas où mon adhésion est souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (articles L221-18 du Code de la mutualité et L121-20-08 de la consommation) :
  - je demande expressément l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion au contrat à compter de sa conclusion.
  - Dans ce cadre et conformément aux textes précités je peux exercer mon droit de rétractation dans les conditions et formes précisées dans la Notice du contrat et au dos de la présente.

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Mention manuscrite " Lu et approuvé "

Signature  
de l'adhérent

Signature  
de l'assuré(e)

J'opte pour le prélèvement automatique  OUI  NON

Je déclare avoir été informé préalablement à mon adhésion de la possibilité qui m'est offerte de contractualiser sur un support dématérialisé (non papier).

Je déclare en conséquence renoncer au support papier pour demander mon adhésion. Mon consentement est formalisé par une signature électronique.

Je déclare avoir reçu préalablement à mon adhésion, en temps utile et avant tout engagement de ma part les notices GED-2016-03 pour le contrat GEODE Dépendance, GEO-2016-03 pour le contrat GEODE Obsèques valant conditions générales précisant les garanties et leurs exclusions, la notice d'Assistance CAG-2016-04, la notice MIJH-2016-01 pour le contrat IJHA la présente demande d'adhésion, les documents annexes et le formulaire de renonciation.

Je demande expressément l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion au contrat à compter de sa conclusion. Dans ce cadre, je peux quand même exercer mon droit de rétractation dans les délais prévus par la loi. Dans ce cas je suis tenu au paiement proportionnel de la prestation effectivement fournie pendant le délai de garantie.

## DROIT DE RENONCIATION

Article L. 121-23 à L. 121-26 du Code de la Consommation

### CODE DE LA CONSOMMATION

Sélection des ARTICLES RELATIFS AU DÉMARCHAGE À DOMICILE

#### Art L 121-21

Est soumis aux dispositions de la présente section quiconque pratique ou fait pratiquer le démarchage, au domicile d'une personne physique, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, afin de lui proposer l'achat, la vente, la location, la location-vente ou la location avec option d'achat de biens ou la fourniture de services.

Est également soumis aux dispositions de la présente section le démarchage dans les lieux non destinés à la commercialisation du bien ou du service proposé et notamment l'organisation par un commerçant ou à son profit de réunions ou d'excursions afin de réaliser les opérations définies à l'alinéa précédent.

#### Article L 121-23

Les opérations visées à l'article L 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont un exemplaire doit être remis au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

- Noms du fournisseur et du démarcheur ;
- Adresse du fournisseur ;
- Adresse du lieu de conclusion du contrat ;
- Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou des services proposés
- Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services ;
- Prix global à payer et modalités de paiement ; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L 313-1;
- Faculté de renonciation prévue à l'article L 121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté et, de façon apparente, le texte des articles L 121-23, L 121-24, L 121-25, et L 121-26.

#### Article 121-24

Le contrat visé à l'article L 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L 121-25. Un décret en Conseil d'Etat précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire. Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence. Tous les exemplaires doivent être signés et datés de la main même du client.

#### Article 121-25

Dans les 7 jours, fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche, ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au 1er jour ouvrable suivant.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue. Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L 121-27.

#### Article L 121-26

Avant expiration du délai de réflexion prévu à l'article L 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit, une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit.

## ANNULATION DE COMMANDE

Article L. 121-23 à L. 121-26 du Code de la Consommation.

L'adhérent peut renoncer à son adhésion aux présents contrats pendant :

- trente jours\* pour le contrat "**GEODE Obsèques**";
- quatorze jours\* pour le contrat "**GEODE Dépendance**";

\*Jours calendaires révolus à compter de la commande ou de l'engagement d'achat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante :

PRAECONIS - 6 rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 Vesoul Cedex

**Si vous annulez votre commande, vous pouvez utiliser les formulaires détachables qui se trouvent dans la présente Demande d'Adhésion.**

### Article 1 – Constitution et dénomination

Il est constitué entre les adhérents aux présents statuts et les adhérents ultérieurs qui s'y joindront soit tous les adhérents de l'ADPF à la suite de sa dissolution, un Association régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 Aout 1901, ayant pour nom :  
**ASSOCIATION DE DEVELOPPEMENT DE LA PREVOYANCE DES REGIONS FRANCAISES (ADPRF)**

### Article 2 – Siège social

Le siège social est fixé 2 rue de Madrid – 90000 BELFORT.

Il peut être déplacé en tout lieu sur simple décision du Conseil d'Administration.

### Article 3 – Objet

Cette Association a pour objet de :

- Favoriser l'accès aux adhérents à des garanties d'épargne et de prévoyance et de santé, au travers de contrats groupes, conclus avec des organismes d'assurance ;
- Favoriser l'accès des adhérents à l'ensemble de la couverture des risques assurables qu'ils rencontrent, tant dans leur vie privée que professionnelle ;
- Signer des conventions avec les organismes d'assurance habilités pour faire bénéficier ses adhérents de garanties collectives et des services découlant, et suivre l'application des dites Conventions ;
- Informer ses adhérents en matière de prévoyance, de santé, de retraite et d'épargne ;
- Effectuer toute opération et prendre toute initiative propre à la réalisation de son objectif social.
- Prendre la suite des engagements de l'ADPRF consécutivement à la dissolution de cette dernière.

### Article 4 – Durée

La durée de l'Association est illimitée.

### Article 5 – Composition de l'Association

L'Association est composée de membres personnes physiques.

Sont membres de l'Association, les adhérents aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association, ainsi que les adhérents de l'ADPRF à jour de leurs cotisations

au jour de la dissolution de cette dernière. Ils disposent d'un seul droit de vote à l'Assemblée Générale (même s'ils ont adhéré à plusieurs contrats groupes précités) et peuvent proposer une résolution à l'Assemblée Générale.

### Article 6 – Démission - Radiation

La qualité de membre se perd par :

- La démission ;
- Le décès ;
- La radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour motif grave ;
- La résiliation de l'adhésion aux contrats groupe souscrits par l'Association.

### Article 7 – Ressources

Les ressources de l'Association se composent :

- Des cotisations des membres ;
- Des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association ;
- De toute autre ressource non interdite par la loi.

### Article 8 – Administration

Un Conseil d'Administration, composé de trois membres, administre l'Association.

Les membres du Conseil d'Administration sont élus par l'Assemblée Générale pour une durée de six ans et sont éligibles.

Le Conseil d'Administration élit en son sein un bureau composé :

- D'un Président ;
- D'un secrétaire ;
- D'un trésorier.

Le Président et les membres du bureau sont élus par le Conseil d'Administration pour une durée de six ans à la majorité simple.

Le Conseil d'Administration est composé pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe, et ne recevant ou n'ayant pas reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part des ces mêmes organismes ou sociétés.

### Article 9 – Réunion du Conseil

Le Conseil se réunit sur convocation du Président ou de la moitié de ses membres, au moins une fois par an, au siège de l'Association ou en visioconférence.

Les décisions sont prises à la majorité des voix des membres présents, la voix du Président est prépondérante en cas de partage.

Tout membre qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois séances consécutives sera considéré comme démissionnaire.

Un procès-verbal de séance est signé par le Président et le Secrétaire.

Les membres du Conseil d'Administration exerceront leurs fonctions gratuitement. Toutefois, ils pourront prétendre, et sur justificatifs visés par le Président ou le Trésorier, au remboursement des frais qu'ils auront engagés pour l'exercice de leur mandat, sans que cela ne puisse être considéré comme un élément de rémunération.

Les membres du Conseil d'Administration s'interdisent, en outre, de percevoir par les organismes d'assurance avec lesquels l'Association a signé des contrats groupe, une rémunération liée au montant des cotisations ou à l'encours des contrats collectifs souscrits par l'Association.

### Article 10 – Pouvoirs du Conseil d'Administration

Le Président représente l'Association. Il représente, notamment, l'Association en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut être habilité, sur mandat du Conseil d'Administration, à engager toute action en justice.

Le Président à le pouvoir de signer les contrats groupe de prévoyance, d'épargne et de retraite au profit de ses membres

L'Assemblée Générale a seule qualité pour autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit.

Le Conseil d'Administration est tenu de présenter au vote de l'Assemblée Générale les projets de résolution qui lui ont été communiqués quarante-cinq jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée par le dixième

des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent

### Article 11 – Assemblée Générale Ordinaire

#### 1/ Composition de l'Assemblée

L'Assemblée Générale est constituée par l'ensemble des membres de l'Association au jour de la tenue de cette Assemblée. Chaque membre dispose d'une voix.

Chaque membre peut disposer de cinq pouvoirs maximum. Un même adhérent ne peut disposer de plus de 5% des droits de vote.

Les adhérents ont la faculté de donner mandat à :

- Un autre adhérent ;
- Ou leur conjoint.

#### 2/ Ordre du jour de l'Assemblée Générale

L'ordre du jour est arrêté par le Président conformément à l'article 11 des présents statuts.

L'Assemblée ne peut délibérer que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Si des membres désirent qu'une résolution soit inscrite à l'ordre du jour, ils doivent en aviser le Président au moins quinze jours avant la date fixée pour l'Assemblée Générale.

#### 3/ Quorum et vote

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni le quorum, une seconde Assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses adhérents présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance. Il est tenu un procès-verbal des réunions de l'Assemblée Générale consultable au siège de l'Association.

Il est tenu un procès-verbal des réunions de l'Assemblée Générale consultable au siège de l'Association.

#### 4/ Réunions de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale se réunit chaque année à une date et un lieu fixés par le Président du Conseil d'Administration.

Les membres de l'Assemblée sont informés individuellement de la tenue de l'Assemblée, par lettre simple ou par courriel, trente

jours au moins avant la date prévue. Ils reçoivent, à cette occasion, le texte des résolutions et les différents rapports présentés. Il leur est également fourni les documents nécessaires pour se faire représenter ou pour voter par correspondance.

L'Assemblée Générale :

- Entend les rapports sur la gestion du Conseil et la situation de l'Association ;
- Approuve les comptes de l'exercice ;
- Pourvoit, s'il y a lieu, au renouvellement des membres du Conseil d'Administration ;
- Discute les questions écrites à l'ordre du jour.

### Article 12 – Assemblée Générale Extraordinaire

L'Assemblée Générale extraordinaire décide des modifications des statuts.

Elle est convoquée, si besoin est, par le Président du Conseil d'administration ou à la demande d'au moins 10% des adhérents.

Les formes et les délais de convocation et les conditions de quorum et de vote de l'Assemblée Générale Extraordinaire sont les mêmes que ceux de l'Assemblée Générale Ordinaire prévus ci-dessus.

### Article 13 – Règlement intérieur

Le Conseil d'administration pourra, s'il le juge nécessaire, arrêter le texte d'un règlement intérieur qui déterminera les détails d'exécutions des présents statuts.

### Article 14 – Dissolution de l'Association

En cas de dissolution décidée en Assemblée Générale Extraordinaire, un ou plusieurs liquidateurs seront nommés.

La dissolution de l'Actif de l'Association est faite conformément à l'article 9 du 1er juillet 19014 et du décret du 16 aout 1901.



## SOMMAIRE

### TITRE I

#### DENOMINATION, SIEGE, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I : Dénomination, siège et objet -  
Articles 1 à 7

CHAPITRE II : Composition - Articles 8 à 14

### TITRE 2

#### ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I : Assemblée Générale -  
Articles 15 à 19

CHAPITRE II : Conseil d'Administration -  
Articles 20 à 33

### TITRE III

#### DISPOSITIONS FINANCIERES ET COMPTABLES - Articles 38 à 42

### TITRE IV

#### DISPOSITIONS DIVERSES - Articles 43 à 50

## TITRE I DENOMINATION, SIEGE, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

### CHAPITRE I : Dénomination, siège et objet

#### Article 1 - Dénomination, siège

mut'est (ci-après dénommée « la mutuelle ») est une mutuelle régie par le Code de la Mutualité.

Elle est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

La mutuelle est immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro SIREN 775 641 681. Le siège de la mutuelle est établi 11 Boulevard du Président Wilson, 67082 Strasbourg Cedex.

#### Article 2 - Objet

La mutuelle a pour objet de mener, dans les conditions définies par le Code de la Mutualité, au profit de ses membres et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit :

- à titre principal une activité d'assurance
- à titre accessoire une activité d'action sociale.

Elle pourra également, à la demande d'autres mutuelles du Livre II, se substituer à ces dernières dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité.

Elle pourra participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité en application des articles L.211-3 à L.211-7 et L.611-20 du Code de la Sécurité Sociale.

Elle peut présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance, et déléguer la gestion de contrats collectifs.

Elle pourra recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

Enfin, elle pourra exercer et mettre en oeuvre toutes opérations se rattachant directement ou indirectement à l'objet ci-dessus.

#### Article 3 - Branches assurées

La mutuelle exerce les activités d'assurances suivantes, telles que définies par l'article R 211-2 du Code de la Mutualité :

**branche 1 : accidents** (y compris accidents du travail et maladies professionnelles) :

- 1a : prestations forfaitaires
- 1b : prestations indemnitaires
- 1c : combinaison

**branche 2 : maladie** :

- 2a : prestations forfaitaires
- 2b : prestations indemnitaires
- 2c : combinaison

**branche 20** : vie-décès

**branche 21** : nuptialité-natalité

#### Article 4 - Activité accessoire Livre III-Commission sociale

Conformément à son objet et à l'article L.111-1-III du Code de la Mutualité, la mutuelle dispensera à ses membres et à leurs ayants droit une action sociale qui pourra prendre, notamment, la forme d'un fonds de secours, dont la dotation est votée annuellement par l'Assemblée Générale. La gestion de ces crédits est confiée à une commission appelée « Commission sociale ».

Cette commission a pour fonction d'attribuer des aides ou des prestations exceptionnelles aux membres participants ou à leurs ayants droit après étude de leur dossier. Les décisions sont sans appel.

La commission est composée de 6 à 12 administrateurs. Le Président, le Premier Vice-président et le Trésorier Général sont membres de Droit.

La Composition de la Commission sociale est votée tous les 2 ans par le Conseil d'Administration à la suite du renouvellement des administrateurs du Conseil d'Administration.

La Commission sociale est présidée par le Premier Vice-président.

Du personnel salarié de la mutuelle peut être invité à y assister.

#### Article 5 - Création d'une mutuelle dédiée de Livre III

Par résolution prise en date du 16 juin 2007, l'Assemblée Générale de mut'est approuve la création de mut'est services.

Le montant annuel de la cotisation pour mut'est services est fixé par le Conseil d'Administration de mut'est services puis est approuvé par le Conseil d'Administration de mut'est.

#### Article 6 : Règlements mutualistes

Pour les contrats autres que collectifs, en application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, des règlements mutualistes, adoptés par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, définissent le contenu et la durée des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations.

Pour les opérations collectives, ces informations figureront dans le contrat lui-même ou dans le règlement mutualiste de la garantie opération collective facultative et dans les notices d'information correspondantes.

#### Article 7 : Règlement intérieur des instances

Un règlement intérieur des instances, établi par le Conseil d'Administration, définit les modalités d'organisation et de fonctionnement des instances de mut'est.

Tous les administrateurs sont tenus de s'y conformer, au même titre qu'aux statuts et règlements mutualistes.

Le Conseil d'Administration peut apporter au règlement intérieur des instances des modifications qui

s'appliquent immédiatement.

## CHAPITRE II : Composition

#### Article 8 : Catégories de membres

La mutuelle admet des membres participants et des membres honoraires.

##### 8.1 Membres participants

Les membres participants sont les personnes physiques qui ont adhéré à la mutuelle, qui bénéficient des prestations de la mutuelle et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Les membres participants de mut'est sont automatiquement membres participants de mut'est services.

Les membres participants doivent bénéficier des prestations d'un régime de protection sociale obligatoire français, ou résider sur le territoire français et bénéficier d'un régime de protection sociale obligatoire de l'Union Européenne.

##### 8.2 Membres honoraires

Les membres honoraires sont, soit des personnes physiques qui versent à la mutuelle des cotisations, des contributions ou lui font des dons sans bénéficier de ses prestations, soit des personnes morales souscrivant des contrats dans le cadre d'opérations collectives obligatoires sur décision du Conseil d'Administration.

#### Article 9 : Modes d'adhésion

##### Opération individuelle

Toute personne qui souhaite être membre de la mutuelle fait acte d'adhésion dans les conditions définies par décret en Conseil d'Etat et reçoit gratuitement copie des Statuts et des règlements afférents aux garanties souscrites auprès de la Mutuelle.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts ainsi que des droits et obligations définis par le règlement mutualiste applicable au nouvel adhérent.

##### Opération collective

Par dérogation aux alinéas précédents, les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle. Ce contrat contient les indications prévues par décret pris en Conseil d'Etat.

Il existe deux types d'opérations collectives :

- dans l'hypothèse d'une opération collective facultative : un contrat collectif est souscrit entre la mutuelle et une personne morale ou un employeur au profit de ses membres ou de ses salariés. Ceux-ci doivent adhérer individuellement à la mutuelle pour en devenir membres participants au moyen d'un bulletin d'adhésion. La personne morale souscriptrice n'acquiert pas la qualité de membre honoraire de la mutuelle ;

- dans l'hypothèse d'une opération collective obligatoire : un contrat collectif est souscrit entre la mutuelle et une entreprise au profit de ses salariés. Ceux-ci deviennent membres participants de la mutuelle à la date de leur affiliation. La personne morale souscriptrice acquiert, de droit, la qualité de membre honoraire de la mutuelle.

## Article 10 : Ayants droit

Le membre participant peut étendre la couverture à ses ayants droit selon la définition qui est donnée par le règlement mutualiste ou le contrat collectif au titre duquel il est adhérent à mut'est.

## Article 11 : Conditions et modes de démission des membres participants et honoraires

Le membre participant, pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriptrice, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans, en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à la mutuelle au moins

deux mois avant la date d'échéance, prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat. La mutuelle peut, dans des conditions identiques résilier le contrat collectif obligatoire.

Le membre participant peut également dénoncer son adhésion dans les conditions prévues à l'article L 221-10-1 du Code de la Mutualité. La démission ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées.

## Article 12 : Conditions et modes de radiation des membres participants et honoraires

Outre le cas de décès, sont radiés les membres participants ou honoraires dont les garanties ont été résiliées dans les conditions suivantes, prévues aux articles L.221-7, L.221-8 et L.221-17 du Code de la Mutualité :

### 12.1. Résiliation pour modification du risque

Pour les opérations individuelles et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification. La Mutuelle doit rembourser à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

### 12.2. Opération individuelles - défaut de paiement

Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit sur la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garan-

tie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties. La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement. Sauf disposition légale contraire, la radiation ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées.

### 12.3. Opérations collectives- Défaut de paiement

Dans le cadre des opérations collectives, lorsque l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale. Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations. La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours. Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle ou de l'union, ont été payées à celles-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe. L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La Mutuelle informe chaque membre participant de la mise en oeuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus le risque.

Ces dispositions ne sont pas applicables lorsque l'adhésion à la Mutuelle résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel régi par l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité Sociale.

### 12.4. Défaut de paiement des cotisations – majoration de retard et action en justice

Dans tous les cas autorisés et à défaut de paiement dans les dix jours de leur échéance il pourra être appliqué, à compter de la mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception, une majoration de retard à un taux de 10 % des cotisations échues.

La mutuelle peut poursuivre en justice l'exécution du contrat.

Dans tous les cas, les frais de poursuite et de recouvrement sont à la charge du membre participant ou de la personne morale ou employeur, en cas de précompte.

### 12.5. Prononciation de la radiation

Le Conseil d'Administration prononce la radiation, toutefois cette mission peut être déléguée au Président du Conseil d'Administration qui à son tour peut la déléguer au Directeur Général.

## Article 13 : Conditions et modes d'exclusion des membres participants et honoraires

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à un membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle alors même que le risque omis ou dénature par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Peuvent également être exclus les membres honoraires qui auront causé un préjudice, matériel ou moral, à la Mutuelle, constaté par une délibération du Conseil d'Administration.

La décision d'exclusion est prise par le Conseil d'Administration ou l'administrateur désigné par lui.

Préalablement, ce dernier convoque le membre dont l'exclusion est proposée, pour l'entendre sur les faits qui lui sont reprochés. Si l'intéressé ne se présente pas au jour indiqué, il peut prononcer son exclusion sans autre formalité.

Les cotisations payées demeurent alors acquises à la mutuelle. Elle a droit, par ailleurs, au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

## Article 14 : Cessation des droits

Toutes actions dérivant des opérations régies par le titre II du livre II du Code de la Mutualité 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 faussée ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

- 2° 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 du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant 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 du membre participant.

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations dûment acquittées, sauf dans le cas prévu à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité.

## TITRE II ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

### CHAPITRE I : Assemblée Générale

#### Article 15 : Composition

L'Assemblée Générale de la Mutuelle est constituée des délégués élus par collège et par section de vote géographique.

Les membres de la Mutuelle sont répartis en collèges tels que définis ci-après :

- collège des travailleurs indépendants,
- collège des salariés et anciens salariés,
- collège des agents de la Fonction Publique.

Pour la désignation des délégués, tous les membres de la mutuelle (participants et honoraires) sont répartis en sections de vote géographiques de manière à ce que 650 membres d'un collège soient représentés par un délégué du même collège.

Tout candidat à la fonction de délégué doit justifier au jour du scrutin d'au moins un an d'appartenance à la Mutuelle en qualité de membre participant ou honoraire et être à jour de ses cotisations.

Au sein de chaque section, les membres de chacun des collèges élisent en leur sein un délégué pour 650 membres dudit collège ou fraction de 650 membres.

Les délégués sont élus pour six ans après appel à candidature et par correspondance. Le scrutin est plurinominal à majorité relative à un tour.

La candidature à la fonction de délégué de la Mutuelle peut emporter candidature à la fonction de délégué de mut'est services.

La perte de la qualité de membre entraîne celle de délégué. Le nombre maximum de mandats successifs est fixé à 5.

En cas de décès, démission, perte de la qualité de membre ou mise sous tutelle ou curatelle en raison de déficience psychique d'un délégué, il est procédé à son remplacement. Le candidat qui n'a pas obtenu de poste de délégué lors de l'opération de vote mais ayant retenu le plus de voix dans le collège et la section de vote concernés supplée celui-ci avec les mêmes compétences et fonction pour la durée du mandat restant à courir.

En cas de vacance de poste significative de délégué constatée au niveau d'une section de vote, le Conseil d'Administration peut procéder à des élections intermédiaires partielles, pour le nombre de postes vacants constaté et pour la durée restant à courir au titre du premier mandat.

#### Article 16 : Convocation

La Mutuelle se réunit en Assemblée Générale au moins une fois par an, sur convocation du Président du Conseil d'Administration et dans tous les autres cas prévus à l'article L.114-8 du Code de la Mutualité.

La convocation de l'Assemblée Générale est faite dans les conditions et délais prévus au Code de la Mutualité. La convocation indique la dénomination sociale de la mutuelle, suivie de son sigle, l'adresse du siège social, le jour, heure et lieu de la tenue de l'Assemblée Générale, son ordre du jour ainsi que les règles de quorum et de majorité applicables aux délibérations correspondantes.

Sous réserve des questions diverses qui ne doivent présenter qu'une importance mineure, les questions inscrites à l'ordre du jour sont libellées de telle sorte que leur contenu et leur portée apparaissent clairement, sans qu'il y ait lieu de se reporter à d'autres documents.

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est arrêté par l'auteur de la convocation.

En outre, les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolution, par l'envoi d'une demande cosignée par trois délégués minimum, selon des modalités fixées par l'article D 114-6 du Code de la Mutualité.

A compter de la date de la convocation de l'Assemblée Générale, une formule de vote par procuration doit être remise ou adressée aux frais de la Mutuelle à tout délégué qui en fait la demande. La Mutuelle doit faire droit à toute demande déposée ou reçue au siège social au plus tard six jours ouvrables avant la date de la réunion.

A toute formule de vote par procuration, adressée aux délégués par la Mutuelle, doit être joint le texte des résolutions proposées accompagné d'un exposé des motifs.

Le ou la mandataire doit être membre de l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Un même délégué ne peut détenir plus de deux procurations pour la même Assemblée Générale.

Le délai entre la date de convocation à l'Assemblée Générale et la date de tenue de celle-ci est d'au moins quinze jours sur première convocation. Elle est d'au moins six jours sur deuxième convocation, lorsque l'Assemblée Générale n'a pu délibérer régulièrement, faute du quorum requis.

Avant l'Assemblée Générale, les documents prévus à l'article L 114-14 du Code de la Mutualité sont mis à disposition des membres de l'Assemblée Générale, dans les conditions définies par voie réglementaire.

Les délégués ne sont pas rémunérés ; toutefois les frais de déplacement et de séjour exposés dans l'intérêt de la Mutuelle leurs sont remboursés, sous réserve de la production de justificatifs, et dans les conditions et limites fixées par le Conseil d'Administration.

#### Article 17 : Attributions

L'Assemblée Générale ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour, dans les limites de ses pouvoirs définies notamment aux articles L113-4, L.114-8, L.114-9 et L.114-11 du Code de la Mutualité, à l'article L.225-228 du Code de Commerce et par les présents statuts.

Elle statue sur :

- les modifications des statuts ;
- les activités exercées ;
- les montants ou taux de cotisations dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité ;

- les prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du

Code de la Mutualité ;

- la délégation de pouvoir consentie au Conseil d'Administration,

- l'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle ou union, la scission ou la dissolution de la mutuelle ou de l'union, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle ou union, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 ;

- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;

- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 ;

- le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;

- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;

- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;

- le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les livres II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L. 114-39 ;

- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L. 114-34 ;

- le rapport sur les opérations d'intermédiation, visé à l'article L.116-4 du Code de la Mutualité, présenté par le Conseil d'Administration,

- les modifications des règlements mutualistes,

- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité.

#### Article 18 : Délibérations – Quorum – Majorité

Chaque délégué dispose d'une voix à l'Assemblée Générale.

Les délibérations interviennent soit à main levée, soit à bulletin secret à l'initiative d'un ou plusieurs délégués ou du Conseil d'Administration.

Le délégué peut également choisir de voter par procuration ; en ce cas, le nombre maximum de procurations détenues par un seul délégué pour la même Assemblée Générale ne peut excéder deux procurations.

Le calcul de la majorité requise est établi en début de séance.

I – Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de

cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article L. 114-11 du Code de la Mutualité, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution, ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée Générale de la mutuelle ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du total de ses délégués.

Si lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde assemblée générale peut être convoquée ; celle-ci délibère valablement si le nombre de ses délégués



gués présents représente au moins le quart dutotal de ses délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux-tiers des suffrages exprimés.

II – Pour l'exercice des attributions autres que celles mentionnées au paragraphe I du présent article, l'Assemblée Générale de la mutuelle ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du total de ses délégués.

Si lors de la première convocation, l'Assemblée Générale de la mutuelle n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée ; celle-ci délibère valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion, approuvé par l'Assemblée Générale lors de la séance suivante.

## Article 19 : Délégation de pouvoirs au Conseil d'Administration

L'Assemblée Générale de la mutuelle peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'Administration pour les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité. Cette délégation est valable un an.

### CHAPITRE II :

#### Conseil d'Administration

## Article 20 : Composition

La mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration, composé de 30 à 36 membres participants ou honoraires (au sens de l'article 8), répartis en trois collèges :

- collège des travailleurs indépendants,
- collège des salariés et anciens salariés,
- collège des agents de la Fonction Publique.

Aucun collège ne peut détenir à lui seul la majorité.

La répartition des sièges entre les collèges est déterminée et actualisée en fonction de la masse des cotisations de membres participants répartis entre les différents collèges, préalablement aux élections. Cette actualisation interviendra avant chaque renouvellement partiel du Conseil d'Administration. Le Conseil d'Administration entérinera le nombre de postes, avant chaque élection.

Les membres participants représentent au moins les deux tiers du Conseil d'Administration.

Deux représentants du personnel assistent également aux séances du Conseil d'Administration avec voix consultative dès lors que la Mutuelle emploie 50 salariés et plus.

## Article 21 : Mode d'élection des administrateurs

Sous réserve des dispositions légales et réglementaires, les administrateurs, qui doivent respecter les dispositions prévues par l'article L.114-21 du Code de la Mutualité, sont élus par l'ensemble des membres de l'Assemblée Générale, à bulletin secret au scrutin plurinominal à un tour, parmi les membres participants et membres honoraires de chaque collège. En cas d'égalité des voix, l'élection est acquise au plus jeune.

Les candidatures au poste d'administrateur doivent être adressées soit par lettre recom-

mandée avec accusé de réception soit par lettre remise contre décharge au Président de la mutuelle, au moins 30 jours avant l'Assemblée Générale au cours de laquelle les élections auront lieu.

## Article 22 : Représentants du personnel

Les représentants du personnel, assistant au Conseil d'Administration avec voix consultative, sont élus au scrutin uninominal à un tour, pour une durée de trois ans, par collège à raison d'un représentant des cadres, et d'un représentant des agents de maîtrise, techniciens, employés et ouvriers. Sont électeurs tous les salariés ayant au moins un an de présence au sein de l'organisme au jour du scrutin. Peuvent être candidats, les salariés ayant au moins trois ans de présence au jour du scrutin au sein de la mutuelle.

## Article 23 : Limite d'âge

Les administrateurs doivent être âgés de 18 ans révolus et au maximum de 70 ans.

Cette seconde limite de 70 ans s'applique aux 2/3 au maximum des membres du Conseil d'Administration, 1/3 des administrateurs au maximum pouvant être âgés de plus de 70 ans.

## Article 24 : Durée du mandat des administrateurs

La durée du mandat d'administrateur est de six ans. Le mandat s'achève à l'issue de l'Assemblée Générale qui se tient dans l'année au cours de laquelle expire le mandat.

Le mandat d'administrateur est renouvelable.

Les administrateurs sont révocables, à tout moment, par l'Assemblée Générale.

Le mandat des administrateurs peut prendre fin avant son terme initialement prévu de six ans, par la révocation, par décès, démission, empêchement constaté par le Conseil d'Administration ou perte de la qualité de membre participant ou honoraire. Dans ce cas, le poste à pourvoir portera sur la durée restant à courir au titre de son prédécesseur.

Lors du renouvellement partiel du Conseil d'Administration, les mandats aux durées les plus longues seront attribués aux candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix. En cas d'égalité des voix, les mandats aux durées les plus longues seront attribués aux administrateurs élus les plus jeunes.

## Article 25 : Renouvellement du Conseil d'Administration

Le renouvellement du Conseil d'Administration a lieu, par tiers, tous les deux ans.

En cas de renouvellement complet ou partiel lié à un nombre d'administrateurs inférieur à dix, le Conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à la réélection.

## Article 26 : article supprimé

## Article 27 : Attributions du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application, conformément à l'article L114-17 du Code de la Mutualité.

Le Conseil d'Administration fixe, au moins annuellement, les lignes directrices de la politique de placement. Il se prononce en particulier sur les modalités de choix des intermédiaires financiers, sur la gestion actif-passif, sur la qualité des actifs et sur les opérations sur instruments financiers à terme.

Le Conseil d'Administration fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend

en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au président du Conseil d'Administration ou le cas échéant au dirigeant opérationnel mentionné à l'article L.

211-14 du Code de la Mutualité.

Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle.

Il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles. Le Conseil d'Administration approuve, au moins annuellement, un rapport sur le contrôle interne, qui est transmis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

## Article 28 : Convocation du Conseil d'Administration

Le Président convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour.

Le Conseil d'Administration se réunit au moins deux fois par an, sur l'initiative du Président.

Les convocations sont effectuées par courrier et adressées aux administrateurs au moins cinq jours calendaires avant la date de réunion, sauf cas d'urgence.

Le Président peut inviter toute autre personne à assister aux réunions du Conseil d'Administration, soit régulièrement, soit ponctuellement.

## Article 29 : Délibérations du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

Les administrateurs ainsi que toute autre personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles en cours de séance.

## Article 30 : Attributions de fonctions aux administrateurs

Le Conseil d'Administration peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions.

Il peut, à tout moment, retirer une ou plusieurs de ces attributions.

## Article 31 : Statut des administrateurs

Le statut des administrateurs est régi par les dispositions du Code de la Mutualité, articles L 114-21 et suivants.

Les conventions auxquelles les administrateurs sont intéressés doivent respecter les textes en vigueur, en particulier les articles L 114-32 et suivants du Code de la Mutualité.

Par ailleurs, le Conseil d'Administration se prononce sur l'honorariat des administrateurs, sur proposition du Bureau.

## Article 32 : Président

### 32.1. Election et révocation

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un Président, élu en qualité de personne physique, à la majorité absolue au premier tour, et relative

au second. Les candidatures sont recueillies endébut de séance par le doyen d'âge.

Le Président est élu pour une durée de deux ans. Celle-ci ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible.

Le Conseil d'Administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du Président dont le mandat d'administrateur se poursuit, sauf révocation par l'Assemblée Générale.

### 32.2. Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité de membre participant du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil d'Administration est convoqué immédiatement à cet effet par le Premier Vice-Président. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le Premier Vice-Président.

### 32.3. Attributions

Le Président représente la mutuelle en justice et vis-à-vis des tiers dans tous les actes de la vie civile. Il décide d'agir en justice tant en demande qu'en défense. Il en rend compte annuellement au Conseil d'Administration.

Il cumule les qualités de Président de la mutuelle, de l'Assemblée Générale et du Conseil d'Administration.

Le Président organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration, dont il rend compte à l'Assemblée Générale.

Il informe, le cas échéant, le Conseil d'Administration des procédures engagées en application des articles

L.510-8 et L.510-10 du Code de la Mutualité.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le Président convoque le Conseil d'Administration et l'Assemblée Générale et en établit l'ordre du jour.

Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Il engage les dépenses.

### 32.3.a. Pouvoirs d'administration et Délégations de pouvoir ou de signature

Le Président a en charge la Stratégie de l'entreprise : application des orientations du Conseil d'Administration. A ce titre, le Président peut donner pouvoir et délégation de signature au Directeur Général.

Le Président peut également, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier à un ou des salariés de la mutuelle, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets déterminés.

## Article 33 : Bureau

### 33.1. Composition

Le Bureau se veut représentatif des différents collèges, au sein du Conseil d'Administration. Il est composé de la façon suivante :

- le Président,
- un premier Vice-Président,
- un deuxième Vice-Président
- un troisième Vice-Président
- un Secrétaire Général,
- un Secrétaire Général Adjoint,
- un Trésorier Général,
- un Trésorier Général Adjoint.
- deux Asseseurs

Le Président peut inviter toute autre personne à assister aux réunions du Bureau, soit régulièrement, soit ponctuellement.

### 33.2. Désignation

Les membres du Bureau, autre que le Président du Conseil d'Administration, sont élus à bulletin secret pour deux ans par le Conseil d'Administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration. Le vote peut avoir lieu à main levée à moins qu'un administrateur ne s'y oppose.

Les membres du Bureau peuvent être révoqués à tout moment par le Conseil d'Administration.

En cas de vacance et pour quelque cause que ce soit, le Conseil d'Administration pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au Bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

### 33.3. Réunions et délibérations

Le Bureau se réunit autant de fois que nécessaire à l'initiative et sur convocation, par tous moyens, du Président.

La convocation est envoyée par tous moyens aux membres du Bureau au moins cinq jours calendaires avant la date de la réunion, sauf urgence.

Le Bureau soumet ses propositions au Conseil d'Administration si la moitié au moins de ses membres sont présents. Le choix des propositions est pris à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion, approuvé par le Bureau et porté à la connaissance du Conseil d'Administration qui doit approuver ou non les propositions du Bureau.

### 33.4. Membres du Bureau

#### 33.4.1. Vice-Présidents

Le Premier Vice-Président ou à défaut l'un des Vice-Présidents seconde le Président qu'il supplée en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

#### 33.4.1.a. Pouvoirs d'administration et Délégations de pouvoir ou de signature

Le 1er Vice-Président a en charge :

- la prévention et action sociale,
- le conventionnement,
- le suivi des réclamations, recours et litiges relatifs au fonctionnement de la mutuelle.

Le 2ème Vice-Président a en charge :

- le Fonctionnement de la Section locale,
- les Services prestations.

Le 3ème Vice-Président a en charge :

- la Communication et développement.

Les Vice-Présidents peuvent sous leur responsabilité et leur contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier à un ou des salariés de la mutuelle, l'exécution de certaines tâches qui leur incombent respectivement et leur déléguer leur signature pour des objets déterminés.

#### 33.4.2. Secrétaire Général

Le Secrétaire Général est responsable de la rédaction des procès-verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des adhérents.

#### 33.4.2.a. Pouvoirs d'administration et Délégations de pouvoir ou de signature

Le Secrétaire Général a en charge :

- le Fonctionnement des Instances.
- la Gestion des adhérents.

Le Secrétaire Général peut, sous sa responsabilité et

son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier à un ou des salariés de la mutuelle, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets déterminés.

#### 33.4.3. Secrétaire Général Adjoint

Le Secrétaire Général Adjoint seconde le Secrétaire Général. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

#### 33.4.4. Trésorier Général

Le Trésorier Général effectue les opérations financières de la mutuelle et tient la comptabilité.

Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président et fait encaisser les sommes dues à la mutuelle.

Il fait procéder selon les directives du Conseil d'Administration à l'achat, à la vente et d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il prépare et soumet à la discussion du Conseil d'Administration :

- les comptes annuels et les documents, états, tableaux qui s'y rattachent ;

- le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles auquel est joint le rapport des Co-commissaires aux comptes ;

- les prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du Livre II du Code de Commerce ;

- l'ensemble des sommes versées en application de l'article L.114-26 du Code de la Mutualité ;

un rapport distinct, certifié par les commissaires aux comptes et également présenté à l'Assemblée Générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur ;

- l'ensemble des rémunérations versées aux éventuels dirigeants salariés ;

- les transferts financiers entre mutuelles et unions ;

- les comptes consolidés ou combinés, lorsque la mutuelle fait partie d'un groupe, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée Générale ;

- le rapport de solvabilité visé à l'article L.212-3 du Code de la Mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, visé à l'article L.212-6 du Code de la Mutualité ;

- un rapport synthétique sur la situation financière de la mutuelle.

#### 33.4.4.a. Pouvoirs d'administration et Délégations de pouvoir ou de signature

Le Trésorier Général a en charge, comme l'article 33.4.4 des statuts le précise :

- les opérations financières,

- la comptabilité.

Le Trésorier Général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier à un ou des salariés qui n'ont pas le pouvoir d'ordonnement, notamment le chef du service comptable, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

#### 33.4.5. Trésorier Général Adjoint

Le Trésorier Général Adjoint seconde le Trésorier Général. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes les fonctions.

**33.4.6. Assesseeurs** Les Assesseeurs assurent toutes les taches dont ils peuvent être investis par le Bureau.

#### **33.4.6.a. Pouvoirs d'administration et Délégations de pouvoir ou de signature**

Le 1er assesseur a en charge la prévoyance. Le 2ème assesseur a en charge l'organisme conventionné.

Les assesseurs peuvent sous leur responsabilité et leur contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier à un ou des salariés de la mutuelle, l'exécution de certaines tâches qui leur incombent respectivement et leur déléguer leur signature pour des objets déterminés.

### TITRE III DISPOSITIONS FINANCIERES ET COMPTABLES.

#### **Article 38 : Comptabilité**

Il est tenu une comptabilité conformément au plan comptable applicable aux mutuelles régies par le Livre II du Code de la Mutualité. L'exercice social commence le 1er janvier pour se terminer le 31 décembre.

#### **Article 39 : Commissions de contrôle**

##### **39.1 : Commission des réviseurs aux comptes**

Une commission de réviseurs aux comptes est élue à mains levée, sauf si un délégué demande un vote à bulletins secrets, tous les trois ans par l'Assemblée Générale parmi les membres participants et honoraires de la mutuelle qui ne sont pas administrateurs. Elle est composée de six membres. Elle se réunit au moins une fois par an.

Les Co-commissaires aux comptes de la Mutuelle sont invités aux réunions de la commission. Celle-ci vérifie la régularité des opérations comptables, contrôle la tenue de la comptabilité, la caisse et le portefeuille. Elle peut solliciter auprès des Co-commissaires aux comptes toutes les informations nécessaires pour l'exécution de sa mission. Les résultats de ses travaux sont consignés dans un rapport écrit communiqué au Président avant l'Assemblée Générale et présenté à celle-ci.

Ce rapport est annexé au procès-verbal de l'Assemblée Générale.

##### **39.2 Comité en charge des informations comptables et financières**

Un Comité en charge des informations comptables et financières est désigné, par le Conseil d'Administration, parmi ses membres, tous les 2 ans. Le comité est composé de 4 à 7 membres du Conseil d'Administration ; il peut s'y adjoindre au maximum deux membres participants non membres du Conseil d'Administration désignés par ce dernier en raison de leurs compétences particulières en matière financière et comptable.

Le comité se réunit au moins deux fois par an. Ce comité est notamment chargé d'assurer le suivi :

- du processus d'élaboration de l'information financière ;
- de l'efficacité des systèmes de contrôle interne et de gestion des risques ;
- du contrôle légal des comptes annuels et, le cas échéant, des comptes consolidés et combinés par les Co-commissaires aux comptes ;
- de l'indépendance des Co-commissaires aux

comptes.

Il émet une recommandation sur les Co-commissaires aux comptes proposés à la désignation par l'Assemblée Générale ou l'organe exerçant une fonction analogue.

Il rend compte régulièrement au Conseil d'Administration de l'exercice de ses missions et l'informe sans délai de toute difficulté rencontrée.

#### **Article 40 : Montant du fonds d'établissement**

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 381 100 €.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions définies sur proposition du Conseil d'Administration.

#### **Article 41 : Système fédéral de garantie**

La mutuelle adhère au système de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

La mutuelle ne peut être membre de plus d'un système fédéral de garantie.

#### **Article 42 : Co-commissaires aux comptes**

En vertu de l'article L.114-38 du Code de la Mutualité, l'Assemblée Générale nomme les Co-commissaires aux comptes titulaires et suppléants, choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du Code de Commerce. Le Président convoque les Co-commissaires aux comptes à l'Assemblée Générale et au Conseil d'Administration qui arrête les comptes.

Les Co-commissaires aux comptes exercent leurs missions conformément aux règles de leur profession et notamment :

- ils certifient le rapport établi par le Conseil d'Administration et présenté à l'Assemblée Générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature, versés à chaque administrateur ;
- ils certifient, le cas échéant, les comptes consolidés ou combinés établis par le Conseil d'Administration ;
- ils prennent connaissance de l'avis donné par le Président sur toutes les conventions autorisées en application de l'article L.114-32 du Code de la Mutualité ;
- ils établissent et présentent à l'Assemblée Générale un rapport spécial sur les dites conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la Mutualité ;
- ils fournissent à la demande de la commission de contrôle des mutuelles tout renseignement sur l'activité de celle-ci, sans pouvoir opposer le secret professionnel ;
- ils signalent sans délai à la commission de contrôle tout fait et décision mentionné à l'article L.510-6 du Code de la Mutualité dont ils ont eu connaissance ;
- ils portent à la connaissance du Conseil d'Administration et de la commission de contrôle les vérifications auxquelles ils ont procédées dans le cadre de leurs attributions prévues par le Code de Commerce ;
- ils signalent dans leur rapport annuel à l'Assemblée Générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'ils ont relevées au cours de l'accomplissement de leur mission ;
- ils joignent à leur rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature réalisés par la mutuelle au bénéfice d'une mutuelle ou d'une union relevant du livre III du Code de la Mutualité ;
- ils communiquent chaque année au comité en charge des informations comptables et financières une déclaration d'indépendance ainsi qu'une actualisation de données mentionnées à l'article L.820-3 du Code de Commerce ;
- ils présentent un rapport annuel au Comité en charge des informations comptables et financières sur les aspects essentiels touchant au contrôle, en particulier les faiblesses significatives du contrôle interne pour ce qui concerne les procédures relatives

à l'élaboration et au traitement de l'information comptable et financière.

### TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

#### **Article 43 : Modalités de la réassurance en dehors du secteur mutualiste**

La mutuelle peut se réassurer auprès d'organismes régis ou non par le Code de la Mutualité.

Pour ce faire, avant toute signature d'un contrat, elle procède par mise en concurrence des organismes.

#### **Article 44 : Information des membres**

Pour l'information des membres, il est fait application des articles L.221-4, L.221-5 et L.221-6 du Code de la Mutualité.

#### **Article 45 : article supprimé**

#### **Article 46 : Principe indemnitaire**

Les opérations relatives au remboursement de frais de soins de santé ont un caractère indemnitaire ; l'indemnité due par la mutuelle ne peut excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant au moment du sinistre.

#### **Article 47 : Mentions obligatoires dans les documents**

La mutuelle doit faire figurer sa dénomination suivie par la mention "Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, SIREN 775 641 681" dans ses statuts, ses règlements mutualistes, ses bulletins d'adhésion et ses contrats collectifs, publicités ou tous autres documents concernant son activité et signés par elle ou en son nom.

#### **Article 48 : Dissolution et liquidation de la mutuelle**

La dissolution de la mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions prévues au paragraphe I de l'article L.114-12 du Code de la Mutualité.

L'Assemblée Générale nomme un ou plusieurs liquidateurs disposant des plus larges pouvoirs pour procéder aux opérations de liquidation.

A défaut de réunion de celle-ci malgré deux convocations successives, la dissolution peut être prononcée par la commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues au paragraphe I de l'article L.114-12 à d'autres mutuelles, unions ou fédérations ou au fonds de solidarité et d'action mutualistes mentionnés à l'article L.421-1 du Code de la Mutualité ou au fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la Mutualité.

#### **Article 49 : Hiérarchie du droit mutualiste**

Les dispositions des statuts et des règlements, les décisions des organes de la mutuelle, les clauses des contrats collectifs conclus entre la mutuelle et ses membres ne peuvent, à peine de nullité, déroger aux dispositions du Code de la mutualité. Cette nullité n'est pas opposable aux membres de bonne foi (article L. 610-1 du Code de la Mutualité).

## **Article 50 : Réclamation - Médiation**

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel.

Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

La réclamation doit être adressée à la mutuelle dans un délai de deux ans à compter du paiement ou de la notification du refus de paiement ou toute autre action entraînant la contestation, obligatoirement par écrit :

· par courrier à l'adresse suivante :

MUT'EST, Service Réclamations, 11 bld Wilson CS 60019 – 67082 Strasbourg cedex

· par courriel à l'adresse suivante :

**contact@mutest.fr** .

Il sera accusé réception de la réclamation par les services de la mutuelle dans un délai d'un mois à compter de l'envoi de la réclamation (cachet de la poste faisant foi ou date de l'envoi de l'email).

Il sera répondu à la réclamation par la Mutuelle dans un délai de 2 mois à compter de la date d'accusé de réception.

Si au terme du traitement d'une réclamation, la réponse apportée par la mutuelle n'est pas satisfaisante, et en l'absence de saisine des tribunaux, toute contestation de la réponse doit parvenir par lettre recommandée avec accusé de réception, au médiateur de MUT'EST , 11 bld Wilson CS 60019 – 67082 Strasbourg cedex

dans un délai de 2 ans à compter du paiement ou de la notification du refus de paiement ou de toute autre action entraînant le désaccord de l'adhérent.

A compter de la date de réception de la requête adressée au médiateur, la Mutuelle dispose de 7 jours calendaires afin d'informer le médiateur de l'existence de la requête.

Il se prononcera concernant le litige, auprès de l'adhérent et de la Mutuelle, dans les 45 jours calendaires à compter de la réception de la requête par la Mutuelle.

## **Article 51 : Modification des statuts**

La modification des statuts devra être approuvée par l'Assemblée Générale.

Un exemplaire des statuts mis à jour sera déposé dans le délai d'un mois auprès du préfet de la région du siège de la mutuelle.

Tout acte ou délibération ayant pour objet une modification des statuts est portée à la connaissance de chaque adhérent.

# CONDITIONS GÉNÉRALES

Valant Notice d'information au 1er mars 2016

GEODE OBSEQUES est un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative enregistré sous les références N° FT-A16P04. Les droits et obligations de l'Assuré peuvent être modifiés par avenant au contrat collectif à adhésion facultative GEODE OBSEQUES conclu entre L'Assureur et le souscripteur. Les modifications sont notifiées aux adhérents au contrat collectif à adhésion facultative GEODE OBSEQUES par le Souscripteur. L'Assureur du contrat collectif à adhésion facultative GEODE OBSEQUES : Mut'est. Le Souscripteur du contrat collectif à adhésion facultative GEODE OBSEQUES : l'Association de Développement de la Prévoyance des Régions Françaises (ADPRF), enregistrée à la Préfecture du Territoire de Belfort sous le N° W901002184. Le contrat collectif à adhésion facultatives GEODE OBSEQUES est distribué par PRAECONIS, Société de courtage inscrite sous le numéro ORIAS 10 058 426.

## Nature du contrat (Art. 3, 6, 7, 8)

GEODE OBSÈQUES est un contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative qui a pour objet de garantir lors du décès d'un Assuré la couverture financière de ses frais d'obsèques au moyen d'une garantie d'assurance vie Assurée par Mut'est.

## Garanties en cas de décès (Art. 5, 18)

Versement d'un capital en cas de décès de l'Assuré aux Bénéficiaires désignés. Participation aux excédents d'actifs (Art. 25) Le contrat collectif à adhésion facultative GEODE OBSÈQUES bénéficie d'une participation aux résultats dont le montant est égal à 90 % des résultats techniques et 85 % des résultats financiers du contrat après déduction des frais de gestion du contrat collectif fixés au maximum à 0,080 % par mois (soit 0,956 % par an) du montant de la provision mathématique calculée au 31 décembre de chaque année. La participation aux résultats se traduit par une augmentation du capital choisi à l'adhésion dont le montant est déterminé en fonction de l'âge atteint par l'Assuré, à la date de son attribution.

## Rachat (Art. 20)

À tout moment l'Adhérent peut mettre fin à son adhésion et bénéficier de la valeur de rachat de son contrat qui est égale à la provision mathématique communiquée annuellement. Si le rachat intervient entre la 1ère et la 10ème année de l'adhésion (Article R212-27 du code de la Mutualité), le montant de la provision mathématique est diminué de 5 %. À partir de la 11ème année, le montant de la valeur de rachat est égal à la provision mathématique. Le rachat met fin à l'ensemble des garanties.

À tout moment l'Adhérent peut mettre fin à son adhésion. Il recevra, au plus tard dans le mois suivant sa demande, la valeur de rachat.

## Cotisations/frais (Art. 13, 14, 15)

La cotisation est calculée en fonction du capital garanti, et de l'âge de l'Assuré à l'adhésion (cotisation viagère).

La cotisation annuelle peut être uniquement versée par chèque ou prélèvement automatique.

Les frais sur cotisations représentent 30 % du montant total hors taxes (trente-cinq pourcent) et sont inclus dans celui-ci. Ils se répartissent comme suit : 20 % de frais de commercialisation et 10% de frais de gestion **Durée de l'adhésion (Art. 4, 7, 11)**

L'adhésion comporte une durée viagère, mais peut être interrompue dans les cas prévus à l'article 15. La durée de l'adhésion recommandée dépend notamment de la situation patrimoniale du membre participant, de son attitude vis-à-vis du risque et du régime fiscal en vigueur.

## Désignation des Bénéficiaires en cas de décès (Art. 22)

L'Assuré peut désigner le Bénéficiaire de son choix dans le document recueillant son adhésion en choisissant la clause type ou en faisant une désignation spécifique, par acte sous seing privé ou par acte authentique, et modifier la clause Bénéficiaire quand elle n'est plus appropriée. Lorsque le Bénéficiaire est nommément désigné, l'Assuré peut préciser ses coordonnées qui seront utilisées par l'organisme Assureur en cas de décès. La clause Bénéficiaire devient irrévocable dès lors qu'elle est acceptée par le Bénéficiaire. Délai de carence :

Les garanties prennent effet :

- En cas de décès par accident, à la date de prise d'effet de l'adhésion indiquée au certificat d'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'Assureur ou son délégataire de gestion PRAECONIS.

- En cas de décès par maladie, à l'issue d'une période d'attente d'une année à compter de la prise d'effet de l'adhésion.

En cas de décès intervenant pendant cette période d'attente (période de carence), aucun Capital n'est dû et les primes perçues sont restituées aux bénéficiaires désignés au contrat.

La garantie Assistance prend fin en même temps que la garantie principale.

Cet encadré a pour objet d'attirer l'attention du membre participant sur certaines dispositions essentielles de la note d'information. Il est important que le membre participant lise intégralement la note et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer le bulletin d'adhésion.

## Chapitre 1 LES GARANTIES DU CONTRAT COLLECTIF GEODE OBSEQUES

### Article 1er - Dénomination et Siège de l'Assureur

L'Assureur est Mut'est, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 641 681, agréée en branches 1, 2, 20 et 21 et dont le siège social est situé 11, Boulevard du PRESIDENT WILSON, CS 60019, 67082 STRASBOURG CEDEX.

L'organisme de contrôle de L'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 61 rue Taitbout 75009 PARIS.

### Article 2 - Nature du Contrat

GEODE OBSEQUES est un contrat collectif de prévoyance à adhésion facultative souscrit auprès de Mut'est (ci-après dénommée l'Assureur) par l'Association de Développement de la Prévoyance des Régions Françaises (ADPRF), enregistrée à la Préfecture du Territoire de Belfort sous le N° W901002184 au profit de ses Adhérents, ci-après dénommée « LE SOUSCRIPTEUR ».

LE SOUSCRIPTEUR propose les garanties prévues par le contrat collectif GEODE OBSEQUES à ses Adhérents.

LE SOUSCRIPTEUR s'engage à leur remettre un exemplaire des conditions générales valant notice d'information. Toute modification des conditions générales fera l'objet d'un avenant signé par LE SOUSCRIPTEUR et l'Assureur et sera notifiée aux membres Adhérents au contrat.

### Article 3 - Objet

GEODE OBSÈQUES est un contrat collectif à adhésion facultative qui a pour objet de garantir lors du décès d'un Assuré, la couverture financière de tout ou partie de ses frais d'obsèques au moyen d'une garantie d'assurance vie garantie par L'Assureur.

À ce titre, il garantit lors du décès de l'Assuré, le versement d'un capital Obsèques aux Bénéficiaires désignés selon les modalités définies à l'article 22.

### Article 4 — Prise d'effet – Durée du contrat collectif

Le contrat collectif à adhésion facultative GEODE OBSEQUES prend effet le jour de sa signature par l'Assureur et LE SOUSCRIPTEUR et cesse par la volonté d'une des parties moyennant un préavis de six mois avant sa date anniversaire. Dans ce cas, les adhésions en cours continueront d'être Assurées dans les conditions prévues initialement. Seules les adhésions nouvelles ne seront plus recevables.

### Article 5 - Formules de garanties

Le capital est fonction de l'option choisie par l'Adhérent majoré des éventuelles participations aux bénéfices. Les Adhérents ont le choix entre les formules de paiement de cotisations décrites au Titre II. L'adhésion est d'une durée viagère.

GEODE OBSÈQUES est un contrat autonome de financement, souscrit afin de couvrir tout ou partie des frais obsèques de l'Assuré. Dans le cadre de cette formule contractuelle, l'Assuré n'a pas conclu de contrat de prestation d'obsèques à l'avance, il reste libre de conclure un tel contrat avec l'opérateur funéraire de son choix, et au moment où il le jugera le plus opportun. En conséquence, le présent contrat se situe hors du champ d'application des articles L2223 - 34 - 1 et L2223 - 35 - 1 du code général des collectivités territoriales.

## **Chapitre 2 LA VIE DE L'ADHESION AU CONTRAT GEODE OBSÈQUES**

### **Article 6 - Conditions d'adhésion**

L'Assuré doit être âgé d'au moins 40 ans et de moins de 85 ans à la date d'adhésion. L'âge de l'Assuré se calcule par différence de millésime entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance. L'Adhérent et l'Assuré sont la même personne. Le lieu de résidence de l'Assuré est limité à la France métropolitaine et aux DOM.

L'adhésion se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion rempli et signé par l'Adhérent, du règlement de la première cotisation et d'une autorisation de prélèvement remplie, datée et signée accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal.

### **Article 7 - Prise d'effet de l'adhésion**

L'adhésion prend effet après accord exprès et confirmation de l'Assureur ou par son délégataire de gestion PRAECONIS, à la date indiquée par celle-ci sur le certificat d'adhésion sous réserve de l'encaissement effectif par l'Assureur ou par son délégataire de gestion PRAECONIS, de la première cotisation. En cas d'incident de paiement sur la première cotisation, la date de prise d'effet de l'adhésion est reportée jusqu'à la date d'encaissement effectif et au plus tard au dernier jour du trimestre civil de l'adhésion. À défaut de régularisation dans ce délai, la demande d'adhésion est rejetée.

### **Article 8 - Prise d'effet des garanties**

Les garanties prennent effet :

- En cas de décès par accident, à la date de prise d'effet de l'adhésion indiquée aux conditions particulières, sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'Assureur ou son délégataire de gestion PRAECONIS.

- En cas de décès par maladie, à l'issue d'une période d'attente d'une année à compter de la prise d'effet de l'adhésion.

En cas de décès intervenant pendant cette période d'attente (période de carence), aucun Capital n'est dû et les primes perçues sont restituées aux bénéficiaires désignés au contrat.

La garantie Assistance prend fin en même temps que la garantie principale.

### **Article 9 - Conditions particulières**

L'Assureur ou son délégataire de gestion PRAECONIS délivre à chaque Adhérent un certificat d'adhésion sur lequel figurent les coordonnées de l'Adhérent, le montant du capital garanti, la date de prise d'effet de l'adhésion, le montant des valeurs de rachat et de réduction pour les huit premières années, et la clause Bénéficiaire.

### **Article 10 – Faculté de renonciation**

L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'Assureur ou à son délégataire de gestion PRAECONIS pendant un délai maximal de 30 jours à compter de la réception des conditions particulières (cachet de la poste faisant foi). La lettre de renonciation, accompagnée de l'original des conditions particulières, pourra être rédigée en ces termes :

« Monsieur le Directeur, Je soussigné (e)

(nom, prénom), demeurant à (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion à GEODE OBSÈQUES, effectuée le ....., et demande le remboursement total des sommes versées. / Date et signature. »

La renonciation entraînera la restitution de l'intégralité des sommes versées dans un délai maximal de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée.

### **Article 11 — Fin de l'adhésion, cessation des garanties**

L'adhésion prend fin en cas de :

- Résiliation par l'Adhérent par lettre recommandée adressée à l'Assureur ou à son délégataire de gestion PRAECONIS, deux mois au moins avant la date d'échéance contractuelle, soit le 1er janvier de chaque année ;
- Rachat par l'Adhérent ;
- Non-paiement des cotisations par l'Adhérent selon les modalités décrites à l'article 17 ;
- Décès de l'Assuré ;

La fin de l'adhésion met fin à toutes les garanties.

### **Article 12 — Formalités à remplir en cas de décès de l'Assuré**

Les Bénéficiaires doivent faire parvenir à l'Assureur ou à son délégataire de gestion PRAECONIS, au décès de l'Assuré, les documents suivants :

- L'original du certificat d'adhésion et des avenants éventuels,
- Le cas échéant, la facture d'obsèques délivrée par le service funéraire,
- L'acte de décès de l'Assuré,
- Le certificat médical de décès de l'Assuré,
- Toutes pièces justifiant des droits et de la qualité des Bénéficiaires,
- Toutes pièces requises par la législation fiscale ou par l'Assureur.

En cas de décès par accident, les pièces supplémentaires suivantes :

- Un certificat médical de décès retourné sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de PRAECONIS,
- Une déclaration détaillée de l'accident portant dénomination du ou des tiers responsables et des assurances concernées avec le numéro de police des contrats,
- Un rapport de gendarmerie ou une attestation officielle des tribunaux faisant état des circonstances de l'accident et du degré de partage des responsabilités.

L'Assureur se réserve le droit de demander le cas échéant, toute autre pièce justificative nécessaire au règlement du capital. Le capital Obsèques sera versé, conformément aux dispositions de l'article 22, aux Bénéficiaires désignés par l'Assuré ou, à défaut, à ses héritiers légaux dans les 15 jours suivant la réception par l'Assureur d'un dossier complet. Le règlement du capital Obsèques met fin à l'adhésion, y compris pour les garanties d'assistance.

En cas de demande de versement du capital Obsèques par le ou les Bénéficiaires, survenant plus d'un an après le décès de l'Assuré, le capital dû au jour du décès sera revalorisé dès le premier jour suivant le premier anniversaire du décès de l'Assuré, à la moitié du taux de rendement servi par l'Assureur. Le droit à cette revalorisation naît à compter de la production des pièces nécessaires au paiement et prend fin au jour de la réception de ces pièces (art. L 223-19-1 du code de la Mutualité)

## **Chapitre 3 LA COTISATION**

### **Article 13 — La cotisation**

L'adhésion est effective moyennant le paiement d'une cotisation, calculée en fonction de l'âge de l'Assuré à l'adhésion (tel que défini à l'article 6), et du capital choisi.

Les frais sur cotisations représentent 35,00% du montant total hors taxes (trente-cinq pour cent) et sont inclus dans celui-ci. Ils se répartissent comme suit : 25 % de frais de commercialisation et 10% de frais de gestion.

### **Article 14 — La formule proposée**

Fixation de la cotisation :

Le contrat est financé par le paiement d'une cotisation périodique définie sur la Demande d'Adhésion. L'adhérent verse une cotisation sur une période viagère.

La cotisation périodique est annuelle et peut être payée par chèque ou prélèvement automatique.

### **Article 15 — Fractionnement des cotisations**

Les cotisations annuelles peuvent être fractionnées mensuellement au choix de l'Adhérent. Dans ce cas, le prélèvement automatique est le seul mode de paiement.

Il n'y a pas de frais de fractionnement en cas de paiement périodique (semestriel, trimestriel ou mensuel).

### **Article 16 — Défaut de paiement**

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, l'Assureur ou son délégataire de gestion PRAECONIS adresse à l'Adhérent, une lettre recommandée de mise en demeure. Si la cotisation ou la fraction de cotisation n'a pas été payée pendant les 40 jours qui suivent l'envoi de cette lettre de mise en demeure, l'Assureur ou son délégataire de gestion PRAECONIS procédera à la mise en réduction (telle que définie à l'article 21) ou au paiement de la valeur de rachat (tel que définie à l'article 20). Le paiement de la valeur de rachat doit être demandé par l'Adhérent par lettre adressée à l'Assureur ou son délégataire de gestion PRAECONIS, avant l'expiration du délai de 40 jours. Si la valeur de rachat correspondant au capital réduit est inférieure à 300 €, l'Assureur ou son délégataire de gestion PRAECONIS versera cette valeur et mettra fin à l'adhésion.

En cas de défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties assistance seront suspendues dans les trente jours suivant l'envoi de la lettre recommandée prévue à l'alinéa précédent. À défaut de paiement au terme d'un délai de dix jours suivant l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent, les garanties assistance seront résiliées.

La résiliation du contrat met fin à toutes les garanties.

## **Chapitre 4 LES PRESTATIONS GARANTIES**

### **Article 17 – Choix du capital**

GEODE OBSÈQUES prévoit le versement d'un capital en euros en cas de décès de l'assuré. Le montant du capital est choisi librement par l'Adhérent/Assuré lors de la demande d'adhésion et doit être correspondre

à l'une des options suivantes :  
3 000 € - 4 000€ - 5 000 € - 6 000 € - 7 000 €  
8 000 € (euros).

Le capital par Assuré au cumul des adhésions ne peut être supérieur à 8 000 euros.

**Article 18 - Risques exclus**

**N'est pas couvert le décès qui est la conséquence :**

- a) du suicide de l'Assuré dans la première année d'adhésion,**
- b) des faits de guerre sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,**
- c) d'émeutes, d'insurrections et leurs conséquences dès lors que l'Assuré y prend une part active,**
- d) de vols sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,**
- e) des compétitions, démonstrations acrobatiques, records, vols d'essai, la pratique du deltaplane, de vols sur ailes volantes, U.L.M.,**
- f) de l'état alcoolique de l'Assuré caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui fixé par la loi française régissant la circulation automobile, de l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrites médicalement.**
- g) de la désintégration du noyau atomique et des effets directs ou indirects de la radioactivité ;**
- h) de la participation à des rixes, crimes ou délits, actes de terrorisme ou sabotage.**

**En cas de meurtre commis par l'un des Bénéficiaires sur la personne de l'Assuré, le contrat cesse d'avoir effet à l'égard de ce Bénéficiaire dès lors qu'il a été condamné pour avoir volontairement donné la mort au membre participant. Le capital sera alors versé à la personne qui aura acquitté les frais d'obsèques, le cas échéant attribué aux Bénéficiaires subséquents.**

**Article 19 – Rachat**

À tout moment, l'Adhérent peut mettre fin à son adhésion. L'Assureur ou son délégataire de gestion PRAECONIS versera, au plus tard dans le mois suivant sa demande, la valeur de rachat. Celle-ci est égale à la provision mathématique constituée qui est communiquée annuellement.

Si le rachat intervient entre la 1ère et la 10ème année de l'adhésion (Article R212-27 du code de la Mutualité), le montant de la provision mathématique est diminué de 5 %. À partir de la 11ème année, le montant de la valeur de rachat est égal à la provision mathématique.

Les cotisations des garanties d'assistance, ADPRF et Mutualiste ne donnent pas lieu à valeur de rachat. Le rachat total met fin à toute les garanties.

À titre d'exemple, le montant de la valeur de rachat, pour un Assuré âgé de 60 ans au moment de l'adhésion, payant une cotisation viagère pour un capital Assuré de 4 000 € sera de :

Années de cotisations	1	2	3	4
Valeurs de rachat (en €)	0	0	329,1	458,8
Montant cumulé des versements (en €)	292,4	584,8	877,3	1169,7

Années de cotisations	5	6	7	8
Valeurs de rachat (en €)	587,1	713,8	838,4	961,1
Montant cumulé des versements (en €)	1462,2	1754,6	2047,1	2339,5

La provision mathématique est calculée en tenant compte notamment des cotisations réellement encaissées, des frais prélevés sur les cotisations et du coût de l'engagement de l'Assureur au titre de la garantie capital obsèques. Son calcul fait appel à des formules mathématiques qui utilisent, en particulier, les tables de mortalité prévues par le code de la mutualité. Son montant, qui est communiqué chaque année à l'adhérent, ne correspond donc pas au cumul des cotisations versées.

**Article 20 — Réduction**

En cas d'arrêt de paiement des cotisations, la garantie du versement du capital Obsèques se poursuit pour un capital réduit déterminé en fonction des cotisations réellement versées. Le montant de ce capital est communiqué annuellement. La garantie d'assistance est alors résiliée. À titre d'exemple, le montant de la valeur de réduction, pour un Assuré âgé de 60 ans au moment de l'adhésion, payant une cotisation viagère pour un capital Assuré de 4 000 € sera de :

Années de cotisations	1	2	3	4
Valeurs de réduction (en €)	0	0	455,3	601,9
Montant cumulé des versements (en €)	292,4	584,8	877,3	1169,7

Années de cotisations	5	6	7	8
Valeurs de réduction (en €)	754,9	886,7	1024,2	1159,1
Montant cumulé des versements (en €)	1462,2	1754,6	2047,1	2339,5

En application de l'article L. 223-22 du code de la Mutualité, si la valeur de rachat correspondant au capital réduit est inférieure à 300 €, l'Assureur ou son délégataire de gestion PRAECONIS versera cette valeur et mettra fin à l'adhésion.

**Article 21 — Désignation des Bénéficiaires**

L'Adhérent/Assuré, peut désigner le Bénéficiaire de son choix dans le document recueillant son adhésion en choisissant la clause type ou en faisant une désignation spécifique, par acte sous seing privé ou par acte authentique, et modifier la clause Bénéficiaire quand elle n'est plus appropriée. Lorsque le Bénéficiaire est nommément désigné, l'Assuré peut préciser ses coordonnées qui seront utilisées par l'Assureur en cas de décès. La clause Bénéficiaire devient irrévocable dès lors qu'elle est acceptée par le Bénéficiaire.

Lorsque le bénéficiaire est un opérateur funéraire, il ne peut en aucun cas être bénéficiaire acceptant. Si après paiement des obsèques de l'Assuré, un reliquat de prestation au décès existait, celui-ci serait attribué au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

L'Adhérent/Assuré peut désigner comme Bénéficiaire d'une partie ou de la totalité du capital Obsèques une tierce personne morale ou physique, nommément désignée.

Si l'Adhérent souhaite que la garantie puisse lui permettre de préfinancer ses frais d'obsèques, il peut désigner comme bénéficiaire du capital décès l'opérateur funéraire de son choix ou toute personne qui aura effectivement acquitté ses frais d'obsèques. Toutefois, le présent contrat est indépendant de tout contrat de prestation d'obsèques à l'avance. L'Adhérent reste libre de conclure un tel contrat avec l'opérateur funéraire de son choix, et au moment où il le jugera opportun. En conséquence, le présent contrat se situe hors du champ d'application des articles L2223-34-1 et L2223-35-1 du code général des collectivités territoriales.

En l'absence de désignation expresse de Bénéficiaires ou en cas de pré-décès de ces derniers, le capital Obsèques est versé au conjoint survivant de l'Assuré non séparé de corps par un jugement définitif ou son partenaire de PACS, à défaut, aux héritiers légaux de l'Assuré.

**Article 22 – Exclusion**

**Sous réserve des dispositions propres aux Mutuelles du livre II du code de la Mutualité, et conformément aux dispositions statutaires, peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de l'Assureur ou qui auraient fait des déclarations inexactes ou omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties accordées selon les modalités prévues par les articles L 221.14 et L 221.15 du code de la Mutualité. Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif 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. Le prononcé de l'exclusion met fin aux garanties et entraîne, le cas échéant, le versement de la valeur de rachat ou la mise en réduction du contrat, selon les conditions et modalités prévues aux articles 20 et 21.**

**Chapitre 5  
INFORMATIONS GENERALES**

**Article 23 — Prescription**

Toutes actions dérivant de la présente adhésion sont prescrites par 2 ans (10 ans lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent). Dans le cas où le Bénéficiaire est mineur ou majeur placé sous régime de protection légale, ce délai ne commence à courir qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa pleine capacité juridique.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil, soit :

- Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- Citation en justice (même en référé) ;
- Commandement ou saisie signifiée à celui que l'on veut empêcher de prescrire.

La prescription est également interrompue en cas de :

- Désignation d'expert à la suite d'un sinistre ;
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne le paiement de la prime, par l'Assuré à l'Assureur ou à son délégataire de gestion PRAECONIS en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).

À partir du jour où il a été notifié à l'intéressé que ses droits étaient ouverts, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à l'Assureur ou à son délégataire de gestion PRAECONIS dans le plus bref délai, à compter du paiement ou de la décision de refus du paiement des dites prestations.

#### **Article 24 — Participation aux excédents d'actif**

Au titre de chaque exercice, le conseil d'administration de l'Assureur, sur délégation de son Assemblée Générale détermine les excédents techniques et financiers relatifs à la catégorie dont relèvent les adhésions GEODE OBSÈQUES.

La répartition des excédents entre l'Assureur et les Adhérents se fera dans les limites prévues par la réglementation en vigueur. Elle est fixée à 90 % des résultats techniques et à 85 % des résultats financiers du contrat après déduction des frais de gestion du contrat collectif fixés au maximum à 0,080 % par mois (soit 0,956 % par an) du montant de la provision mathématique calculée au 31 décembre de chaque année.

Ceci se traduit par une augmentation du capital choisi à l'adhésion dont le montant est déterminé en fonction de l'âge atteint par l'Assuré, à la date de son attribution.

#### **Article 25 — Information des Adhérents**

Compte tenu du caractère collectif des garanties, LE SOUSCRIPTEUR est tenu de remettre à chaque membre Adhérent la notice d'information valant Conditions Générales établie par l'Assureur, qui définit les garanties prévues et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. Il communique également les statuts de l'Assureur.

#### **Article 26 — Informatique et libertés**

Conformément à la loi informatique et libertés 78.17 du 6 janvier 1978, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition sur les données vous concernant auprès de l'Assureur ou de son délégataire de gestion PRAECONIS. Les données personnelles que vous avez communiquées (par courrier, téléphone, messagerie électronique ou tout autre moyen) sont nécessaires pour les traitements informatiques liés à la gestion de votre contrat et peuvent être également utilisées, sauf opposition de votre part à des fins commerciales.

Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

L'Assureur est destinataire, avec ses mandataires, l'Association ADPRF et ses réassureurs, de l'information, dans le strict respect de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel. L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

#### **Article 27 — Réclamation et litige**

Pour toute réclamation ou litige, l'Adhérent devra s'adresser au service Adhérents de PRAECONIS. Si toutefois après son intervention, la réclamation ou le litige n'était pas réglé, l'Adhérent peut écrire au Service Qualité de l'Assureur en y joignant la copie des réponses écrites qui lui ont été faites.

Si le désaccord persiste après la réponse donnée par l'Assureur, l'Assuré ou l'Adhérent peut solliciter l'avis du médiateur dont les coordonnées lui seront communiquées par le Service Qualité de l'Assureur.

#### **Article 28 — Autorité de Tutelle**

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

61, rue TAITBOUT  
75436 Paris Cedex 09



# CONDITIONS GÉNÉRALES

Valant Notice d'information au 1er janvier 2016

**PRÆCONIS**  
DÉVELOPPEMENT MUTUALISÉ

GEODE DÉPENDANCE est un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative N° FT-A16P03 souscrit par l'Association de Développement de la Prévoyance des Régions Françaises (ADPRF), ci-après dénommée « Le **SOUSCRIPTEUR** », auprès de « l'**ASSUREUR** ».

Toutes les actions relatives au présent contrat sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance conformément à l'article L 221-11 du Code de la mutualité.

## DÉFINITIONS

**LE SOUSCRIPTEUR** : l'Association de Développement de la Prévoyance des Régions Françaises (ADPRF), enregistrée à la Préfecture du Territoire de Belfort sous le N° W901002184, dont le siège social est sis 2 rue de Madrid 90000 Belfort.

**L'ASSUREUR** : Mut'est, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 641 681, agréée en branches 1, 2, 20 et 21 et dont le siège social est situé 11, Boulevard du PRESIDENT WILSON, CS 60019, 67082 STRASBOURG CEDEX.

**ÉCHÉANCE PRINCIPALE** : date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année à venir. **L'ÉCHÉANCE PRINCIPALE** est fixée au 1<sup>er</sup> janvier.

**ADHÉRENT** : la personne physique signant la demande d'adhésion et qui acquitte les cotisations. Personne Physique désignée sur le certificat d'adhésion (ci-après désigné « **ADHÉRENT** »), résidant en France métropolitaine, dont l'âge au moment de l'adhésion est au minimum de 40 ans et au maximum de 85 ans par différence de millésime (année d'adhésion moins année de naissance).

**ASSURÉ** : L'ADHÉRENT.

### NULLITÉ DU CONTRAT :

Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L 221-15 du Code de la Mutualité, le contrat est nul en cas de réticence ou fausse déclaration, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion par l'**ASSUREUR**.

**BÉNÉFICIAIRE DE 1<sup>ER</sup> NIVEAU** : l'**ASSURÉ** lui-même.

**BÉNÉFICIAIRES DE SECOND OU TROISIÈME NIVEAU** : sont ceux figurant sur la demande d'adhésion

Lorsque l'**ADHÉRENT** a opté pour le versement du capital sous la forme d'une rente certaine pendant cinq ans, et qu'il décède avant le terme de cette période de cinq ans, la rente est versée aux **BÉNÉFICIAIRES DE SECOND NIVEAU**, et en cas de décès avant le terme de ce cette période de cinq ans aux **BÉNÉFICIAIRES DE TROISIÈME NIVEAU**.

En cas de décès du **BÉNÉFICIAIRE DE TROISIÈME NIVEAU**, ou en cas d'absence de **BÉNÉFICIAIRE DE SECOND NIVEAU**, avant utilisation complète du capital, le solde est versé à la succession de l'**ADHÉRENT**.

**ACCIDENT** : événement soudain et violent, extérieur à l'**ASSURÉ**, non intentionnel de sa part et générateur d'une atteinte corporelle. **Ne sont pas considérées comme des ACCIDENTS les MALADIES chroniques ou aiguës telles que l'apoplexie, l'infarctus du myocarde, les ruptures d'anévrisme, l'épilepsie et autres attaques similaires, l'hémorragie cérébrale.**

**MALADIE** : toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale habilitée et qualifiée.

**DÉLAI DE CARENCE** : période pendant laquelle l'**ASSURÉ** ne bénéficie pas de la garantie totale prévue au Contrat.

**ÉTAT DE DÉPENDANCE GARANTI** : est reconnu en Etat de Dépendance Garanti au titre du présent contrat, l'**ASSURÉ** ont l'état de santé est consolidé, permanent et irréversible et qui satisfait aux conditions cumulatives suivantes :

- **L'ASSURÉ** est classé, par l'**ASSUREUR**, dans les Groupes Iso-Ressources 1 ou 2 de la grille AGGIR ;
- **L'ASSURÉ** se trouve dans l'impossibilité permanente et définitive d'effectuer, sans l'assistance d'une tierce personne, au moins 3 des **4 ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE** tels que définis au sens du présent contrat. En outre, lorsque l'incapacité d'effectuer les **ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE** est d'origine neuropsychiatrique, celle-ci doit être constatée médicalement par un psychiatre ou par un neurologue à l'aide d'un score inférieur à 15 au test « Mini Mental State Examination » de Folstein.

### ACTES DE LA VIE QUOTIDIENNE :

**Faire sa toilette** : capacité de satisfaire de manière autonome, de façon spontanée et non incitée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.

**S'alimenter** : capacité de se servir et de manger de la nourriture préalablement préparée et mise à disposition.

**S'habiller** : capacité de s'habiller et de se

déshabiller, avec recours éventuel à des vêtements adaptés.

**Se déplacer** : capacité de se déplacer sur une surface plane, après recours aux équipements adaptés.

### GROUPES ISO-RESSOURCES 1, 2 DE LA GRILLE AGGIR :

La grille nationale AGGIR (Autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources), utilisée pour l'attribution de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie), permet d'évaluer le degré de dépendance. Un niveau de dépendance correspond à un groupe dit « iso- ressources » (GIR).

**Le présent contrat couvre l'état de dépendance correspondant aux groupes GIR 1 et GIR 2.**

**GIR 1** - ce groupe correspond aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent les personnes en fin de vie ;

**GIR 2** - ce groupe comprend deux groupes de personnes âgées : celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer (souvent dénommés les « déments déambulants »).

## Chapitre 1 : LES GARANTIES DU CONTRAT COLLECTIF GEODE DÉPENDANCE

### 1 — La Base Juridique du contrat collectif à adhésion facultative GEODE DÉPENDANCE

Le contrat collectif à adhésion facultative est régi par la législation française, les dispositions du Code de la Mutualité, des branches 1 (Accident) et 2 (Maladie) de l'article L 221-2 III 1° et L221-6 du même code ainsi que par les présentes conditions générales et les conditions particulières et personnelles du certificat d'adhésion. Il est établi sur la base des déclarations de l'**ADHÉRENT**.

### 2 — L'Objet du contrat collectif à adhésion facultative

Le contrat collectif à adhésion facultative GEODE DÉPENDANCE a pour objet de garantir aux **ASSURÉS**, à jour de leur cotisation auprès de l'**ASSUREUR**, le versement d'un capital dès la reconnaissance de l'**Etat de dépendance Garanti** au titre du présent contrat, survenant pendant la durée de l'adhésion, après application des délais de **Carence**. Le montant du capital est indiqué au certificat d'adhésion. Il est fonction du

choix de l'**ADHÉRENT** dans la limite d'un maximum prévu à la Demande d'adhésion.

### 3 — La durée, le renouvellement et la résiliation du contrat

Le contrat collectif à adhésion facultative GEODE DEPENDANCE prend effet le 1er mars 2016 et se termine le 31 décembre de l'année en cours. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction, le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation adressée par lettre recommandée, par l'une des parties, au moins six mois avant la date du renouvellement.

En cas de résiliation du contrat collectif à adhésion facultative GEODE DEPENDANCE, aucune nouvelle adhésion n'est acceptée postérieurement à la date d'effet de la résiliation. Cependant, les adhésions en vigueur à la date de résiliation continuent à produire leurs effets sous réserve du règlement des cotisations correspondantes.

La partie ayant exprimé son intention de résiliation dans les délais mentionnés ci-dessus s'engage à en informer chaque **ASSURÉ** au moins deux mois avant l'échéance.

## Chapitre 2 : LA VIE DU CONTRAT GEODE DEPENDANCE

### 4 — Admission au contrat

Peut être admise à l'assurance, toute personne physique qui :

- réside en France métropolitaine,
- est âgée de 40 ans au moins ou de 85 ans au plus, l'âge étant déterminé par différence de millésime (ou âge au 31 décembre de l'année en cours),
- a dûment rempli et signé la demande d'adhésion.

Un **ASSURÉ** ne peut souscrire qu'un seul contrat dépendance auprès de l'**ASSUREUR**.

Pour toute **Adhésion Conjointe** et simultanée d'un **ADHÉRENT** (e) et de son ou sa conjoint (e), son ou sa concubin (ne), la cotisation de chaque **ASSURÉ** constituant le couple est réduite de dix pour cent.

Aucune formalité médicale n'est demandée pour la souscription de la garantie GEODE DEPENDANCE.

### 5 — La modification du contrat

Les garanties du contrat collectif à adhésion facultative GEODE DEPENDANCE peuvent être modifiées par l'**ASSUREUR**, qui se réserve également la possibilité de modifier à tout moment le montant des cotisations. Ces changements devront être notifiés individuellement par l'**ASSUREUR** aux **ADHÉRENTS**.

### 6 — Date d'effet de l'adhésion

L'Adhésion au contrat prend effet pour l'**ASSURÉ** à la date d'effet mentionnée au certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation.

En cas de défaut de paiement de la première cotisation, la date d'effet de l'adhésion est reportée à la date effective de paiement de la cotisation, ce délai ne pouvant toutefois pas être supérieur à un mois.

L'adhésion est conclue pour une durée comprise entre sa date d'effet et le 31

décembre de l'année de l'adhésion. Elle est ensuite reconduite, par tacite reconduction, au 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties. La dénonciation par l'**ADHÉRENT** devra parvenir à l'**ASSUREUR** par lettre recommandée adressée deux mois avant l'échéance.

L'adhésion et la garantie cessent au premier des événements suivants :

- en cas de dénonciation de l'adhésion par l'**ASSUREUR** ou par l'**ADHÉRENT** par lettre recommandée 2 mois avant l'échéance ;
- défaut de paiement des cotisations,
- décès de l'**ASSURÉ** ;
- en cas de dépendance non prise en charge, car survenue pendant le **DÉLAI DE CARENCE**.

### 7 — Prise d'effet de la garantie (Carence)

La garantie prend effet :

Immédiatement en cas de **Dépendance Garantie** consécutive à un **ACCIDENT** survenu après la prise d'effet de l'adhésion.

**Après un DÉLAI DE CARENCE de 2 ans, débutant à compter de la date d'effet du contrat, en cas de Dépendance Garantie consécutive, à une MALADIE.**

Un état de dépendance consécutif, à une **MALADIE** ou tout état de démenche invalidante, ayant débuté pendant le **DÉLAI DE CARENCE**, n'ouvre pas le bénéfice des garanties et entraîne la résiliation de l'**Adhésion** au contrat. Dans ce cas l'**ASSUREUR** procède au remboursement des primes nettes des frais de gestion et de distribution de l'adhésion.

### 8 — Renonciation

À partir de la date de réception du certificat d'adhésion valant conditions particulières, l'**ADHÉRENT** dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du moment où il a été informé que son adhésion a pris effet pour renoncer au contrat. Ce droit expire le dernier jour à vingt-quatre heures. Ce droit de renonciation s'exerce par l'envoi au siège social de l'**ASSUREUR** d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, selon le modèle ci-dessous :

« Je soussigné..... renonce à mon adhésion au contrat GEODE DEPENDANCE »

L'**ASSUREUR** rembourse les éventuelles sommes versées au plus tard trente jours après la réception de cette lettre recommandée.

## Chapitre 3 : LA COTISATION

### 9 — Cotisation

La cotisation est fixée en fonction de l'âge de l'**ASSURÉ** (calculé par différence de millésime) à l'adhésion et du capital souscrit et indiqué au certificat d'adhésion. Elle est versée, mensuellement, et d'avance.

La cotisation peut évoluer si une décision législative ou réglementaire venait modifier les engagements de l'**ASSUREUR**, si les résultats techniques et financiers du groupe assuré le nécessitaient et notamment en cas d'évolution des taux d'intérêt techniques

ayant servi au calcul des engagements de l'**ASSUREUR**. L'**ASSUREUR** se réserve alors la possibilité de modifier le barème des cotisations et/ou les garanties de l'ensemble du groupe assuré. La modification des cotisations et/ou des garanties sera applicable à l'ensemble des adhésions en cours au 1er janvier de l'exercice suivant.

**En application de l'article L 221-6 applicable aux opérations collectives facultatives, l'ADHÉRENT peut dans un délai d'un mois à compter de la remise de l'information sur les modifications, dénoncer son adhésion en raison de ces modifications. Dans ce cas, l'adhésion est résiliée dans tous ses effets à la fin de la période correspondant au dernier versement.**

### 10 — Non-paiement de la cotisation

À défaut de paiement de la cotisation due, dans les 10 jours suivant sa date d'échéance, l'**ASSUREUR** adresse à l'**ADHÉRENT** une lettre recommandée valant mise en demeure l'informant des conséquences du non-paiement de sa cotisation.

Elles sont les suivantes :

La garantie peut être suspendue en cas de non-paiement 30 jours après l'envoi de la mise en demeure.

L'**ASSUREUR** procède à la résiliation de l'adhésion 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévus ci-dessus.

En cas de paiement, la garantie reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où la cotisation a été payée.

### 11 — Exonération de la Cotisation

La cotisation cesse d'être due au 1er jour qui suit la reconnaissance par l'**ASSUREUR** de l'**Etat de Dépendance Garanti**.

## Chapitre 4 : LES PRESTATIONS GARANTIES

### 12 — Montant des Prestations garanties

Les prestations garanties consistent en un capital dont le montant maximum figure au certificat d'adhésion.

Le montant du capital est choisi librement par l'**ASSURÉ** lors de la demande d'adhésion et doit correspondre à l'une des options suivantes : 10 000€-15 000 € - 20 000€ - 25 000 € (euros).

Le capital par **ASSURÉ** au cumul des adhésions ne peut être supérieur à 25 000 € (euros).

A la demande expresse de l'**ADHÉRENT**, le capital peut être versé :

- En 3 fois. 50% lors de la constitution du dossier sinistre, 25 % 6 mois après le 1er versement et 25% 18 mois après le 1er versement

- Sous forme de rente certaine sur 5 ans. Dans ce cas, l'**ASSUREUR** s'engage à verser la rente établie à l'avance, d'abord à l'**ASSURÉ** puis, en cas de décès, aux **BÉNÉFICIAIRES DE DEUXIÈME PUIS DE TROISIÈME NIVEAU**.

En cas de décès du **BÉNÉFICIAIRE DE TROISIÈME NIVEAU**, ou en cas d'absence de bénéficiaire de deuxième niveau, avant

utilisation complète du capital, le solde sera versé à la succession.

### 13 — Cas de la Dépendance précoce

En cas de dépendance précoce de l'**ADHÉRENT**, le capital garanti est bonifié de 20 %.

Cette augmentation est possible aux conditions suivantes :

- L'**Etat de Dépendance Garanti** doit être survenu et reconnu avant l'âge de 60 ans
- L'**ADHÉRENT** doit s'être déjà acquitté de 2 années pleines de cotisations.

### 14 — Augmentation ou réduction du montant du capital

Les modifications de montant de capital ne sont pas possibles.

### 15 — Instruction de la demande de versement de capital

Sur simple demande effectuée auprès de l'**ASSUREUR**, un formulaire de « Déclaration de Dépendance » sera adressé à l'**ASSURÉ** ou à quelqu'un de son entourage. La demande de versement de prestations est accompagnée :

- D'un certificat médical attestant de la perte d'autonomie et de la nature de l'affection en cause et date de sa première constatation médicale,

- D'une copie du certificat d'adhésion,

Un dossier médical comportant les comptes rendus d'hospitalisation, le résultat des examens et bilans de santé effectués (notamment les tests d'évaluation des fonctions cognitives en cas de détérioration intellectuelle),

- L'attestation de prise en charge par un régime obligatoire de Sécurité sociale de manière constante de l'assistance à domicile d'une tierce personne rémunérée :

Et le cas échéant :

- L'attestation d'hospitalisation en centre de long séjour, reconnue et prise en charge par la Sécurité Sociale ;

- L'attestation d'un hébergement en centre de long séjour, reconnu et pris en charge par la Sécurité Sociale ;

- L'attestation d'hébergement en section de cure médicale ;

- L'attestation d'un séjour en hôpital psychiatrique (unité, centre ou hôpital) dans le cadre de l'hébergement en établissement spécialisé reconnu et pris en charge par un régime de sécurité sociale,

- Le titre d'invalidité de 3e catégorie au titre de l'invalidité sécurité sociale avec recours à l'assistance d'une tierce personne.

L'attestation de l'état de dépendance de l'**ASSURÉ**, certifiée médicalement par le médecin traitant, devra parvenir sous enveloppe confidentielle adressée au Médecin Conseil de l'**ASSUREUR** dès que l'état médical de l'**ASSURÉ** sera considéré comme susceptible d'ouvrir droit à paiement de la prestation et au plus tard dans les 90 jours qui suivent cette constatation.

Tout retard injustifié (sauf cas de force majeure) dans la déclaration de la dépendance, soit fera débiter la réalisation du risque au jour de

la déclaration, si l'expertise confirme cet état, soit si le retard rend impossible le fait de savoir si la dépendance résulte ou non des risques exclus, fera perdre à l'**ASSURÉ** le bénéfice des prestations prévues, l'état de dépendance étant apprécié par le Médecin Conseil de l'**ASSUREUR**.

À réception de sa demande, l'**ASSUREUR** organise la mise en place d'une expertise médicale à ses frais.

La reconnaissance de la dépendance ne s'effectue qu'en France Continentale. Pour être recevables, les documents médicaux doivent être établis par un médecin remplissant les conditions d'exercice lui permettant de pratiquer son art en France Continentale.

L'**ASSURÉ** doit accepter de se soumettre, à cet examen médical. Il peut demander qu'un médecin désigné par lui soit présent à cet examen.

L'**ASSUREUR** s'engage à examiner aussi rapidement que possible les demandes et à aviser l'**ASSURÉ** de sa décision. Il est à noter cependant, que le silence de l'**ASSUREUR** ne vaut pas acceptation.

En cas de refus de l'**ASSURÉ**, les prestations ne seront pas dues et cette décision sera notifiée à l'**ASSURÉ** par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

### 16 — Modification de l'état de Dépendance

Un dossier refusé pourra être examiné à nouveau par le Médecin Conseil de l'**ASSUREUR** aux conditions suivantes :

- 1/ Qu'un délai de 3 (trois) mois minimum se soit écoulé depuis la dernière étude et que des pièces justificatives actualisées soient produites

- 2/ Que le contrat soit toujours en vigueur

### 17 — Modalité de versement des prestations

Versement du capital garanti :

Le capital garanti est dû si, à compter du 91e jour suivant la date de survenance de l'**Etat de Dépendance Garantie** reconnu par l'**ASSUREUR**, l'**ADHÉRENT/ASSURÉ** est en vie.

Ce capital est versé, en une ou plusieurs fois, ou sous forme d'une rente certaine, par virement sur le compte bancaire ou postal de l'**ADHÉRENT/ASSURÉ**.

### 18 — Risques exclus

**Sont exclues de la garantie dépendance les conséquences :**

**D'un fait volontaire ou intentionnel de l'ASSURÉ, notamment, tentative de suicide ou mutilation ;**

**De l'usage de médicaments ou de stupéfiants non-prescrits médicalement ;**

**De la consommation de boissons alcoolisées constatées par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal ainsi que les complications physiques ou neuropsychiatriques d'abus chronique ou excessif de boissons alcoolisées ;**

**De guerre civile ou étrangère, d'insurrection ou d'émeutes, ou d'acte de terrorisme ;**

**De rixe, dans laquelle l'ASSURÉ a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis ;**

**Du risque atomique provenant d'armes ou d'installations nucléaires ;**

**De la participation aux sports suivants : courses automobiles, 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, le ski acrobatique ou le saut à ski, la varappe, le canyoning, le rafting, les randonnées en montagne ou l'alpinisme à plus de 3000 mètres d'altitude et la pratique de sport de combat ;**

**De la participation de l'ASSURÉ à des compétitions ainsi qu'aux entraînements et/ou essai qui la précédent, courses, matchs ou paris ou de toute pratique sportive sous contrat rémunéré ;**

**Des conséquences directes ou indirectes d'explosions, de dégagements de chaleur ou de l'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité.**

**Sont également exclues et ne donnent pas lieu à indemnisation toutes les conséquences :**

**D'une affection, d'une MALADIE, d'un ACCIDENT ou d'une infirmité dont la 1ère constatation médicale est antérieure à la PRISE D'EFFET DES GARANTIES et à l'expiration du DÉLAI DE CARENCE.**

**Sont également exclues et ne donnent pas lieu à indemnisation toutes les conséquences :**

**D'une affection, d'une MALADIE, d'un ACCIDENT ou d'une infirmité dont la 1ère constatation médicale est antérieure à la PRISE D'EFFET DES GARANTIES et à l'expiration du DÉLAI DE CARENCE.**

**Sont également exclues et ne donnent pas lieu à indemnisation toutes les conséquences :**

**D'une affection, d'une MALADIE, d'un ACCIDENT ou d'une infirmité dont la 1ère constatation médicale est antérieure à la PRISE D'EFFET DES GARANTIES et à l'expiration du DÉLAI DE CARENCE.**

**Sont également exclues et ne donnent pas lieu à indemnisation toutes les conséquences :**

**D'une affection, d'une MALADIE, d'un ACCIDENT ou d'une infirmité dont la 1ère constatation médicale est antérieure à la PRISE D'EFFET DES GARANTIES et à l'expiration du DÉLAI DE CARENCE.**

**Sont également exclues et ne donnent pas lieu à indemnisation toutes les conséquences :**

**D'une affection, d'une MALADIE, d'un ACCIDENT ou d'une infirmité dont la 1ère constatation médicale est antérieure à la PRISE D'EFFET DES GARANTIES et à l'expiration du DÉLAI DE CARENCE.**

**Sont également exclues et ne donnent pas lieu à indemnisation toutes les conséquences :**

**D'une affection, d'une MALADIE, d'un ACCIDENT ou d'une infirmité dont la 1ère constatation médicale est antérieure à la PRISE D'EFFET DES GARANTIES et à l'expiration du DÉLAI DE CARENCE.**

### 19 — Contrôle Médical

Afin de constater médicalement l'état de dépendance telle qu'il est défini au contrat, une expertise médicale peut s'avérer nécessaire. L'état de dépendance de l'**ASSURÉ** sera évalué sur la base d'une expertise médicale par un médecin expert missionné par l'**ASSUREUR**. Cette expertise a lieu au cabinet du médecin expert ou au domicile de l'**ASSURÉ** selon la mission fixée par l'**ASSUREUR**. L'**ASSURÉ** doit laisser libre accès à son dossier médical. Les honoraires du médecin chargé de réaliser l'expertise sont à la charge de l'**ASSUREUR**.

Cette expertise pourra être étayée par des renseignements complémentaires, le médecin-conseil de l'**ASSUREUR** aura toujours la possibilité de pratiquer les examens médicaux qu'il jugera nécessaires. En cas de refus de l'**ASSURÉ** de se soumettre à une expertise ou à un examen médical complémentaire demandé par le médecin-conseil ou en cas de refus de l'**ASSURÉ** de communiquer les documents demandés, il perdra son droit à prestations.

Lorsque cette expertise aboutit à une décision par l'**ASSUREUR** de refus de règlement, les conclusions de l'expertise sont notifiées à l'**ASSURÉ** par lettre recommandée avec accusé de réception.

Les conclusions de l'expertise ou les décisions prises par l'**ASSUREUR** sont notifiées à l'**ASSURÉ** par lettre recommandée avec accusé de réception et prendront effet à la fin du mois durant lequel a été adressée la lettre de l'**ASSUREUR**.

#### 20 — Arbitrage

Ces conclusions s'imposent à l'**ASSURÉ** sans qu'il puisse se prévaloir de la poursuite de la prise en charge par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme.

Si l'**ASSURÉ** conteste les conclusions du médecin expert, il peut faire appel au médecin de son choix. En cas de divergence entre le médecin expert de l'**ASSUREUR** et celui choisi par l'**ASSURÉ**, ces deux médecins en désigneront un troisième pour la mise en place d'un arbitrage. Si un désaccord persiste, le médecin arbitre sera désigné par le Président du tribunal compétent, requis par la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Les honoraires du troisième médecin sont partagés par parts égales.

### Chapitre 5 : INFORMATIONS GENERALES

#### 21 — Prescription

Toutes actions dérivant de la présente adhésion sont prescrites par 2 ans (10 ans lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte de l'**ADHÉRENT**).

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil, soit :

- Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- Citation en justice (même en référé) ;
- Commandement ou saisie signifiée à celui que l'on veut empêcher de prescrire.

La prescription est également interrompue en cas de :

- Désignation d'expert à la suite d'un sinistre ;
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par l'**ASSUREUR** à l'**ASSURÉ** en ce qui concerne le paiement de la prime, par l'**ASSURÉ** à l'**ASSUREUR** ou à son délégataire de gestion en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).

À partir du jour où il a été notifié à l'intéressé que ses droits étaient ouverts, toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à l'**ASSUREUR** dans le plus bref délai, à compter du paiement ou de la décision de refus du paiement desdites prestations.

#### 22 — Information des ADHÉRENTS

Compte tenu du caractère collectif des

garanties, LE **SOUSCRIPTEUR** est tenu de remettre à chaque membre **ADHÉRENT** la notice d'information valant Conditions Générales établie par l'**ASSUREUR**, qui définit les garanties prévues et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. Il communique également les statuts de l'**ASSUREUR**.

#### 23 — Informatique et Libertés

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les **ADHÉRENTS** peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de l'**ASSUREUR**, des réassureurs, des organismes concernés. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse du siège de l'**ASSUREUR**.

#### 24 — Gestion des Réclamations

Pour toute réclamation ou litige, l'**ADHÉRENT** doit s'adresser à l'**ASSUREUR** ayant recueilli son adhésion ou à PRAECONIS, son délégataire de gestion. Si la réclamation persiste après la réponse apportée, l'**ADHÉRENT** a la faculté de solliciter l'avis du médiateur indépendant. Les coordonnées du médiateur sont communiquées sur simple demande au siège de l'**ASSUREUR**.

#### 25 — Autorité de Tutelle

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution  
61, rue TAITBOUT  
75436 Paris Cedex 09

# Notice du Contrat d'Assistance GEODE

Valant Conditions Générales au 01/04/2016

N° CAG - 2016 - 04

**Contrat d'Assistance N°2016-512** souscrit par PRAECONIS, 6 rue Paul Morel 70000 Vesoul auprès de FIDELIA ASSISTANCE pour le compte des ASSURÉS aux contrats GEODE Obsèques et GEODE Dépendance.

## FIDELIA ASSISTANCE

Société anonyme au capital de 21 593 600 Euros entièrement libéré, régie par le Code des Assurances RCS NANTERRE 377 768 601 dont le siège social est au : 27 Quai Carnot 92210 SAINT-CLOUD.

## CONDITIONS D'INTERVENTION

Les prestations d'assistance du présent contrat s'exercent en **FRANCE**.

En cas de besoin d'assistance pour des garanties obsèques ou dépendance décrites ci-après, l'ASSURE ou les PROCHES pourront contacter FIDELIA Assistance au numéro de téléphone suivant :

• Numéro: 01 47 11 73 37

La permanence téléphonique sera ouverte aux ASSURES et aux PROCHES 7jours/7 et 24heures/24.

Lors du 1<sup>er</sup> appel, l'ASSURE ou le PROCHE doit indiquer :

- Ses nom et prénom,
- Le numéro d'adhésion au contrat GEODE et les nom et prénom de l'ASSURE,
- L'endroit où il se trouve, son adresse,
- Le numéro de téléphone où le joindre,
- L'organisation par l'ASSURE ou ses PROCHES de l'une des prestations d'assistance ne peut donner lieu à remboursement que si FIDELIA Assistance a été prévenue de cette procédure et a communiqué son accord par un numéro de dossier.

Dans ce cas, les frais sont remboursés sur justificatif original et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par FIDELIA Assistance pour organiser le service.

## DEFINITIONS

### AIDANT

Personne physique, aidant de l'AIDE, dont le domicile est situé en **FRANCE**

### AIDE

Assuré au titre du contrat GEODE DEPENDANCE, devenu dépendant et aidé

### ASSURE

Toute personne physique, assurée au titre du contrat GEODE OBSEQUES et/ou du contrat GEODE DEPENDANCE, dont le domicile est situé en **FRANCE**.

### ETAT DE DEPENDANCE

Est reconnu en état de dépendance garanti au titre du présent Contrat, l'ASSURE reconnu en état de dépendance selon les critères du contrat GEODE DEPENDANCE.

### FRANCE

France Métropolitaine, y compris Corse et Principauté de Monaco.

### HOSPITALISATION IMPREVUE

Toute hospitalisation consécutive à une maladie soudaine et imprévisible

ou à un accident corporel.

### IMMOBILISATION

Obligation de demeurer au domicile sur prescription médicale suite à une atteinte corporelle grave, soudaine et imprévisible.

### MALADIE

Toute altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

### PROCHES

Les ascendants et descendants au 1<sup>er</sup> degré, le conjoint, l'AIDANT de l'ASSURE.

### SINISTRE

Tout événement justifiant l'intervention de FIDELIA Assistance.

## GARANTIES OBSEQUES

Ces garanties sont acquises aux ASSURES au titre du contrat GEODE OBSEQUES.

### A. Dès l'adhésion :

#### 1- SERVICE DE RENSEIGNEMENTS ET D'INFORMATION

FIDELIA Assistance met à la disposition de l'ASSURE un service « conseils et aides administratives » qui fonctionne du lundi au vendredi, de 09h00 à 19h00, hors jours fériés et week-ends.

Ce service renseigne sur les dispositions à prendre en cas de décès en matière de conservation et transport de corps, mairie, police/gendarmerie, cimetière, pompes funèbres, prélèvement et dons d'organe, inhumation, crémation, succession, aides sociales, pensions de réversion, domaines sociaux et juridiques.

### B. En cas de décès :

#### 2-SERVICE DE RENSEIGNEMENTS ET D'INFORMATION

FIDELIA Assistance met à la disposition des PROCHES un service « conseils et aides administratives » qui fonctionne du lundi au vendredi, de 09h00 à 19h00, hors jours fériés et week-ends.

FIDELIA Assistance accompagne les PROCHES dans leurs démarches (dispositions à prendre en cas de décès en matière de conservation et transport de corps, mairie, police/gendarmerie, cimetière, pompes funèbres, prélèvement et dons d'organe, inhumation, crémation, succession, aides sociales, pensions de réversion, domaines sociaux et juridiques) dans les 6 mois qui suivent le décès.

#### 3- ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

En cas de décès, FIDELIA Assistance apporte un soutien psychologique aux PROCHES.

FIDELIA Assistance met à la disposition des PROCHES une équipe de psychologues destinés à leur apporter un soutien moral, avec 3 entretiens téléphoniques au maximum par PROCHE.

Exclusions relatives à l'accompagnement psychologique : la garantie n'intervient pas dans les cas suivants :

- Pour un suivi psychologique alors que le PROCHE est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue,
  - Dans le cas d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé,
  - Pour les consultations et le suivi psychologique en dehors de la **FRANCE**.
- Ce service est disponible 7jours/7 et 24heures/24.

#### 4-SERVICES D'AIDE AU DEMENAGEMENT ET A LA VENTE DU DOMICILE

Du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00, hors jours fériés, FIDELIA Assistance communique aux PROCHES les renseignements dont ils ont besoin pour les aider à déménager ou vendre le domicile de l'ASSURE décédé, en les mettant en relation avec :

- les sociétés de déménagement,
- les agences immobilières,
- les associations locales spécialisées (Croix Rouge, EMMAUS, etc...)

## GARANTIES DEPENDANCE

Ces garanties sont acquises aux ASSURES au titre du contrat GEODE DEPENDANCE.

#### C. Informations / conseils - Accompagnement du parcours de l'AIDANT

### Vie pratique

#### 5- ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

FIDELIA Assistance fournit des informations et oriente l'AIDANT dans le domaine des prestations sociales ou familiales et de l'aide sociale ou juridique.

FIDELIA Assistance accompagne l'AIDANT dans la constitution du dossier perte d'autonomie/dépendance.

FIDELIA Assistance le conseille sur les financements possibles et le cas échéant l'oriente vers les organismes concernés.

FIDELIA Assistance l'aide dans l'établissement d'un état des dépenses et des revenus et communique les informations sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières. Il met, le cas échéant, l'AIDANT en relation avec les organismes sociaux.

Ce service est disponible du lundi au vendredi de 09h00 à 19h00, hors jours fériés et week-ends.

#### 6- ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

FIDELIA Assistance met à la disposition de l'AIDANT une équipe de psychologues destinés à lui apporter un soutien moral, avec 3 entretiens téléphoniques au maximum par an.

Exclusions relatives à l'accompagnement psychologique : la garantie n'intervient pas dans les cas suivants :

- Pour un suivi psychologique alors que l'AIDANT est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue,

- Dans le cas d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé,
- Pour les consultations et le suivi psychologique en dehors de la **FRANCE**.

Afin d'éviter l'isolement de l'AIDANT, FIDELIA Assistance l'oriente et le met en relation avec des associations spécialisées et des groupes de parole.

Ce service est disponible 7jours/7 et 24heures/24.

*Si l'Aidé peut être maintenu au domicile*

#### 7- RECHERCHE ET MISE EN RELATION AVEC DES PRESTATAIRES AGREES « SERVICES A LA PERSONNE »

Du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00 (sauf les jours fériés et week-ends), FIDELIA Assistance met à disposition un service de renseignements destiné à rechercher et mettre en relation l'AIDANT avec des prestataires agréés concernant les activités de « services à la personne ».

Les activités proposées sont les suivantes :

- Entretien de la maison et travaux ménagers ;
- Préparation de repas à domicile, y compris le temps passé aux commissions ;
- Livraison de repas ;
- Aide personnelle à domicile, à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux ;
- Garde-malade, à l'exclusion des soins ;
- Aide à la mobilité et transport de personnes ayant des difficultés de déplacement ;
- Accompagnement des personnes en dehors de leur domicile (promenades, transports, actes de la vie courante) ;
- Livraison de courses à domicile ;
- Soins et promenades d'animaux domestiques ;
- Soins d'esthétique et de coiffure à domicile.

#### 8-AIDE A LA RECHERCHE D'ETABLISSEMENTS SPECIALISES DE JOUR

Du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00 (sauf les jours fériés et week-ends), FIDELIA Assistance recherche et indique les centres d'accueil de jour ou hôpitaux de jour qui peuvent recevoir temporairement l'AIDE, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué l'accueillera.

#### 9-TELEASSISTANCE

Lors de l'entrée en dépendance FIDELIA Assistance met gracieusement à la disposition de l'AIDE maintenu au domicile ou de l'AIDANT si l'AIDE demeure au domicile de celui-ci un appareil de Téléassistance pendant une durée de 3 mois.

Au-delà de cette période, l'AIDE ou l'AIDANT auront la possibilité, s'ils le souhaitent, de prolonger cette mise à disposition dans le cadre d'un abonnement individuel à tarif préférentiel.

**Si l'AIDE doit être placé en institution**

## 10-RECHERCHE D'ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENTS POUR PERSONNES DEPENDANTES

Du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00 (sauf les jours fériés et week-ends), FIDELIA Assistance communique à l'AIDANT une liste d'établissements spécialisés, en fonction de l'état de dépendance de l'AIDE, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué l'accueillera. La recherche tient compte des critères suivants : localisation et caractéristiques des établissements (EHPAD, résidences services, maisons de retraite...) correspondant au budget souhaité et besoins médicaux de l'AIDE ainsi que les démarches à effectuer en cas d'admission.

### Informations médicales

## 11- INFORMATIONS MEDICALES SPECIALISEES

Du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00 (sauf les jours fériés et week-ends), l'équipe médicale dédiée de FIDELIA Assistance communique, par téléphone, à l'AIDANT, des informations d'ordre général sur la pathologie de l'AIDE, ses conséquences et les traitements habituels.

La responsabilité de FIDELIA Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

Aucune ordonnance ne sera délivrée par l'équipe médicale de FIDELIA Assistance. L'évaluation et les conseils communiqués par l'équipe de FIDELIA Assistance ne constituent pas une consultation médicale et ne se substituent pas à une consultation médicale effectuée par un médecin au domicile, à son cabinet ou dans une structure hospitalière.

## 12-INFORMATIONS D'ORDRE GENERAL SUR LA SANTE

Du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00 (sauf les jours fériés et week-ends), l'équipe médicale dédiée de FIDELIA Assistance communique, par téléphone, à l'AIDANT, les bonnes pratiques et les règles hygiéno-diététiques pour mieux prévenir les risques de dénutrition de l'AIDE, en fonction de son état de dépendance.

A l'issue de cette évaluation, l'équipe médicale dédiée de FIDELIA Assistance peut adresser à l'AIDANT, par courrier ou par mail, le guide nutrition pour les aidants de l'INPES.

A la demande de l'AIDANT, une mise en relation avec des prestataires de portage de repas à domicile lui est également proposée.

La responsabilité de FIDELIA Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

Aucune ordonnance ne sera délivrée par l'équipe médicale de FIDELIA Assistance. L'évaluation et les conseils communiqués par l'équipe de FIDELIA Assistance ne constituent

pas une consultation médicale et ne se substituent pas à une consultation médicale effectuée par un médecin au domicile, à son cabinet ou dans une structure hospitalière.

### En cas de décès de l'AIDE

## 13-SERVICES DE RENSEIGNEMENTS ET D'INFORMATIONS EN CAS DE DECES

FIDELIA Assistance met à la disposition des PROCHES un service « conseils et aides administratives » qui fonctionne du lundi au vendredi, de 09h00 à 19h00, hors jours fériés et week-ends.

FIDELIA Assistance accompagne les PROCHES dans leurs démarches (dispositions à prendre en cas de décès en matière de conservation et transport de corps, mairie, police/gendarmerie, cimetière, pompes funèbres, prélèvement et dons d'organe, inhumation, crémation, succession, aides sociales, pensions de réversion, domaines sociaux et juridiques) dans les 6 mois qui suivent le décès.

## 14-SERVICES D'AIDE AU DEMENAGEMENT ET A LA VENTE DU DOMICILE

Du lundi au vendredi de 9h00 à 19 h00, hors jours fériés, FIDELIA Assistance communique aux PROCHES les renseignements dont ils ont besoin pour les aider à déménager ou vendre le domicile de l'AIDE, en les mettant en relation avec :

- les sociétés de déménagement,
- les agences immobilières,
- les associations locales spécialisées (Croix Rouge, EMMAUS, etc...).

## 15-ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

En cas de décès, FIDELIA Assistance apporte un soutien psychologique aux PROCHES.

FIDELIA Assistance met à la disposition des PROCHES une équipe de psychologues destinés à leur apporter un soutien moral, avec 3 entretiens téléphoniques au maximum par PROCHE.

Exclusions relatives à l'accompagnement psychologique : la garantie n'intervient pas dans les cas suivants :

- pour un suivi psychologique alors que le PROCHE est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue,
- dans le cas d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé,
- pour les consultations et le suivi psychologique en dehors de la FRANCE.

Ce service est disponible 7jours/7 et 24heures/24.

**D.Suite à une HOSPITALISATION IMPREVUE de l'AIDANT supérieure à 2 jours ou une IMMOBILISATION de l'AIDANT supérieure à 5 jours ou à un besoin de répit de l'AIDANT**

## 16-PRESENCE D'UNE PERSONNE OU TRANSFERT CHEZ UNE PERSONNE DESIGNEE PAR L'AIDE OU PAR L'AIDANT

Suite à une HOSPITALISATION IMPREVUE de l'AIDANT supérieure à 2 (deux) jours ou d'une IMMOBILISATION de l'AIDANT supérieure à 5 (cinq) jours ou à un

besoin de répit de l'AIDANT (1 fois par an au plus), FIDELIA Assistance organise et prend en charge :

- le transport d'une personne désignée par l'AIDE ou par l'AIDANT résidant en FRANCE jusqu'au domicile de l'AIDANT si l'AIDE y réside ou au domicile de l'AIDE en mettant à sa disposition un billet aller/retour de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé,

Ou :

- le transport non médicalisé de l'AIDE chez une personne désignée par l'AIDE ou par l'AIDANT en FRANCE. Les deux prestations ne sont pas cumulables entre elles. Ces prestations sont valables une fois par année d'assurance pour le répit de l'AIDANT.

## EXCLUSIONS GENERALES

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est à la charge des autorités médicales.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'ASSURE lors de la durée de la garantie excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont également exclus les dommages provoqués intentionnellement par l'ASSURE.

Toute fraude, falsification ou faux témoignage intentionnel permettra à FIDELIA Assistance d'opposer à l'ASSURE la nullité du présent contrat (Article L 113-8 du Code des Assurances).

Les interventions ou traitements d'ordre essentiellement esthétique.

Les bilans de santé, check-up, examens médicaux faisant partie d'un dépistage à titre préventif, les traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ayant un caractère répétitif et/ou régulier.

Les maladies mentales affectant l'AIDANT.

Les maladies chroniques et/ou répétitives, complications, rechutes de maladies constituées antérieurement et comportant un risque d'aggravation brutale ou proche affectant l'AIDANT.

Les hospitalisations répétitives pour une même cause de l'AIDANT.

Les séjours en maison de repos, de convalescence, centre de gériatrie, hospice, centre de cures médicales, dont le but n'est pas le traitement actif et curatif d'une affection pathologique médicale ou d'une intervention chirurgicale.

Les séjours en maison de rééducation (sauf pour rééducation fonctionnelle motrice à la suite d'un accident ou d'une intervention chirurgicale).

Les conséquences de maladies ou accidents causés intentionnellement, ou qui résultent d'un suicide, d'une tentative de suicide ou d'une mutilation volontaire.

Les états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'alcool.

## CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

FIDELIA Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues dans le contrat.

**Cependant, FIDELIA Assistance ne peut être tenue pour responsable ni de la non-exécution, ni des retards provoqués :**

- par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non ;
- par la mobilisation générale ;
- par la réquisition des hommes et du matériel par les autorités ;
- par tout acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées ;
- par les conflits sociaux tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out, etc ;
- par les cataclysmes naturels ;
- par les effets de la radioactivité ;
- par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat.

Dans les zones épidémiques, ne peuvent donner lieu à intervention :

- les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine ;
- les états pathologiques résultant :
  - o d'une maladie infectieuse contagieuse ou de l'exposition à des agents biologiques infectants,
  - o d'une exposition à des substances chimiques type gaz de combat, incapacitants neurotoxiques, etc ou à effets toxiques rémanents,
  - o d'une contamination par radio nucléides.

FIDELIA Assistance ne pourra en aucun cas se substituer aux services de secours publics.

# Notice Mon Indemnité Journalière Hospitalisation Suite à Accident

Valant Conditions Générales et Note d'Informations

Notice N° MIJH - 2016 - 01

## 1 - L'OBJET DE VOTRE CONTRAT

Le présent contrat collectif « Mon Indemnité Journalière Hospitalisation Suite à Accident » souscrit auprès de l'ASSUREUR, par l'Association de Développement de la Prévoyance des Régions Françaises (ADPRF) a pour objet de garantir à l'ASSURÉ les indemnités journalières hospitalières souscrites et indiquées sur le certificat d'adhésion. Il est régi par le livre II du code de la Mutualité et la législation en vigueur.

## 2 - DÉFINITIONS

### Assureur

Mutuelle Médico Chirurgicale (MMC). Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, enregistrée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le N° 778 542 852, dont le siège social est sis au 6 rue Paul Morel 70 000 Vesoul.

### Souscripteur

Association de Développement de la Prévoyance des Régions Françaises (ADPRF), Association Loi 1901 enregistrée à la Préfecture du Territoire de Belfort sous le n°W901002184 dont le siège social est sis 2 rue de Madrid 90000 Belfort.

### Adhérent

Personne morale ou physique, désignée comme telle au certificat d'adhésion, signataire de la demande d'adhésion et acquittant les cotisations.

### Assuré(s)

Personne(s) physique(s) domiciliée(s) en France Métropolitaine, Corse ou DROM sur la tête de qui reposent les garanties du contrat et désignée(s) comme telle(s) au certificat d'adhésion.

### Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'ASSURÉ provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accident au sens du présent contrat, les infarctus, les accidents cardio-vasculaires et cérébraux, les efforts de soulèvement et les pathologies soudaines.

### Hospitalisation

Est considérée comme une hospitalisation un séjour dans un établissement de soins public ou privé, dans le but de

traiter médicalement ou chirurgicalement les conséquences d'un accident au sens du présent contrat. La garantie est acquise pour toute hospitalisation d'une durée minimale de vingt-quatre (24) heures, la cause de l'hospitalisation doit être accidentelle (au sens du présent contrat).

## 3 — RELATION ENTRE L'ADHÉRENT ET L'ASSUREUR

L'adhésion au contrat « Mon Indemnité Journalière Hospitalisation Suite à Accident » est souscrite pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de la même année. Il est ensuite reconduit tacitement chaque 1<sup>er</sup> janvier pour une durée d'un an, sauf dénonciation de l'adhérent par lettre recommandée avec accusé de réception avec préavis de deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours.

Les adhésions en cours pourront faire l'objet d'une révision tarifaire telle que prévue à l'article « paiement des cotisations ». Le Souscripteur doit remettre aux adhérents, en même temps que le formulaire de demande d'adhésion, une copie des conditions générales valant notice. En cas de modifications apportées au contrat, Le Souscripteur remet aux adhérents une nouvelle version des conditions générales valant notice. La garantie s'adresse aux personnes physiques âgées de moins de soixante-et-onze (71) ans à la date de leur adhésion.

## 4 - QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

### Indemnités Journalières

**Hospitalisation Suite à Accident**  
À la suite de l'hospitalisation d'un ASSURÉ, supérieure ou égale à 24 heures, dont l'origine est un Accident au sens de l'article 2, il est versé à l'ASSURÉ hospitalisé une allocation journalière forfaitaire égale au montant garanti à la date de l'événement tel qu'il est défini au certificat d'adhésion.

Cette Indemnité Journalière, payable mensuellement à terme échu, est versée après une période d'hospitalisation minimale de vingt-quatre (24) heures, pendant une durée maximale de trois cent soixante-cinq (365) jours. Après épuisement de la durée maximale de garantie, il est mis fin à l'adhésion.

### Délai de carence

Il n'y a pas de délai de

carence.

Revalorisation des prestations  
Le contrat ne prévoit pas de revalorisation des garanties, le montant de l'Indemnité journalière est défini au certificat d'adhésion.

## 5 - COMMENT ADHÉRER AU CONTRAT ?

Adhérents : peuvent adhérer au présent contrat les personnes morales ou physiques (âgées de plus de 18 ans) résidant en France Métropolitaine, Corse et DROM.

**ASSURÉS** : peuvent être admis au bénéfice de l'assurance, les ASSURÉS âgés à l'adhésion de 18 à 70 ans inclus, ayant satisfait aux formalités suivantes :

— Remplir et signer une demande d'adhésion.

### PLAFOND DE GARANTIES

Les montants d'Indemnités journalières garantis pour un même ASSURÉ sont ceux portés au certificat d'adhésion.

### ADHÉSIONS MULTIPLES

En aucun cas l'ASSURÉ ne peut être garanti simultanément par plusieurs adhésions au contrat « EPSIL Indemnités Journalières Hospitalisation Suite à Accident ». Si tel était le cas, l'engagement de l'ASSUREUR serait en tout état de cause limité à la première souscription.

## 6 - LA VIE DE L'ADHÉSION EFFET, DURÉE ET CESSATION DES GARANTIES DE L'ADHÉSION

### Effet des garanties

Les garanties sont acquises, après acceptation de l'ASSUREUR, à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion délivré par l'ASSUREUR à l'Adhérent, sous réserve du paiement effectif de la 1<sup>re</sup> cotisation. L'adhésion est souscrite pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction, au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf dénonciation notifiée par lettre recommandée (voir résiliation de l'adhésion), jusqu'au terme des garanties tel que défini ci-après.

### Modification des garanties

Lorsque le tableau des garanties le permet, en cours de vie de l'adhésion, l'Adhérent peut demander à chaque échéance principale la modification de ses garanties. En cas d'augmentation de garantie, les nouvelles garanties seront ac-

quises, après acceptation de l'ASSUREUR et sous réserve que l'ASSURÉ ait satisfait aux formalités prévues à l'article 5, à la date figurant sur l'avenant délivré par l'ASSUREUR, sous réserve du paiement effectif des cotisations correspondantes.

Tout sinistre ayant une date d'événement antérieure à la prise d'effet de l'avenant, sera indemnisable, sous réserve de déclaration à l'ASSUREUR et d'acceptation par ce dernier, sur la base des garanties acquises antérieurement à la prise d'effet de l'avenant, et ce pendant toute la durée du sinistre, y compris ses rechutes éventuelles (même pathologie).

### Cessation des garanties

Les garanties cessent :

— en cas de non-paiement des cotisations (voir défaut de paiement),

— au jour du décès de l'ASSURÉ,

— au 71<sup>e</sup> anniversaire de l'ASSURÉ,

— au jour de la résiliation de l'adhésion.

### Résiliation de l'adhésion

Par l'Adhérent :

— au 31 décembre de chaque année, sous réserve de notification de la résiliation par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'ASSUREUR, deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire fixée au 1<sup>er</sup> janvier. La résiliation du contrat n'est recevable que si l'adhésion a couru au moins 12 mois à compter de la date d'effet du contrat.

— en cas d'augmentation des cotisations par l'ASSUREUR suite à aggravation des résultats techniques du contrat ou évolution générale du risque, sous réserve de notification du refus à l'ASSUREUR par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximal de 30 jours suivant la date de notification par l'ASSUREUR.

Par l'ASSUREUR :

— en cas de non-paiement des cotisations (voir défaut de paiement),

— en cas de refus par l'Adhérent des nouvelles conditions tarifaires applicables au contrat.

Par l'Adhérent ou l'ASSUREUR :

En cas de modification ou cessation du risque, dès lors que l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle, soit sous réserve de notifica-

tion de la résiliation par lettre recommandée.

### OBLIGATION DE DÉCLARATION

L'ASSUREUR fonde ses engagements sur les déclarations de l'ASSURÉ et/ou de l'Adhérent. L'ASSURÉ s'engage à informer l'ASSUREUR de toute modification ou aggravation des éléments constitutifs du risque (changement de profession, de situation personnelle ou professionnelle...) intervenant antérieurement ou postérieurement à la prise d'effet des garanties. En cas de modification des garanties, l'ASSURÉ s'engage également à informer immédiatement l'ASSUREUR de toute modification ou aggravation des éléments constitutifs du risque tel que décrit ci-dessus. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'ASSURÉ portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion, lors de la mise en place d'un avenant ou en cours de vie de l'adhésion, même si elle a été sans influence sur le sinistre, expose l'ASSURÉ à l'application des sanctions en cas de nullité du contrat, les cotisations versées restant acquises à l'ASSUREUR.

De même, toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre de la part de l'ASSURÉ, ou de ses ayants droit, entraîne la déchéance des garanties voire la nullité de l'adhésion.

### PAIEMENT DE LA COTISATION

Mode de calcul

La cotisation annuelle, selon l'option choisie sur la demande d'adhésion, est calculée en fonction du montant de la garantie souscrite pour chaque ASSURÉ. La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes éventuels compris. Tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation. Les cotisations sont révisables annuellement par l'ASSUREUR, au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, en fonction de l'évolution générale du risque, des résultats du groupe assuré ou du fait de l'aggravation du risque du contrat collectif, sous réserve d'en informer l'Adhérent avec un préavis de deux mois. Le nouveau tarif s'appliquera à chaque adhésion, sauf refus de l'Adhérent dans les conditions prévues à l'article « résiliation de l'adhésion ».

## cotisation

La cotisation annuelle peut être payée par prélèvement mensuel.

## Défaut de paiement

Un rappel de cotisation auquel s'ajouteront des frais est envoyé à tout adhérent dont la cotisation n'a pas été enregistrée aux dates prévues. À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'ASSUREUR de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'Adhérent. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. L'ASSUREUR a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent. Lors de la mise en demeure, l'Adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties. La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets le lendemain du jour où sont payés à l'ASSUREUR la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

## 7 - CE QUE NE COUVRE PAS LE CONTRAT

### Les exclusions de vos garanties

Ne sont pas garantis les séjours dans les :

- centres et maisons de et/ou de convalescence, centres de cure médicale et maisons de régime, établissements thermaux,
  - centres de réadaptation et maisons de réadaptation fonctionnelle,
- L'ASSUREUR ne prend pas en charge les hospitalisations dues :

- à des faits de guerre civile ou étrangère,
- à la désintégration du noyau atomique,
- à un accident survenu sous l'emprise, d'un état alcoolique (taux supérieur ou égal au taux minimum légal),
- à un accident dû à l'uti-

### lisation de stupéfiants ou substances analogues, ou médicaments non prescrits médicalement

• à la participation active de l'ASSURÉ à des émeutes, rixes, crimes, délits, actes de terrorisme ou de sabotage (sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger)

• à la pratique d'un sport à titre professionnel ou des sports suivants :

— aviation légère ou sportive, vol à voile, ULM, parachutisme, delta-plane, parapente,

— compétitions automobiles, motocyclistes ou motonautiques,

— alpinisme avec varappe.

Ne sont pas considérées comme hospitalisations au sens du présent contrat :

toute hospitalisation de jour, à domicile, en gériatologie, en gériatrie, non prise en charge par la Sécurité sociale, en établissements thermaux, d'hydrothérapie, de thalasso-thérapie, de repos, de convalescence, en maison de santé ou de rééducation, de psychothérapie, en établissements psychiatriques ou en maison de retraite ou hospice.

## 8 - QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

L'ASSURÉ doit déclarer à l'ASSUREUR ou par délégation à l'organisme gestionnaire désigné par lui, tout sinistre de nature à entraîner la mise en oeuvre des garanties du contrat, et ce dans un délai maximal de 12 jours suivant l'hospitalisation. L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture à l'ASSUREUR (ou le cas échéant à son médecin consultant) des pièces mentionnées ci-dessous et sous réserve du contrôle prévu à l'article «contrôle de l'ASSURÉ» :

— un certificat médical précisant la nature et la durée de l'hospitalisation,

— l'attestation de l'établissement hospitalier ou bulletin d'hospitalisation,

— la preuve de l'origine accidentelle de l'hospitalisation comprenant la date de survenance et les circonstances précises (lieu, nom des témoins...) la nature des lésions constatées médicalement.

Toute prolongation d'hospitalisation nécessite un certificat de prolongation qui doit parvenir à l'ASSUREUR dans les 8 jours et précisant qu'il s'agit de la suite de la même affection, ainsi que la durée de la prolongation. En tout état de cause, l'ASSURÉ fournira sous pli confidentiel à l'atten-

tion du médecin consultant de l'ASSUREUR un rapport médical de son médecin traitant, si ce document lui est demandé. L'ASSUREUR se réserve à tout moment la possibilité d'exiger toutes autres pièces justificatives pour que l'ASSURÉ puisse le cas échéant continuer à percevoir les prestations.

### CONTRÔLES

L'ASSUREUR se réserve à tout moment la possibilité de faire exécuter par un médecin expert désigné par lui, tout contrôle de l'ASSURÉ pour l'ouverture des prestations ou leur poursuite. Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu si l'ASSURÉ refuse de s'y soumettre ou de fournir les pièces justificatives demandées par l'ASSUREUR, sauf cas fortuit ou de force majeure dont l'ASSURÉ apporterait la preuve.

## 9 - TERRITORIALITÉ

Les garanties sont accordées sur le territoire Métropolitain, la Corse et les DOM.

## 10 - PRESCRIPTION, PRÉLÈVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX

### Prescription

Toute action dérivant de ce contrat est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans lorsque l'ASSURÉ est une personne distincte de l'Adhérent. Cette prescription est interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'ASSUREUR par l'Adhérent, l'ASSURÉ en ce qui concerne le règlement de la prestation ou adressée par l'ASSUREUR à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation.

### Prélèvements fiscaux et sociaux

Tous les prélèvements fiscaux et sociaux présents ou futurs, dont la récupération est licite, sont à la charge de l'adhérent.

## 11 - SUBROGATION

L'ASSUREUR est subrogé de plein droit, à ses Adhérents ou à leurs ayants droit victimes d'un accident, dans son action contre le tiers responsable et dans la limite du montant des indemnités versées.

## 12 - LITIGES ET ARBITRAGE

En cas de désaccord de l'ASSURÉ sur les conclusions d'une expertise médicale effectuée par un expert désigné par l'ASSUREUR,

l'ASSURÉ peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix. Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, ils s'adjoignent un tiers expert, les trois experts opérant alors en commun à la majorité des voix. Faute d'entente sur le choix du tiers expert, ce dernier sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'ASSURÉ. Chaque partie paie les honoraires de son expert : ceux du tiers expert sont supportés par moitié par chacune des parties. Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport. On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domicile de l'ASSURÉ et reconnus par les Organismes d'Assurance.

## 13 - DÉLAI DE RENONCIATION

L'Adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat pendant quatorze jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante :

**PRAECONIS**  
6, rue Paul Morel  
70 000 VESOUL

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation ci-après :

« Je soussigné (e)..... demeurant à..... déclare renoncer à mon adhésion n°..... au contrat «EPSIL Indemnités Journalières Hospitalisation Suite à Accident» dont la date d'effet est fixée à... /... /... et entends recevoir l'intégralité de la cotisation que j'ai versée dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter du moment où je suis informé (e) que le contrat est conclu.  
Date :.....  
Signature :..... ».

## 14 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément aux dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, l'Adhérent ou l'ASSURÉ peut demander à l'ASSUREUR communication ou rectification de toute information le concernant, qui figure sur tout fichier de l'ASSUREUR, de ses réassureurs ou de tout organisme concerné. Le droit d'accès et de rec-

tification peut être exercé au siège social de l'ASSUREUR — 6, rue Paul Morel 70 000 VESOUL.

## 15 - EXAMEN DES RÉCLAMATIONS COMMISSION DE MÉDIATION

Le Courtier mandataire habituel de l'Adhérent reste à son entière disposition pour répondre à toute demande d'information ou de réclamation relatives à l'application du présent contrat. Le cas échéant, celles-ci pourront être formulées auprès du siège social de l'ASSUREUR.

Si après intervention de ceux-ci, un désaccord subsiste, l'Adhérent ou l'ASSURÉ pourra demander un arbitrage à la Commission de Médiation, en adressant sa demande à l'adresse ci-dessous :

**COMMISSION DE MÉDIATION PLANETE COURTIER**  
12-14 Rond-Point des Champs Elysées  
75008 PARIS

## 16 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'ASSUREUR est contrôlée par l'Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution, 61, rue Taitbout — 75 009 PARIS.



## GEODE Obsèques

### Conditions :

- compléter et signer ce formulaire;
- L'envoyer par **lettre recommandée avec avis de réception**;
- Utiliser l'adresse figurant au dos;
- **L'expédier au plus tard le trentième jour à partir du jour de la date de souscription du contrat ou, si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.**

### Je soussigné, déclare annuler le contrat ci-après :

Nom du contrat : **GEODE Obsèques**

Date de la souscription du contrat : .....

Nom et prénom de l'adhérent : .....

Adresse de l'adhérent : .....

Code postal de l'adhérent : .....

Ville de l'adhérent : .....

### Signature obligatoire de l'adhérent :

## GEODE Dépendance

### Conditions :

- compléter et signer ce formulaire;
- L'envoyer par **lettre recommandée avec avis de réception**;
- Utiliser l'adresse figurant au dos;
- **L'expédier au plus tard le quatorzième jour à partir du jour de la date de souscription du contrat ou, si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.**

### Je soussigné, déclare annuler le contrat ci-après :

Nom du contrat : **GEODE Dépendance**

Date de la souscription du contrat : .....

Nom et prénom de l'adhérent : .....

Adresse de l'adhérent : .....

Code postal de l'adhérent : .....

Ville de l'adhérent : .....

### Signature obligatoire de l'adhérent :

**PRAECONIS**  
**6 rue Paul Morel**  
**BP 80283**  
**70006 VESOUL Cedex**

**PRAECONIS**  
**6 rue Paul Morel**  
**BP 80283**  
**70006 VESOUL Cedex**





Votre contact :