

REGLEMENT MUTUALISTE GARANTIES RESPONSABLES

SOMMAIRE

PREAMBULE – DEFINITIONS

SECTION 1 - LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1.	OBJET DU REGLEMENT
ARTICLE 2.	CONDITIONS D'ADHESION ET BENEFICIAIRES
ARTICLE 3.	FORMALITES D'ADHESION
ARTICLE 4.	FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE OU DECLARATION INEXACTE D'UN ASSURE
ARTICLE 5.	EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION
ARTICLE 6.	RESILIATION ET CESSATION DE L'ADHESION
ARTICLE 7.	CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION
ARTICLE 8.	DEMARCHAGE ET FACULTES DE RETRACTATION ET DE RENONCIATION

CHAPITRE II - LES GARANTIES

ARTICLE 9.	ETENDUE DES GARANTIES
ARTICLE 10.	PRISE D'EFFET DES GARANTIES
ARTICLE 11.	TERME DU DROIT A L'ASSURANCE
ARTICLE 12.	RISQUES NON GARANTIS
ARTICLE 13.	CONTRAT RESPONSABLE

CHAPITRE III - FONCTIONNEMENT DES GARANTIES

ARTICLE 14.	MODIFICATION DE GARANTIE
ARTICLE 15.	OBLIGATIONS DU MEMBRE PARTICIPANT

CHAPITRE IV - REGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 16.	REGLEMENT DES PRESTATIONS
ARTICLE 17.	MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS
ARTICLE 18.	DELAJ DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 19.	OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS
ARTICLE 20.	CONTRÔLE
ARTICLE 21.	EXPERTISE MEDICALE
ARTICLE 22.	PRESTATIONS INDUMENT PERCUES
ARTICLE 23.	PRESCRIPTION DES ACTIONS ET DECHEANCE
ARTICLE 24.	SUBROGATION – RECOURS CONTRE TIERS
ARTICLE 25.	PLURALITE D'ASSURANCES
ARTICLE 26.	DISPOSITIONS PROPRES A CERTAINES PRESTATIONS
ARTICLE 27.	TIERS PAYANT
ARTICLE 28.	TELETRANSMISSION NOEMIE

CHAPITRE V - COTISATIONS ET MODALITES DE PAIEMENT

ARTICLE 29.	MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS
ARTICLE 30.	NON-PAIEMENT DES COTISATIONS
ARTICLE 31.	MODIFICATION DES COTISATIONS

CHAPITRE VI - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 32.	RECLAMATION
ARTICLE 33.	MEDIATION
ARTICLE 34.	AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE
ARTICLE 35.	INFORMATIQUE ET LIBERTES
ARTICLE 36.	ADHESION A DISTANCE
ARTICLE 37.	LOI APPLICABLE
ARTICLE 38.	LANGUE UTILISEE
ARTICLE 39.	VALEUR CONTRACTUELLE
ARTICLE 40.	FONDS D'ACTION SOCIALE
ARTICLE 41.	OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

SECTION 2 - LES GARANTIES OPTIONNELLES

- GARANTIE ALLOCATION INDEMNITES JOURNALIERES HOSPITALISATION (IJH)
- GARANTIE ACCIDENT - PERENITY
- GARANTIE BLESSURE

REGLEMENT MUTUALISTE

GARANTIES RESPONSABLES

PREAMBULE - DEFINITIONS

Les termes et expressions inscrits dans ce Règlement en majuscule pour les sigles ou avec la première lettre en majuscule ont la signification qui leur est attribuée ci-après :

100% SANTE : Dispositif qui définit un ensemble de Prestations de soins et d'équipement identifiés dans un panier spécifique pour trois postes de soins : audiology (aides auditives), optique (lunettes de vue) et dentaire (prothèses dentaires). Les paniers du dispositif 100% Santé ont été définis par les professionnels de santé concernés, l'Etat, l'Assurance Maladie, les organismes complémentaires d'assurance maladie et les fabricants des dispositifs pour proposer un large choix de produits de qualité et répondre aux attentes de chacun.

Ces paniers sont pris en charge intégralement, par la Sécurité sociale et par les contrats responsables des organismes complémentaires d'assurance maladie, sans frais supplémentaire à la charge de l'Assuré.

Les Assurés qui choisissent les soins du panier 100% Santé n'ont donc plus de frais à leur charge. Pour autant ils ont la possibilité de choisir d'autres équipements en dehors de l'offre 100% Santé, s'ils le souhaitent.

Le présent règlement intègre le dispositif du 100% SANTE.

ACCIDENT : On entend par Accident, toute atteinte corporelle non-intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La preuve de la cause accidentelle incombe à l'Assuré.

ACTES HORS NOMENCLATURE : désignent les actes non reconnus par la Sécurité Sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

ADHESION : le lien contractuel entre les Membres participants et / ou les Ayants droit et la Mutuelle.

AFFILIATION : l'acte administratif permettant de rattacher les Ayants droit à l'Adhésion souscrite par le Membre participant.

ASSIETTE DES REMBOURSEMENTS :

- Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) : représente l'assiette servant de calcul aux Prestations en nature de la Sécurité sociale.

- Honoraire limite de facturation (HLF) : correspond au montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné, en particulier pour certains actes prothétiques dentaires.

- Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) : ce montant est égal à la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

- Prix limite de vente (PLV) : correspond au montant maximum de vente, fixé réglementairement et s'appliquant aux produits et

Prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, que les professionnels de santé sont tenus de respecter.

- Ticket modérateur (TM) : correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) et le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR).

ASSURE : La personne physique sur laquelle pèse le Risque. Il peut s'agir du Membre participant et le cas échéant d'un ou plusieurs de ses Ayants droits.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR : Selon la garantie, document remis par la Mutuelle et qui peut être exigée par elle. Il s'agit, pour le Membre participant, de certifier, par écrit, que rien ne s'oppose à ce qu'il puisse bénéficier d'une garantie. Toute attestation sur l'honneur falsifiée ou inexacte ne pourra permettre le versement de la prestation prévue alors que les cotisations versées restent la propriété de la Mutuelle.

AYANTS DROIT : Peuvent acquérir la qualité d'Ayant droit d'un Membre participant :

- Le conjoint du Membre participant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée.

Sont assimilés au conjoint :

- La personne ayant conclu avec le Membre participant un contrat relevant du régime juridique du pacte civil de solidarité régi par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil ;
- La personne entretenant avec le Membre participant un concubinage.

- Les enfants du Membre participant ou de son conjoint, jusqu'à 26 ans révolus ;

- D'une manière générale, toute personne à la charge effective du Membre participant dans les limites et conditions fixées par le présent Règlement.

BÉNÉFICIAIRE : Le Membre participant lui-même et/ou les ayants droit désignés, à savoir les personnes habilitées à percevoir les prestations garanties.

BULLETIN D'ADHESION : Document contractuel destiné au Membre participant et de nature à permettre son Adhésion à la Mutuelle et au présent Règlement.

CONTRAT RESPONSABLE : Un contrat de complémentaire santé est dit « responsable » lorsqu'il encourage au respect du parcours de soins coordonnés. Il respecte un cahier des charges fixé par décret qui détermine des plannings et des plafonds de prise en charge pour certains postes de soins. Un contrat dit « responsable » prend obligatoirement en charge le Ticket Modérateur, le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée et les paniers « 100% Santé » en optique, prothèses dentaires et aides auditives. Il permet enfin de bénéficier du mécanisme du tiers-payant à hauteur du tarif de responsabilité sur ces garanties. Il ne prend jamais en charge la participation forfaitaire d'un (1) euro sur les actes ou consultations pris en charge par la Sécurité sociale, les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires, ainsi que les pénalités financières en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés. Le contrat « responsable » bénéficie enfin d'une fiscalité avantageuse

avec un taux minoré de taxe de solidarité additionnelle (TSA).

DELAI D'ATTENTE OU DELAI DE CARENCE : Période s'écoulant de la date de prise d'effet de l'Adhésion jusqu'à la prise d'effet d'une garantie, au cours de laquelle une dépense de santé n'est pas indemnisée au titre du présent Règlement. Cette période est précisée au descriptif de la garantie.

DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (DPTM) : Dispositifs prévus par la convention nationale sous les noms d'OPTAM et d'OPTAM-CO. Dans les tableaux de garanties, la mention « praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée » désigne les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement et les médecins du secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO et la mention « praticiens non-signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée » désigne ceux de ces médecins qui n'ont pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO.

GARANTIE : Engagement de la Mutuelle de verser une Prestation en cas de réalisation du Risque en contrepartie du paiement de la cotisation.

MALADIE : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente, et n'ayant pas d'origine accidentelle.

MEMBRE PARTICIPANT : La personne physique qui fait acte d'Adhésion, signataire du Bulletin d'adhésion.

MUTUELLE : AVENIR MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN n°302.976.592, dont le siège social est situé 173 rue de Bercy CS61602 75601 PARIS Cedex 12.

OPTAM et OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée et Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée chirurgie et obstétrique. Il s'agit d'une convention signée entre la CNAM et les médecins secteur 2 ou les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement, afin de faire bénéficier leurs patients des remboursements appliqués pour les consultations et les actes des médecins Secteur 1 plus favorables. La liste des médecins secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM et à l'OPTAM-CO est consultable sur le site internet : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

PLAFOND DE GARANTIE : Montant maximum de prestation pouvant être perçu par un Assuré au cours d'une période précisée au descriptif de la garantie choisie.

PRESTATION : Elle correspond à l'exécution de la garantie par la Mutuelle.

RISQUE : Le Risque est un événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté de l'Assuré.

SINISTRE : Le Sinistre correspond à la réalisation du Risque.

TIERS PAYANT : Système de paiement qui évite aux Bénéficiaires de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et / ou complémentaire pour les soins ou produits qui ont été délivrés.

SECTION 1 - LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET DU REGLEMENT

Le présent Règlement, régi par le Code de la mutualité, détermine les conditions et modalités de fonctionnement de la garantie individuelle complémentaire santé et définit le contenu des engagements contractuels existant entre d'une part, chaque Membre participant et d'autre part, la Mutuelle. Il est complété d'un tableau et d'un descriptif de garantie qui définissent la garantie choisie par le Membre participant ainsi que les prestations, constituant un ensemble indivisible.

En application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et des statuts, il est adopté par le Conseil d'Administration dans le respect des orientations générales fixées par l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Il est émis dans le cadre du dispositif légal des contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » défini aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. **En conséquence, la garantie et les niveaux de remboursements devront suivre les évolutions législatives et réglementaires relatives aux contrats responsables qui pourraient intervenir ultérieurement.**

La garantie individuelle de frais de santé a pour objet :

- De rembourser en tout ou partie les frais médicaux, chirurgicaux, hospitaliers, pharmaceutiques, dentaires, d'analyses et d'examens de laboratoire, de prothèses et d'appareillages **restant à la charge de l'assuré après intervention d'un régime obligatoire d'assurance maladie à l'occasion de frais médicaux ou de maternité.**
- D'attribuer, le cas échéant, des prestations sociales supplémentaires et des garanties complémentaires mentionnées le cas échéant au tableau et au descriptif de garanties :
 - **Garantie « Assistance » et « Services à la personne »** : Lorsque que la garantie souscrite le prévoit, les Membres participants et leurs Ayants droit bénéficient de prestations « Assistance » et « Services à la personne » décrites dans la notice d'information « Avenir Mutuelle Assistance ».
 - **Gratuité de cotisation à partir du 3^{ème} enfant** : Si la garantie le prévoit, la gratuité de cotisation concerne le 3^{ème} enfant **de moins de (27) vingt-sept ans**, et les suivants, couvert(s) par le présent Règlement.
 - **Prime en cas de naissance ou d'adoption** : Si la garantie le prévoit, la naissance ou l'adoption d'un enfant **de moins de 12 ans** ouvre droit au versement d'une prime dont le montant est mentionné au tableau de garanties. Si la garantie le prévoit, les naissances ou adoptions multiples donnent droit à autant de versements de primes que de naissances ou d'adoptions d'enfants. Le versement de la prime est subordonné à la condition que l'enfant soit né vivant et viable et à sa déclaration à la Mutuelle dans les 30 jours de sa naissance ou de son adoption, sous peine

de forclusion. **Documents à fournir** : justificatif de la naissance (copie du livret de famille) ou de l'adoption (copie du jugement, ou de la carte de régime obligatoire où figure l'enfant adopté, si le jugement n'a pas encore été prononcé).

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ADHESION ET BENEFICIAIRES

Bénéficient des garanties « frais de santé » du présent règlement, toute personne physique âgée **d'au moins 16 ans**, résidant en France, affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français.

ARTICLE 3 - FORMALITES D'ADHESION

3.1. Garanties Frais de soins de santé

L'adhésion au Règlement est demandée à l'aide du Bulletin d'Adhésion prévu à cet effet sur lequel le postulant indique le niveau de garantie auquel il souhaite adhérer.

La garantie choisie s'applique de manière identique à l'ensemble des Ayants droit qu'il souhaite garantir.

L'adhésion du Membre participant et le cas échéant de ses Ayants droit est matérialisée par la signature d'un Bulletin d'Adhésion dûment rempli. La signature du Bulletin d'Adhésion par l'Adhérent emporte acceptation des statuts de la Mutuelle, du présent Règlement et de la notice d'information « Avenir Mutuelle Assistance ».

Le postulant date et signe le Bulletin d'Adhésion et le transmet à la Mutuelle accompagné de toutes les pièces justificatives qui y sont mentionnées.

L'acceptation de l'Adhésion par la Mutuelle est matérialisée par la mise à disposition d'une carte d'adhérent mentionnant, l'identité des personnes assurées désignées sur le Bulletin d'adhésion et la date d'effet de l'Adhésion.

Dans le cadre d'une adhésion en ligne, le paiement du premier mois de cotisation par carte bancaire vaut signature électronique du bulletin individuel d'adhésion. Les pièces justificatives doivent être adressés par courrier à Avenir Mutuelle - Centre de Gestion : 6, Rue du Général de Gaulle - CS 8012 - 90400 DANJOUTIN CEDEX. En tout état de cause, l'Adhérent s'oblige à produire à la Mutuelle toute pièce qu'elle jugerait nécessaire lors de l'Adhésion et au cours de la relation contractuelle.

3.2. Garanties optionnelles

Le Membre participant a la possibilité de souscrire, en plus de sa garantie Frais de santé, des garanties optionnelles prévues à la Section 2 du présent Règlement.

3.3. Conditions et modalités d'affiliation d'un Ayant droit

Le Membre participant peut désigner un ou plusieurs Ayants droit :

- Au moment de son Adhésion : en indiquant leurs coordonnées sur le Bulletin d'Adhésion ou,
- Après son Adhésion : en fonction de l'évolution de sa situation familiale et de ses choix, par la signature d'un nouveau Bulletin d'adhésion auquel il joint l'attestation du

régime obligatoire permettant d'identifier le(s) Ayant(s) droit concerné(s).

La Mutuelle se réserve le droit d'étudier toute demande d'Adhésion en fonction de l'évolution de la situation familiale du Membre participant, et au regard des informations communiquées par le régime obligatoire d'assurance maladie.

3.4. Date d'effet de l'affiliation d'un Ayant droit

L'affiliation d'un Ayant droit postérieurement à l'adhésion du Membre participant prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande et de l'ensemble des pièces justificatives.

L'affiliation d'un Ayant droit par suite de mariage, PACS, de concubinage, de naissance ou d'adoption d'un enfant peut prendre effet au jour de l'évènement si la demande d'affiliation est présentée à la Mutuelle dans les trois mois de sa survenance.

L'affiliation du Conjoint par suite de la rupture de son contrat de travail et de la cessation des garanties du régime collectif complémentaire frais de soins santé souscrit par son ancien employeur, peut prendre effet au lendemain de ladite rupture si la demande d'affiliation est présentée à la Mutuelle dans le mois de la survenance de cet évènement.

L'affiliation d'un enfant en tant qu'Ayant droit entraîne la gratuité de la cotisation relative à cet enfant durant trois mois à compter du premier jour du mois civil qui suit la date de sa naissance ou de son adoption (pour un enfant de moins de 12 ans). Cette disposition s'applique dès le premier enfant en tant qu'Ayant droit.

Au cas où la demande d'affiliation et les documents justificatifs n'auraient pas été communiqués à la Mutuelle dans ces délais, le Membre participant ou son Ayant droit ne pourront aucunement prétendre ni au paiement des prestations qui, de ce fait, ne leur auraient pas été servies, ni au remboursement des cotisations qu'ils auraient pour la même cause, payées indûment.

ARTICLE 4 - FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE OU DECLARATION INEXACTE D'UN ASSURE

4.1. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle d'un Assuré

La réticence ou la fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré de nature à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque, entraîne de plein droit la nullité de l'Adhésion.

L'Assuré est déchu de tout droit aux garanties.

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

Dans le cas où les faits délictueux sont constatés après le versement des Prestations, la Mutuelle en poursuit le recouvrement.

4.2. Omission ou déclaration inexacte d'un Assuré

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'Adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'Adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le Membre participant. A défaut d'accord de celui-ci, l'Adhésion prend fin dix (10) jours après notification qui lui est adressée par lettre recommandée. La Mutuelle restitue, le cas échéant, la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Si elle est constatée après la réalisation du risque, la Prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le Membre participant, par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 5 - EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'Adhésion prend effet :

- A la date indiquée au Bulletin d'adhésion, sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives, pour une période expirant le 31 décembre de l'année en cours. A défaut, l'Adhésion prend effet au premier jour du mois civil qui suit la réception de la dernière pièce justificative.
- Le lendemain du jour où a pris effet la résiliation de la garantie souscrite auprès du précédent organisme assureur ; lorsque cette résiliation a été effectuée par la Mutuelle, dans le respect de l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité.

Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve des dispositions de l'article « RESILIATION ET CESSATION DE L'ADHESION ».

ARTICLE 6 - RESILIATION ET CESSATION DE L'ADHESION

6.1. A la demande du Membre participant

▪ Résiliation annuelle

Dans le respect des dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, le Membre participant peut mettre fin à son Adhésion en envoyant une lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi, au moins deux mois avant l'échéance annuelle de l'Adhésion, soit avant le 31 octobre de l'année en cours. Cette résiliation prendra effet le 31 décembre à minuit de l'année en cours. La résiliation par recommandé électronique doit être adressée à accueil@avenirmutuelle.com.

Par ailleurs la résiliation d'une garantie individuelle souscrite à titre non professionnel peut être demandée dans les conditions de la Loi dite « Chatel », conformément aux dispositions de l'article L.221-10 du code de la mutualité. La date limite d'exercice par le Membre participant du droit à dénonciation est précisée sur chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le

Membre participant dispose d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à compter de la date figurant sur le cachet de la Poste.

Le Membre participant peut également notifier cette résiliation à la Mutuelle soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle, soit par acte extrajudiciaire, soit, lorsque la Mutuelle propose l'adhésion par un mode de communication à distance, par le même mode de communication, soit par tout autre moyen prévu par le présent Règlement. La Mutuelle confirmera par écrit la réception de la notification.

▪ Résiliation infra-annuelle

Le Membre participant peut en outre dénoncer son Adhésion à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription à la garantie choisie, ou tel qu'effectué dans les conditions de l'article « MODIFICATION DE GARANTIE », sans frais ni pénalités, dans les conditions prévues au paragraphe précédent. La résiliation prendra effet un mois après que la Mutuelle en aura reçu notification.

▪ Résiliation en cas d'ouverture du droit à Complémentaire Santé Solidaire

Le Membre participant peut enfin demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion en cas d'ouverture du droit à Complémentaire Santé Solidaire (CSS), sur présentation de l'attestation d'ouverture de droits.

6.2. A la demande de la Mutuelle

- En cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues et avec les effets prévus à l'article « NON-PAIEMENT DES COTISATIONS » ;
- En cas de nullité de l'assurance, dans les conditions et avec les effets prévus à l'article « FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE OU DECLARATION INEXACTE D'UN ASSURE ».

6.3. A la demande du Membre participant ou de la Mutuelle

En cas de survenance d'un des événements suivants, lorsque le Membre participant ne remplit plus les conditions nécessaires pour demeurer dans sa garantie :

- 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 ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'événement ou de sa révélation. La dénonciation prend effet un (1) mois après réception de sa notification.

Le Membre participant peut demander la résiliation selon l'une des modalités prévues à l'article 6.1 du présent Règlement.

Avenir Mutuelle rembourse à l'Assuré 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 dénonciation.

6.4. En cas de décès

En cas de décès, la radiation du Membre participant ou de l'Ayant droit décédé prend effet au jour suivant celui du décès. Un certificat de décès doit être fourni à la Mutuelle.

En cas de décès du Membre participant, les Ayants droit qui lui étaient rattachés continuent à être garantis jusqu'à la fin du mois de survenance du décès. Le conjoint survivant, le partenaire lié par un PACS ou le concubin peut ensuite adhérer à titre personnel selon les dispositions prévues au présent Règlement.

6.5. En cas d'affiliation à titre obligatoire à un régime collectif

Il peut être mis fin à l'Adhésion si le Membre participant ou l'un de ses Ayants droit apporte la preuve qu'un régime collectif frais de santé mis en place selon l'une des modalités prévues à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale impose l'affiliation à titre obligatoire à ce régime. En tout état de cause, l'Adhésion est maintenue jusqu'à son échéance annuelle.

6.6. Radiation d'un Ayant droit

La résiliation de l'Adhésion du Membre participant entraîne la cessation de plein droit des affiliations de l'ensemble des Ayants droit.

A titre exceptionnel, et sous réserve de produire les justificatifs nécessaires, il peut être mis fin à l'Adhésion d'un Ayant droit en cours d'année dans les situations suivantes :

- Ouverture du droit à la Complémentaire Santé Solidaire ;
- Affiliation à titre obligatoire à un régime collectif ;
- Divorce ou séparation entre le Membre participant et son conjoint, concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- Condamnation à une peine privative de liberté.

La demande de résiliation doit être adressée à la Mutuelle par lettre recommandée, accompagnée des pièces justifiant de la situation. La résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la demande. Elle ouvre droit au remboursement des cotisations au prorata de la période couverte.

Dans le cas d'une radiation motivée par une situation de divorce, le Membre participant doit communiquer à la Mutuelle une copie de la Grosse du jugement de divorce ou une lettre signée des deux conjoints justifiant de leur séparation. La radiation d'un Ayant droit par suite de divorce peut prendre effet au jour de la réception de la demande par la Mutuelle.

Dans le cas d'une radiation faisant suite au décès d'un Ayant droit, le Membre participant doit communiquer à la Mutuelle une copie de l'acte de décès. La radiation d'un Ayant droit par suite de décès prend effet au jour du décès.

L'affiliation d'un Ayant droit cesse enfin au jour où il ne remplit plus les conditions fixées à la définition des Ayants droit.

La carte d'adhérent mentionnant le nom de l'Ayant droit résilié doit être restituée à la Mutuelle. Une autre carte sera alors établie et envoyée au Membre participant.

6.7. Exclusion

Conformément aux statuts de la Mutuelle, peut être exclu le Membre participant ou l'Ayant droit dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la Mutuelle ou qui aurait causé à ses intérêts un préjudice volontaire et dûment constaté.

L'exclusion entraîne la cessation de la garantie Frais de santé et des garanties optionnelles prévues au présent Règlement, à compter de la date d'exclusion.

ARTICLE 7 - CONSEQUENCES DE LA RESILIATION

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies. Les cotisations des périodes antérieures à la date d'effet de la résiliation restent dues dans tous les cas.

Lorsqu'il dispose d'une carte d'adhérent en format papier, le Membre participant s'engage à la restituer à la Mutuelle et à informer les professionnels de santé avec lesquels il a bénéficié d'une procédure de dispense d'avance des frais. L'utilisation de la carte d'adhérent après une résiliation est frauduleuse. Toute prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices subis, par tous moyens légaux à disposition de la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.

En aucun cas, le Membre participant exclu pour des faits ayant causé un préjudice à la Mutuelle ne pourra devenir Ayant droit d'un Membre participant ou adhérer de nouveau à la Mutuelle, sauf décision contraire du Conseil d'Administration.

ARTICLE 8 - DEMARCHAGE ET FACULTES DE RETRACTATION ET DE RENONCIATION

8.1. Démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre au présent Règlement à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du Bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

8.2. Adhésion souscrite hors établissement

Conformément aux dispositions de la loi n°2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation, la Mutuelle ne peut recevoir aucun paiement ou aucune contrepartie, sous quelque forme que ce soit, de la part du Membre participant avant l'expiration d'un délai de sept (7) jours à compter de la conclusion du contrat hors établissement.

On entend par hors établissement :

- a) Dans un lieu qui n'est pas celui où la Mutuelle exerce son activité en permanence ou de manière habituelle, en la présence physique simultanée des parties ;
- b) Ou dans le lieu où la Mutuelle exerce son activité en permanence ou de manière habituelle ou au moyen d'une technique de communication à distance, immédiatement après que le Membre participant a été sollicité personnellement et individuellement dans un lieu différent et où les parties étaient, physiquement et simultanément, présentes ;
- c) Ou lors d'un événement organisé par la Mutuelle ayant pour but ou pour effet de promouvoir et de vendre ses produits auprès du Membre participant.

En cas d'adhésion dans le cadre d'une vente hors établissement, le Membre participant peut se rétracter sans donner de motif, dans un délai de quatorze (14) jours calendaires à compter de la conclusion du contrat. Le Membre participant pourra faire valoir ce droit par le biais du formulaire de rétractation inclus au Bulletin d'adhésion qui lui aura été remis par la Mutuelle. Ce formulaire doit être adressé en lettre recommandée avec accusé de réception, à : Avenir Mutuelle – Service Fichier / Rétractation – 173 rue de Bercy CS61602 75601 PARIS Cedex 12. Les frais postaux sont à la charge exclusive du Membre participant.

Des frais seront facturés au Membre participant si ce dernier fait valoir son droit de rétractation alors qu'il a expressément demandé l'exécution du contrat avant la fin de ce délai.

La Mutuelle restituera au Membre participant l'intégralité de la cotisation qu'il a payée, dans un délai de quatorze (14) jours à compter de la réception du bordereau de rétractation. La Mutuelle déduira des cotisations payées les prestations dont le Membre participant a éventuellement bénéficié, s'il avait demandé l'exécution des garanties pendant le délai de rétractation.

8.3. Adhésion souscrite dans le cadre d'un dispositif de vente à distance

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité et lorsque le Membre participant a adhéré au contrat par l'utilisation exclusive d'une ou plusieurs techniques de communication à distance, ce dernier peut renoncer à son adhésion aux garanties souscrites sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité pendant un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle prend effet l'adhésion. Dans le cadre des opérations qui dépendent de la durée de la vie humaine, ce délai est porté à trente (30) jours calendaires révolus à compter du moment où le Membre participant est informé que l'Adhésion a pris effet.

Pour renoncer à son adhésion, le Membre participant doit faire parvenir la demande de renonciation à : Avenir Mutuelle - Service Fichier / Rétractation – 173 rue de Bercy CS61602 75601 PARIS Cedex 12, par lettre recommandée avec avis de réception.

La Mutuelle restituera au Membre participant l'intégralité de la cotisation qu'il a payée sous déduction des prestations dont il a éventuellement bénéficié, dans un délai de trente (30) jours à compter de la réception de la lettre de renonciation dont un modèle est proposé ci-après. La lettre de renonciation pourra être rédigée en ces termes :

« Je soussigné(e) [Nom, Prénom], demeurant [Adresse complète], déclare renoncer à mon adhésion [Nom de la garantie souscrite] à laquelle j'ai adhéré le [Date] et demande le remboursement de l'intégralité des sommes versées, sous déduction des prestations éventuellement versées. » [Date et signature].

CHAPITRE II - LES GARANTIES

ARTICLE 9 - ETENDUE DES GARANTIES

L'étendue et le montant des prestations sont fonction du niveau de la garantie souscrite et de la législation applicable, notamment dans le cadre du dispositif des contrats responsables et cela le jour de l'adhésion.

La nature, le taux et le montant des prestations garanties sont définis au tableau et au descriptif de garanties, selon le niveau de garantie choisi par le Membre participant.

Sous réserve des dispositions propres à certaines prestations, la limite annuelle s'entend par année civile c'est-à-dire la période comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de chaque année ou lors de la primo adhésion entre la date de prise d'effet de la garantie et le 31 décembre de l'année.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Les garanties du présent Règlement s'exercent en France. Pour les prestations réalisées à l'étranger (actes, soins, séjours, honoraires, transports, locations ou achats de produits,...), la Mutuelle intervient en complément d'une prise en charge effective du régime obligatoire français d'assurance maladie au titre des « soins à l'étranger ».

La Mutuelle n'intervient pas sur des prestations facturées à l'étranger qui ont pour objet la mise en application de forfaits ou de remboursements non soumis à prise en charge par le régime obligatoire français d'assurance maladie. Elle rembourse les soins à l'étranger à la condition de recevoir une facture détaillée des soins traduite en langue française, précisant la nature et le montant de chaque dépense engagée et le décompte du régime obligatoire d'Assurance Maladie.

Les prestations sont toujours versées en France et en euros.

Les personnes résidant à l'étranger ou dans les territoires d'outre-mer (TOM) ne peuvent pas être affiliées au contrat, à l'exception des salariés expatriés couverts par la Caisse des français à l'étranger conformément aux dispositions de l'article L.762-1 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 10 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

10.1. Date d'effet

Les garanties sont acquises à la date de prise d'effet de l'Adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation.

10.2. Délai d'attente

Des prestations peuvent faire l'objet d'un délai d'attente selon les conditions et modalités précisées au tableau et/ou au

descriptif de garanties concernées.

ARTICLE 11 - TERME DU DROIT A L'ASSURANCE

Le droit à l'assurance prend fin en cas de dénonciation ou de résiliation de l'Adhésion dans les conditions fixées à l'article « **RÉSILIATION ET CESSATION DE L'ADHESION** ». Le Membre participant, ainsi que ses Ayants droit cessent d'être assurés au terme de la période d'assurance.

La Mutuelle reste engagée pour les dépenses de santé engagées avant la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation de l'Adhésion et ce jusqu'à leur liquidation complète.

ARTICLE 12 - RISQUES NON GARANTIS

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Sauf indication contraire aux garanties souscrites, ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins :
 - conséquence directe ou indirecte d'un fait intentionnel de l'assuré ;
 - engagés avant la date d'effet de la Garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes du régime obligatoire ;
 - déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués ;
 - engagés hors de France. Si la caisse d'assurance maladie obligatoire à laquelle l'Assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par Avenir Mutuelle sur la base du remboursement du régime obligatoire et selon les garanties prévues au présent règlement ;
 - non remboursés par les régimes de base d'assurance maladie obligatoire et non repris dans la garantie,
 - ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes Médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base ;
 - au titre de la législation sur les pensions militaires ;
 - au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices ;
 - qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique ;
 - au titre de la garantie parodontologie, si celle-ci est souscrite, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.

Conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et à ses textes réglementaires d'application définissant les conditions du contrat responsable, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- La participation forfaitaire (article L.160-13-II du code la Sécurité sociale) et la franchise médicale laissée à la charge des Assurés (article L.160-13-III du code la Sécurité sociale), pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé pris en charge par l'assurance maladie et visée ci-après :

- 1) Les médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L. 5121-1 et L.5111-4 du Code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation.
 - 2) Les actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de la santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation.
 - 3) Le transport mentionné au 2° de l'article L.160-8 du code la Sécurité sociale effectué en véhicule sanitaire terrestre ou taxi, à l'exception des transports d'urgence.
- La majoration du ticket modérateur imposée au patient qui consultera un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (hors Parcours de soins) ;
 - La majoration de participation de l'Assuré qui refusera à un professionnel d'accéder ou de compléter son dossier médical personnel ;
 - La franchise appliquée aux dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code la Sécurité sociale à hauteur, au moins, du montant* du dépassement autorisé sur les actes cliniques lorsqu'ils sont réalisés hors Parcours de soins. Pour les dépassements au-delà de cette franchise, le remboursement s'effectuera dans les limites des garanties souscrites.
 - Et de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration, ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application.

** montant minimum non pris en charge pouvant être plus élevé dans la garantie souscrite*

Sont exclus les frais d'hébergement liés aux longs séjours en maison de cure médicale et retraite, maisons d'enfant spécialisées à caractère sanitaire et scolaire de type permanent, instituts ou centres médicaux-éducatifs, médicaux-psycho-pédagogiques, médicaux professionnels et de rééducation, centres de rééducation professionnel.

La Mutuelle ne garantit pas les dépenses, les soins ou les interventions non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf cas particuliers prévus au tableau de garanties.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 13 - CONTRAT RESPONSABLE

Les Prestations servies dans le cadre du présent Règlement sont conformes aux dispositions des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale qui définissent les « Contrats responsables ».

La Mutuelle prend ainsi en charge :

1°/ L'intégralité de la participation des Assurés définie à l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité sociale, sauf pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article, mais qui peuvent, le cas échéant, être prises en charge selon la garantie choisie par le Membre participant ;

2°/ Lorsque cette garantie est prévue, les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO prévue par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3°/ Les dépenses d'acquisitions des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :

- à hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité **dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 (CLASSE A)**, la Prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;
- si la garantie choisie par le Membre participant comporte la couverture des frais exposés par l'Assuré en sus de la participation mentionnée au 1°/ pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L. 165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée (CLASSE B) **et dans le respect des limites ci-dessous exposées :**

a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros (dont 100 euros pour la monture) dans les cas suivants :

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;

d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants :

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation des Assurés mentionnée au 1° pour l'acquisition de l'équipement.

Lorsque cet équipement (de CLASSE B) est composé de verres différents appartenant à une même catégorie a, c ou f définies ci-dessus, les montants minimum et maximum de prise en charge des frais exposés par l'Assuré pour l'équipement sont ceux afférents à cette catégorie.

Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture de CLASSE B est limitée à 100 euros.

L'Assuré peut faire le choix d'un équipement composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes différentes de prise en charge (A et B).

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

4°/ Les frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité **dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2**, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de

la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;

5°/ Le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.

6°/ Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :

- a) A hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité, **dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3**, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;
- b) Si la garantie choisie par le Membre participant comporte la couverture des frais exposés par l'Assuré en sus de la participation mentionnée au 1°/ pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée : **au maximum à 1 700 euros par aide auditive**, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1°/ pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive **par période de quatre ans** dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

Conformément aux dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses Adhérents ou Souscripteurs, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des Prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un Accident et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes afférentes.

En cas de contradiction entre les règles du contrat responsable et celles prévues par le présent Règlement, les règles du contrat responsable prévaudront.

CHAPITRE III - FONCTIONNEMENT DES GARANTIES

ARTICLE 14 - MODIFICATION DE GARANTIE

14.1. A l'initiative du Membre participant

Les changements de niveau de garanties, aussi bien à la hausse qu'à la baisse, sont possibles sous réserve de justifier d'une première période d'adhésion de douze (12) mois consécutifs dans la garantie souscrite.

Le Membre participant doit adresser sa demande de changement à : Avenir Mutuelle - Centre de Gestion : 6, Rue du Général de Gaulle - CS 8012 - 90400 DANJOUTIN CEDEX.

Par ailleurs, la prise d'effet d'un changement de niveau de garantie pourra avoir lieu dès lors que la demande de changement est justifiée par :

- une modification de la situation familiale (mariage, divorce, séparation du Membre participant et du concubin ou naissance, décès) ;

- des prestations légales perçues ;
- un changement de régime obligatoire ;
- la rupture du contrat de travail du Membre participant.

La modification des garanties doit être demandée au plus tard dans un délai de trois (3) mois suivant la date de l'évènement, accompagnée d'un justificatif de changement de situation.

Le changement est valable pour l'ensemble des bénéficiaires. Un avenant, valant nouvelle souscription, précisant la nouvelle garantie souscrite ainsi que sa date d'effet, est envoyé au Membre participant.

Un changement de garantie à la hausse s'entend du choix d'une garantie dont le montant de cotisation est plus élevé. Un changement de garantie à la baisse s'entend du choix de garantie dont le montant de cotisation est moins élevé. Toute demande de changement à la baisse après la mise en œuvre d'une précédente demande de changement dans une autre garantie, ne pourra intervenir qu'après un délai de maintien de douze (12) mois minimum dans la garantie en cours.

Par exception, dès lors que la demande de changement est justifiée par une modification de la situation familiale, ce délai de maintien pourra être réduit au 1^{er} jour du mois civil suivant la demande.

Concernant les prestations optiques et d'aides auditives, le droit au remboursement de l'équipement sera apprécié en prenant en compte la date de la facturation du dernier équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par la Mutuelle dans le cadre de la garantie précédente.

14.2. À l'initiative de la Mutuelle

La Mutuelle peut être amenée à modifier les garanties en cas de modification de la nomenclature des actes pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie ou de leur valorisation, ou lors de l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions législatives ou réglementaires ayant un effet sur les garanties.

L'évolution des garanties est notifiée au Membre participant.

ARTICLE 15 - OBLIGATIONS DU MEMBRE PARTICIPANT

Le Membre participant s'engage à :

- Informer la Mutuelle de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers (article « **SUBROGATION** ») ;
- Aviser la Mutuelle lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent Règlement (article « **PLURALITE D'ASSURANCE** ») ;
- Informer la Mutuelle d'un des événements fixés à l'article 6.3 du présent Règlement ;
- Régler à la Mutuelle les cotisations dues selon la périodicité et les modalités fixées au présent Règlement (article « **MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS** ») ;
- Restituer la carte d'adhérent qui lui a été remise, en

cas de résiliation ou de cessation de son Adhésion.

Tout changement concernant l'état civil, le domicile ou la situation familiale du Membre participant ou de l'Ayant droit doit être signalé à la Mutuelle dans un délai de trois (3) mois à compter de la survenance de l'évènement.

Ces démarches peuvent être effectuées directement via l'Espace Adhérent.

CHAPITRE IV - REGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 16 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations dues par la Mutuelle sont calculées acte par acte pour les soins réalisés au titre de la maladie, d'un accident, ou de maternité postérieurement à la date d'effet de l'Adhésion du Membre participant et pendant la durée de cette Adhésion.

16.1. Base de remboursement

Les Prestations sont calculées, conformément aux différentes Nomenclatures d'actes, sur la Base de Remboursement du Régime Obligatoire (B.R.R.O) en vigueur ou sur des montants forfaitaires, déduction faite du remboursement du régime obligatoire d'Assurance Maladie s'il existe.

16.2. Plafond de remboursement en cas d'intervention en secteur non conventionné

Pour tous les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés, le remboursement de la Mutuelle est limité au paiement du ticket modérateur calculé sur la base du tarif d'autorité.

En cas d'hospitalisation, pour les cliniques et hôpitaux non conventionnés, la participation de la Mutuelle est limitée au paiement du forfait hospitalier et de la chambre particulière.

16.3. Limite de remboursement / Forfaits

Les forfaits annuels s'entendent par année civile et par Bénéficiaire. Ils se renouvèlent le 1^{er} janvier de chaque année. Concernant les équipements optiques des garanties responsables, les forfaits sont versés suivant les modalités exposées au paragraphe Optique.

En application des dispositions de l'article L. 224-8 du Code de la mutualité, les remboursements effectués par la Mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

En application de la loi Évin du 31 décembre 1989, les garanties et options de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie / option quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la Mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à

un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les Prestations servies par la Mutuelle seraient réduites à due concurrence et les dispositions de l'article 2 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 seront appliquées.

Le Bénéficiaire recevant de quelque organisme que ce soit un remboursement pour les frais pris en charge par la Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Les taux de remboursement et les tarifs de responsabilité du régime obligatoire d'assurance maladie pris en considération sont ceux applicables à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription.

Sauf procédure de télétransmission, ou de tiers payant, le remboursement complémentaire intervient sur présentation du décompte original du régime obligatoire, éventuellement du décompte original d'un organisme complémentaire si la Mutuelle intervient en deuxième assureur, accompagné des justificatifs précisés ci-après.

16.4. Justificatifs des dépenses de santé restant à charge après intervention du régime obligatoire d'assurance maladie, en cas de dépassement des tarifs de convention ou de responsabilité :

- pour les frais d'optique, les prothèses dentaires ou le traitement d'orthodontie faciale : l'original de la facture acquittée ;
- pour les frais d'appareillage : la facture acquittée du fournisseur ;
- pour les frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : l'original de la facturation de l'établissement hospitalier et, le cas échéant, des dépenses accessoires (frais de chambre particulière et de paiement du forfait journalier, etc.), ainsi que les frais d'accompagnement d'un enfant hospitalisé ;
- pour les cures thermales : la justification de l'accomplissement d'une cure thermique ;
- pour les soins à l'étranger et sous réserve de la prise en charge par le régime obligatoire, la copie des factures acquittées des soins.

16.5. Justificatifs des dépenses de santé ne donnant pas lieu à remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie

- notification du refus opposé par le régime obligatoire d'assurance maladie si tel est le cas, note d'honoraires et/ou factures originales correspondant aux soins dont le remboursement a été refusé faisant apparaître la cotation de l'acte pratiqué, la date de début et de fin de période des soins concernés.

16.6. Demande de devis

Afin de connaître avant la réalisation de leurs soins ou de leurs achats, le montant des prestations auxquelles ils peuvent prétendre au titre des garanties dentaires, optiques ou aides auditives, les Bénéficiaires doivent adresser à la Mutuelle, un devis réalisé par le professionnel concerné.

Pour les équipements optiques et pour les aides auditives, ce devis doit obligatoirement comporter une prestation appartenant à l'une des classes à prise en charge renforcée (dispositif 100% santé). A défaut, la Mutuelle sera dans l'obligation de refuser toute intervention, les produits et prestations distribués par le professionnel ne pouvant pas être

admis au remboursement conformément aux dispositions de l'article L. 165-1-4 du Code de la Sécurité sociale.

La Mutuelle se réserve le droit de demander, le cas échéant, toute autre pièce justificative permettant de vérifier la réalité des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des prestations, y compris après résiliation de l'Adhésion. Cette demande s'exerce sous réserve du droit au secret médical dont bénéficie l'Assuré conformément aux dispositions de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique.

ARTICLE 17 - MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les Prestations sont réglées :

- Au Membre participant ;
- A ses Ayants droit de plus de 16 ans, sauf refus exprès de leur part, ou non communication d'un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne qui leur est propre ;
- Au Conjoint ;
- Aux professionnels de santé et établissements de soins sur la base de convention de tiers payant à cet effet.

Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum de deux (2) ans suivant la date des soins pratiqués.

La Mutuelle informe le Membre participant des montants qui lui sont remboursés par la mise à disposition d'un relevé de prestations. Le Membre participant peut également consulter ses remboursements sur le site internet de la Mutuelle, dans son Espace Adhérent.

ARTICLE 18 - DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle verse ses prestations généralement :

- dans les 48 heures en cas de traitement automatique des remboursements (télétransmission des décomptes par les caisses du Régime obligatoire d'assurance maladie) ;
- dans les 30 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives prévues à l'article « **REGLEMENT DES PRESTATIONS** » en cas de traitement manuel des remboursements, délai de poste ou bancaire non compris.

Ces délais sont donnés à titre indicatif et ne sauraient en aucun cas engager la responsabilité de la Mutuelle.

ARTICLE 19 - OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Pour percevoir les prestations, les Bénéficiaires doivent être à jour de leurs cotisations.

Les prestations sont servies dès la prise d'effet de l'Adhésion, à condition que la date de soins et la date de survenance des événements soient postérieures à la prise d'effet de l'Adhésion pour le Membre participant ou de l'affiliation pour l'Ayant droit et antérieure à la date de cessation de l'Adhésion ou de l'affiliation.

ARTICLE 20 - CONTROLE

Avenir Mutuelle peut procéder à tout contrôle permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits par les

assurés. Les décisions prises à l'issue des contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre explicative.

ARTICLE 21 - EXPERTISE MEDICALE

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout Membre participant ou le cas échéant, tout Ayant droit, qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent Règlement.

L'Assuré est informé préalablement à tout contrôle, de la date et du lieu du contrôle, ainsi que des modalités d'examen (analyses, radiographies, auscultation...).

Si le contrôle médical déclenché par la Mutuelle conclut à un acte, à un soin ou des frais médicaux injustifié(s), elle peut refuser ou interrompre le paiement des prestations.

L'Assuré peut solliciter l'avis de son médecin-traitant, ou de son chirurgien-dentiste traitant, ou de tout autre médecin, les honoraires de ceux-ci restant à la charge de l'Assuré.

En cas de contestation des conclusions du médecin conseil ou du chirurgien-dentiste consultant de la Mutuelle, les parties choisissent un médecin ou un chirurgien-dentiste tiers pour qu'il se prononce. En l'absence d'accord entre les parties sur le choix du troisième médecin ou chirurgien-dentiste, il est demandé au Président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins du domicile de l'Assuré ou au Président de l'Ordre National des chirurgiens-dentistes, de nommer l'expert.

Après réception de l'avis rendu par le troisième médecin ou chirurgien-dentiste, la Mutuelle, le Membre participant ou l'Ayant droit dispose d'un délai de quinze (15) jours pour accepter ou refuser la solution proposée. Passé ce délai, sans réponse, l'avis est considéré comme accepté.

L'avis du tiers médecin ou chirurgien-dentiste ne préjuge pas des droits du Membre participant et de la Mutuelle de recourir à la procédure de médiation et/ou d'intenter une action en Justice.

Les honoraires du médecin conseil ou du chirurgien-dentiste consultant choisi par de la Mutuelle restent à la charge de la Mutuelle ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert. Cependant, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision médicale du médecin conseil ou du chirurgien-dentiste consultant de la Mutuelle, à l'égard de l'Assuré, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront à la charge de l'Assuré.

L'Assuré peut refuser de se soumettre à un contrôle médical au titre du secret médical.

En cas de refus d'un Assuré de se soumettre à un contrôle médical ou de justifier de sa situation médicale ou de sa situation au regard de la Sécurité sociale, la Mutuelle limitera ses prestations aux garanties minimales prévues par les dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, sauf en cas de fraude avérée. En cas de régularisation de la situation par l'Assuré, la Mutuelle versera le solde des prestations éventuellement dues dans le cadre de la garantie.

ARTICLE 22 - PRESTATIONS INDUMENT PERCUES

De manière générale et quel qu'en soit le motif, les sommes indûment versées sont recouvrables auprès du Membre participant. Le Membre participant est informé par courrier de la somme qu'il doit rembourser dès réception dudit courrier. L'Assuré recevant de quelque organisme que ce soit un remboursement pour les frais pris en charge par la Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

La Mutuelle récupère les sommes indûment versées par tous moyens mis à sa disposition et notamment par voie de compensation avec des prestations futures auxquelles les Assurés pourraient avoir droit.

A défaut de reversement de l'indu, la Mutuelle peut en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

ARTICLE 23 - PRESCRIPTION DES ACTIONS ET DECHEANCE

La prescription est un délai à l'issue duquel l'Assuré ne dispose plus d'action pour faire valoir ses droits.

Conformément aux articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité, toute action dérivant du contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. C'est-à-dire le remboursement de la Caisse d'assurance maladie ou de la date de facturation des actes non pris en charge par le régime obligatoire. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

En cas de recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque le Bénéficiaire n'est pas le Membre participant, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité et, lorsque les Bénéficiaires sont les Ayants droit de l'Assuré décédé dans les opérations relatives aux Accidents atteignant les personnes.

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts, suite à la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée, ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Les causes ordinaires d'interruptions de la prescription régies par les articles 2240 et suivants du Code civil sont détaillées ci-après :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. (Art 2240 du code civil) ;
- la demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction

est annulé par l'effet d'un vice de procédure. (Art 2241 du Code civil) ;

- le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. (Art 2244 du Code civil) ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ses héritiers. (Art 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. (Art 2246 du Code civil).

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Déchéance :

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs doivent être communiquées à la Mutuelle dans un délai maximum de 24 mois suivant :

- la date du décompte de Sécurité sociale ;
- la date de paiement des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale, sous peine de déchéance des droits à indemnisation dans les conditions prévues à l'article L. 221-16 du Code de la mutualité.

L'Assuré peut également être déchu de ses droits en cas de violation d'une loi ou d'un règlement constituant un crime ou un délit intentionnel. Tel est notamment le cas lorsque l'Assuré présente une demande de remboursement correspondant à un soin ou à un achat inexistant.

ARTICLE 24 - SUBROGATION - RECOURS CONTRE TIERS

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'Assuré victime d'un Accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. La subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité à caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le Membre participant s'engage à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout Accident dont il serait, lui ou l'un de ses Ayants droit, victime.

Lorsque, du fait de la victime ou de ses Ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pas pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses Ayants droit.

ARTICLE 25 - PLURALITE D'ASSURANCES

Les Prestations de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets **dans la limite de chaque montant de prestation garantie quelle que soit sa date de souscription**. Dans cette limite, le bénéficiaire des garanties peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 26 - DISPOSITIONS PROPRES A CERTAINES PRESTATIONS

Les dispositions propres aux prestations sont précisées, pour chacune d'entre elles, au tableau et/ou au descriptif de la garantie souscrite le cas échéant, remis à l'Adhérent à la souscription de son contrat.

ARTICLE 27 - TIERS PAYANT

Le Membre participant peut être dispensé de l'avance des frais engagés par lui-même ou le cas échéant par ses Ayants droit, sur présentation de la carte d'Adhérent, dès lors qu'une convention de tiers payant a été signée par la Mutuelle avec les établissements hospitaliers, les professionnels de santé et les fournisseurs de matériels médicaux.

Ainsi lorsqu'un professionnel de santé en accepte le principe, la Mutuelle lui paye directement les frais qui auraient dû être remboursés au Membre participant après avoir engagé la dépense. **Cette dispense est limitée au niveau de couverture de la garantie souscrite et à la fraction de dépense imputable à la Mutuelle.**

Lorsque le professionnel de santé accorde la dispense d'avance de frais sur la seule part relative au régime obligatoire à l'exclusion de la part relative à la mutuelle, le remboursement intervient sur présentation de la facture originale acquittée.

En cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte d'adhérent par un Bénéficiaire postérieurement à la cessation de l'Adhésion, à la suspension de ses garanties ou à sa radiation, entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle récupère les sommes indûment versées par tous moyens mis à sa disposition et notamment par voie de compensation avec des prestations futures auxquelles le Bénéficiaire pourrait avoir droit.

Il en est de même dans le cas où des prestations seraient indûment versées à un Membre participant ou à un Ayant droit.

A défaut de reversement de l'indu, la Mutuelle peut en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

ARTICLE 28 - TELETRANSMISSION NOEMIE

Lorsqu'un accord de télétransmission est passé avec un organisme de Sécurité sociale et sous réserve de l'accord du Membre participant, la Mutuelle procédera au remboursement de la prestation sur la base du décompte de l'Assurance Maladie reçu par échange informatisé. La Mutuelle se réserve le droit de demander au Membre participant l'original du décompte de l'assurance maladie pour contrôle.

CHAPITRE V - COTISATIONS ET MODALITES DE PAIEMENT

ARTICLE 29 - MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS

29.1. Montant de la cotisation

Le montant des cotisations est annuel. Les cotisations sont fixées pour l'année civile par le Conseil d'administration conformément aux statuts de la Mutuelle et à l'article L.114-1 du Code de la mutualité.

a) critères retenus

Peuvent être retenus par la Mutuelle les critères suivants servant de base au calcul des cotisations :

- L'âge de chaque bénéficiaire adulte, calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année de prise d'effet de l'Adhésion ;
- Le département de résidence du Membre participant ;
- Le régime obligatoire d'affiliation ;
- Le niveau de garanties souscrit ;
- Les garanties optionnelles souscrites ;
- La composition familiale et l'âge des bénéficiaires ;
- La durée d'appartenance à la Mutuelle.

La cotisation est déterminée chaque année au 1^{er} janvier en fonction de l'évolution de ces différents critères. En cas d'Adhésion en cours d'année, la cotisation est calculée prorata temporis.

b) critères exclus

La Mutuelle ne peut fixer les cotisations en fonction de l'état de santé des bénéficiaires. A ce titre, aucune déclaration de santé, ni questionnaire médical ne sont à compléter au moment de l'Adhésion. De même, tout ressortissant étranger sur le sol français, bénéficiant d'un régime obligatoire français se voit appliquer les mêmes conditions tarifaires qu'un assuré français.

29.2. Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est payable par prélèvement automatique sur un compte bancaire. Elle est payable d'avance selon un fractionnement fixé au Bulletin d'adhésion. Elle est due au 1^{er} janvier pour tout membre inscrit au 31 décembre de l'année précédente ou, pour les nouveaux Membres participants, à partir de la date d'effet de l'Adhésion.

La modalité de paiement est le prélèvement automatique, à l'exception de la première fraction qui peut être payée par chèque ou par carte bancaire. Pour faciliter son règlement, la

Mutuelle permet le fractionnement. Lorsque le paiement de la cotisation est fractionné, sa périodicité peut être mensuelle ou trimestrielle. Le fractionnement ne constitue qu'une facilité de paiement accordée au Membre participant. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité.

La cotisation due par le Membre participant et sa périodicité de paiement sont mentionnées sur le Bulletin d'Adhésion. La date d'échéance et la périodicité peuvent être modifiées sur demande écrite de la part du Membre participant auprès de la Mutuelle. La modification interviendra au plus tôt le premier jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle.

ARTICLE 30 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de l'échéance, et indépendamment du droit d'Avenir Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, l'Adhésion est suspendue trente (30) jours après la mise en demeure du Membre participant, par lettre recommandée avec avis de réception.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de l'Adhésion, intervenue en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier l'Adhésion, dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévu au premier alinéa.

Le Membre participant est informé, dans la lettre de mise en demeure, qu'à l'expiration du délai prévu précédemment, le défaut de paiement de la cotisation pourra entraîner son exclusion des garanties. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisation.

L'Adhésion 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.

ARTICLE 31 - MODIFICATION DES COTISATIONS

Le montant des cotisations évolue en raison du changement d'âge de l'assuré. Le changement d'âge est appliqué au 1^{er} janvier de l'année. Il est déterminé par la différence de millésimes entre l'année concernée et l'année de naissance.

La Mutuelle peut également réévaluer, sur décision du Conseil d'Administration, le montant des cotisations en fonction des résultats techniques des garanties et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé et/ou de l'évolution de la réglementation.

En outre, en cas de modification des niveaux de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie ou de la nomenclature des actes remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie, ou de l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions législatives ou réglementaires, la Mutuelle peut être

amenée en cours d'année à procéder à une modification des cotisations.

Les modifications des montants de cotisations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux Membres participants.

CHAPITRE VI - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 32 - RECLAMATION

Les réclamations doivent être adressées à la mutuelle aux coordonnées suivantes :

- Par courrier à l'adresse suivante :

Avenir Mutuelle – Service Réclamations
Centre de Gestion
6 Rue du Général de Gaulle, CS 8012
90400 DANJOUTIN CEDEX

- Par voie électronique à l'adresse suivante : reclamation@avenirmutuelle.com

La réclamation doit être la plus précise possible, étayée par des faits et arguments et accompagnée des documents nécessaires à son étude (ne joindre que des copies, pas d'originaux).

Les réclamations sont traitées par Avenir Mutuelle dans le cadre d'un règlement amiable dans un délai de :

- 10 jours ouvrables à compter de l'envoi de la Réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse définitive vous est apportée dans ce délai ;
- 2 mois entre la date d'envoi de la Réclamation et la date d'envoi de la réponse définitive qui vous est apportée.

La date d'envoi prise en compte pour calculer les délais est celle du cachet de la poste en cas d'envoi postal ou celle de l'envoi du mail.

ARTICLE 33 - MEDIATION

Si le litige persiste après épuisement des procédures internes de traitement des Réclamations, et à condition qu'aucune action judiciaire n'ait été engagée sur les mêmes faits, la saisine du Médiateur peut s'effectuer :

- Par courrier à l'adresse suivante :

Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15

- Par voie électronique à l'adresse suivante : <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/>

Le Médiateur peut être saisi deux mois après l'envoi de la première Réclamation écrite quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu mais pas plus d'un an après l'envoi de celle-ci auprès de la mutuelle.

Ne peuvent pas non plus être examinés par le Médiateur :

- les litiges n'entrant pas dans son champ de compétence ;
- les litiges manifestement infondés ou abusifs (sont notamment considérés comme tels les litiges dont l'intérêt est inférieur à 30 €).

Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit être accompagnée du justificatif de la Réclamation auprès de la mutuelle.

La saisine du Médiateur suspend la prescription.

Les informations relatives au dispositif de traitement des réclamations et de médiation présentées ci-dessus, sont accessibles sur la page dédiée du site internet de la mutuelle à l'adresse suivante :

<https://www.avenirmutuelle.com/reclamations.php>

ARTICLE 34 - AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE

Avenir Mutuelle est soumise au contrôle administratif de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sis 4 Place de Budapest, CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 35 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Pour la réalisation de l'objet du présent Règlement, Avenir Mutuelle met en œuvre un traitement de données personnelles. La Mutuelle est considérée comme responsable des traitements au sens du Règlement Général sur la Protection des données. Ce traitement a lieu sur le territoire européen. Il répond aux caractéristiques ci-dessous :

Les données collectées seront uniquement utilisées pour la prospection des assurés potentiels, la préparation et la gestion des adhésions (en particulier l'étude des besoins des assurés et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des cotisations, leur répartition éventuelle entre les co-assureurs, le commissionnement des intermédiaires...), le suivi des prestations de la Mutuelle (notamment la détermination et le paiement des indemnités et prestations et s'il y a lieu pour l'apériteur, leur collecte auprès des co-assureurs, l'exécution des dispositions prévues au contrat et l'exercice des recours...) ou à des fins statistiques. Aussi, ces informations, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par Avenir Mutuelle pour la lutte contre la fraude et au regard de ses obligations légales et réglementaires (lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme).

L'accès à ces données personnelles est réservé aux services d'Avenir Mutuelle et de ses partenaires sous contrat qui sont en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et des prestations, ainsi qu'aux membres participants ou bénéficiaire des prestations, organismes de sécurité sociale, organismes administratifs et judiciaires définis par la loi, et organes de contrôle de la Mutuelle.

Les données sont susceptibles de faire l'objet d'un sous-traitement, encadré par contrat. Ce contrat devant comporter l'engagement du sous-traitant d'assurer la sécurité des données et de ne les traiter que conformément aux instructions d'Avenir Mutuelle, dans le respect des dispositions de la loi n°78-17 du 6

janvier 1978 modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, dans leur version en vigueur.

Avenir Mutuelle informe les assurés lors de chaque collecte, du caractère obligatoire ou facultatif des informations demandées.

L'exigence de fourniture de données à caractère personnel a un caractère contractuel et conditionne l'Adhésion. La non-fourniture de ces données personnelles peut avoir pour conséquence l'impossibilité de poursuite de l'Adhésion.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, le Membre participant ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers peuvent demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle. Ils peuvent exercer leurs droits d'accès, d'opposition, de portabilité, de limitation du traitement, de rectification, d'effacement, et de définir des directives relatives au traitement de ses données à caractère personnel après leurs décès, en adressant une demande au siège social d'Avenir Mutuelle (173 rue de Bercy CS61602 75601 PARIS Cedex 12) par courrier à l'attention du Délégué à la protection des données, ou par mail à l'adresse suivante : dpo@avenirmutuelle.com.

Conformément aux textes en vigueur, le délai de réponse de la Mutuelle est fixé à un (1) mois. Une possibilité de prolonger de deux (2) mois ce délai est prévue après information de la personne concernée par la demande.

Le Membre participant peut également adresser une réclamation concernant le traitement de ses données personnelles auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy, TSA 80175, 75334 PARIS CEDEX 07.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au Membre participant ou, le cas échéant, aux enfants ou au conjoint, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique.

Les données communiquées pourront être réutilisées, préalablement rendues non directement identifiantes, à des fins de recherche, d'études ou d'évaluation dans les conditions mentionnées à l'article L. 1461-3 du code de la santé publique.

La durée de conservation des données personnelles après une résiliation de l'Adhésion ne pourra excéder dix (10) années, sauf obligation légale contraire.

ARTICLE 36 - ADHESION A DISTANCE

L'adhésion pourra se faire à distance dans les conditions fixées dans l'article L. 221-18 du Code de la mutualité. Dans ce cas, l'adhésion au présent Règlement par le biais d'une ou plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par le Membre participant, dont le coût est supporté par ses soins.

ARTICLE 37 - LOI APPLICABLE

En toutes hypothèses et notamment si le risque est situé hors de France et/ou si le lieu de résidence du Membre participant

est situé hors de France, la loi applicable aux relations précontractuelles avec le Membre participant ainsi qu'à son adhésion aux garanties notamment pour leur interprétation ou leur exécution, sera la loi française.

ARTICLE 38 - LANGUE UTILISEE

L'Adhésion emporte convention d'usage de la langue française pendant toute la durée de l'Adhésion.

ARTICLE 39 - VALEUR CONTRACTUELLE

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

- Le présent Règlement et ses annexes ;
- Le Bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé par le Membre participant ;
- La carte d'Adhérent.

En cas de contradiction entre les dispositions du Bulletin d'adhésion et celles de la carte d'Adhérent, ce sont celles du Bulletin d'adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du présent Règlement n'ont qu'une valeur classificatoire.

L'Adhésion exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de l'adhésion. Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du présent règlement serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement.

ARTICLE 40 - FONDS D'ACTION SOCIALE

La Mutuelle peut, sur somme particulière que détermine annuellement l'Assemblée Générale, accorder des allocations de secours aux Membres participants et à leur Ayants droit. Les allocations et secours sont attribués sur décision de la Commission de Prévention et d'Action Sociale. Les dossiers complets de demandes d'allocations doivent être réceptionnés dans l'année suivant la survenance de l'événement.

Pour en bénéficier, le Membre participant doit adresser sa demande par courrier à : « Avenir Mutuelle - Service fonds d'Action Sociale – 173 rue de Bercy CS61602 75601 PARIS Cedex 12 ». Il lui sera alors transmis un dossier à compléter et renvoyer, accompagné de toutes les pièces justificatives requises.

ARTICLE 41 - OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Conformément à l'article L. 223-1 et suivant du Code de la consommation, vous avez le droit à vous inscrire sur la liste d'opposition BLOCTEL au démarchage téléphonique. Toutefois, cette demande ne pourra être prise en compte dans le cadre de la relation contractuelle qui vous lie avec la Mutuelle.

SECTION 2 - LES GARANTIES OPTIONNELLES

En adhérant au présent Règlement, le Membre participant a la possibilité d'adhérer aux garanties optionnelles de la présente

Section. Sous réserve de dispositions spécifiques, les garanties optionnelles suivent le sort de la garantie Frais de santé (Section 1) souscrite par le Membre participant.

GARANTIE ALLOCATION INDEMNITES JOURNALIERES HOSPITALISATION (IJH)

■ OBJET DE LA GARANTIE

La garantie « **ALLOCATION INDEMNITES JOURNALIERES HOSPITALISATION (IJH)** » a pour objet de garantir par la Mutuelle le versement d'une allocation forfaitaire journalière en cas d'hospitalisation à la suite d'un Accident ou d'une Maladie.

L'hospitalisation se définit par le fait de recevoir des soins nécessitant **un séjour minimal de 24 heures continues dans un établissement hospitalier, hôpital ou clinique, agréé par la Sécurité sociale française**. Ce séjour doit donner lieu à l'établissement d'une facture des frais de séjour ou à un certificat d'hospitalisation.

Délai d'attente : Aucun délai d'attente n'est applicable pour les Accidents. **Un délai d'attente de trois (3) mois est applicable en cas d'hospitalisation supérieure à trois (3) jours en cas de Maladie.**

■ CONDITIONS D'ADHESION

Peuvent être assurées au titre de la garantie « **Allocation Indemnités Journalières Hospitalisation** » les personnes physiques qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- Être Ayant droit du Membre participant ;
- Être âgé de moins de 71 ans au 31 décembre de l'année civile de la demande d'Adhésion ;
- Résider en France Métropolitaine.

■ BENEFICIAIRE DE LA GARANTIE

La Mutuelle verse à l'Assuré une indemnité journalière en cas d'hospitalisation.

■ MONTANT DE L'ALLOCATION

Le montant de l'allocation journalière forfaitaire est fonction du niveau de la garantie souscrite à l'Adhésion et figurant au Bulletin d'Adhésion. Le niveau de garantie est identique pour tous les Assurés.

■ ETENDUE DES PRESTATIONS GARANTIES

L'allocation journalière forfaitaire est versée dès le 1^{er} jour en cas d'hospitalisation consécutive à un Accident, et à l'issue du délai d'attente en cas de Maladie, et sous réserve d'une durée d'hospitalisation supérieure à trois (3) jours.

Elle est perçue jusqu'au jour de sortie. La durée maximale d'indemnisation pour une même Maladie ou un même Accident, y compris rechutes et complications, est de **365 jours**.

Les séjours successifs dus au même Accident ou à la même Maladie, qui ne sont pas séparés par soixante (60) jours au plus, sont considérés comme une seule et même hospitalisation. Avenir Mutuelle reprendra le versement de

l'allocation à partir du premier jour de la constatation médicale de la rechute ou de la complication et dans la limite de la durée maximale d'indemnisation.

A l'expiration de cette période maximale, l'Assuré ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des Prestations qu'après une interruption d'hospitalisation entre deux séjours supérieure à trois (3) mois et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la présente garantie.

Le droit à garantie cesse au plus tard à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 71 ans.

▪ ARBITRAGE

La Mutuelle se réserve le droit de procéder ou de faire procéder à tout contrôle et/ou toute expertise médicale selon les modalités et conditions définies aux articles « **CONTROLE** » et « **EXPERTISE MEDICALE** » du présent Règlement.

▪ REGLEMENT DES PRESTATIONS

En cas d'hospitalisation mettant en jeu la garantie, l'Assuré doit prévenir Avenir Mutuelle dans un délai de trente (30) jours suivant le début de l'hospitalisation et adresser les pièces justificatives nécessaires. Il s'engage à communiquer au médecin conseil d'Avenir Mutuelle, toute pièce médicale lui permettant d'apprécier si l'hospitalisation s'inscrit bien dans le cadre de la présente garantie. A la sortie de l'hôpital, il adresse le bulletin d'hospitalisation ou la facture faisant apparaître les dates d'entrée et de sortie, ou le nombre de jours d'hospitalisation.

Tout sinistre non déclaré dans un délai de trente (30) jours suivant l'hospitalisation est définitivement exclu de la garantie si Avenir Mutuelle établit que le retard lui a causé un préjudice, sauf si le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

▪ EXCLUSIONS

Dans le cadre de la garantie IJH, La Mutuelle ne prend pas en charge les sinistres résultants et/ou provenant :

- D'affections ou de maladies ainsi que leurs suites apparues pendant le délai d'attente ;
- Des suites et conséquences des accidents et affections apparues antérieurement à la demande d'Adhésion ;
- De la guerre civile ou étrangère, d'émeute, d'insurrection, d'attentats, de sabotage, de la participation à des rixes (sauf légitime défense, crimes, délits, émeutes et paris de toute nature) ;
- De la tentative de suicide au cours de la première année d'adhésion, de l'automutilation consciente ou non, du fait intentionnel de l'Assuré ;
- Des suites et conséquences d'une interruption volontaire de grossesse non prise en charge par l'assurance maladie ;
- D'accidents de la circulation dont est victime l'Assuré en tant que conducteur d'un véhicule terrestre à moteur sous l'emprise d'un état alcoolique (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile au jour du sinistre), ou sous l'emprise de stupéfiants, ou substances analogues non prescrites par une autorité médicale habilitée ;
- De l'alcoolisme, de l'utilisation de stupéfiants ou

substances analogues, médicaments et traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée ;

- De la pratique d'un sport à titre professionnel ou rémunéré ;
- D'accidents d'avion dont est victime l'Assuré dès lors qu'il se trouve dans un appareil effectuant des vols acrobatiques ou des exhibitions, des compétitions, des tentatives de records, des vols d'essais ;
- Des activités nécessitant l'utilisation d'un parachute sauf cas de force majeure, d'une aile volante, d'un delta-plane ou d'un ULM ;
- D'affections nerveuses et mentales (notamment psychiatriques) ;
- D'une intervention de chirurgie esthétique ;
- D'un traitement hygiéno-diététique.

Par ailleurs ne sont pas garantis :

- Les séjours en maisons de repos, de plein air, de convalescence, de retraite, en centres de rééducation et de réadaptation, en établissements thermaux, climatiques et de cures, en instituts médico-pédagogiques, en maisons de retraite médicalisées et EHPAD et services de gérontologie ;
- Les séjours des personnes qui d'une manière irréversible n'ont plus leur autonomie ou dont l'état nécessite une surveillance constante et/ou des traitements d'entretien.

GARANTIE ACCIDENT - PERENITY

▪ OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet de garantir, selon les modalités définies au présent Règlement et au Bulletin d'Adhésion, le paiement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) **en cas de décès accidentel de l'Assuré, ou à l'Assuré lui-même en cas d'invalidité permanente totale ou partielle accidentelle.**

▪ DEFINITIONS

ACCIDENT : Au titre de la garantie « **ACCIDENT - PERENITY** », on entend par accident, l'intervention violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, non intentionnelle de la part de l'Assuré ou de son (ses) Bénéficiaire(s), caractérisée par l'existence d'une lésion de l'assuré ou ayant entraîné son décès, survenant après la date de prise d'effet de la garantie. **Ne sont pas considérées comme causes extérieures au sens défini ci-dessus notamment, les conséquences du suicide ou de sa tentative, d'une crise d'épilepsie, de delirium tremens, d'une rupture d'anévrisme, de l'infarctus du myocarde, de l'embolie cérébrale, de l'hémorragie méningée.**

CESSATION DE LA GARANTIE : On entend par cessation de la garantie la date à laquelle prend fin la couverture d'assurance pour une garantie donnée, notamment en cas de survenance de l'âge limite.

CONSOLIDATION : On entend par consolidation, le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période des soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent sinon définitif, qui permet d'évaluer médicalement un certain degré d'invalidité permanente.

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE : On entend par invalidité permanente totale ou partielle, le fait pour l'Assuré, d'être, à la suite d'un accident garanti, atteint après consolidation d'une infirmité permanente dont le degré d'invalidité est déterminé selon le barème défini dans le présent règlement. L'invalidité à 100% est dite invalidité permanente totale. L'invalidité comprise entre 30% et moins de 100% est dite invalidité permanente partielle.

PERIODE D'ASSURANCE : On entend par période d'assurance, la durée pendant laquelle la garantie est en vigueur. La période débute à la date de prise d'effet de la garantie et expire le 31 décembre de chaque année à minuit, sous réserve des dispositions relatives à la reconduction annuelle.

RISQUES NON GARANTIS : Au titre de la garantie « ACCIDENT - PERENITY », on entend par risques non garantis des événements extérieurs ou des situations relatives à l'Assuré, non couverts au titre de la présente garantie, dont la survenance ne peut entraîner le versement de la Prestation.

■ CONDITIONS D'ADHESION

Peuvent adhérer à la présente garantie les personnes physiques âgées **au minimum de 19 ans et au maximum de 74 ans à la date de prise d'effet de la garantie**. L'âge est calculé par différence de millésimes entre l'année d'assurance et l'année de naissance de l'Assuré.

■ MODALITES D'ADHESION

Le Membre participant remplit un Bulletin d'Adhésion, mentionnant notamment l'identité de chaque Assuré et le montant du capital souscrit. En cas d'adhésion conjointe, le Bulletin d'Adhésion est signé par chaque Assuré.

■ ETENDUE DE LA GARANTIE

a. Décès accidentel

En cas de décès de l'Assuré consécutif à un Accident, survenant immédiatement ou dans un délai maximum de douze (12) mois suivant l'Accident, la Mutuelle garantit le montant du capital défini au Bulletin d'Adhésion après application d'un coefficient en fonction de l'âge de l'Assuré au moment du décès :

- De 19 à 74 ans : 1
- De 75 à 79 ans : 0,50

L'âge est calculé par différence de millésimes entre l'année d'assurance et l'année de naissance de l'Assuré.

b. Invalidité permanente totale ou partielle consécutive à un accident

Si l'Assuré, à la suite d'un Accident, reste atteint, après consolidation de blessures, d'une infirmité permanente, la Mutuelle lui sert tout ou partie du capital invalidité défini au Bulletin d'Adhésion proportionnellement au taux d'infirmité.

Le barème servant de référence pour déterminer le taux d'infirmité est mentionné ci-après (« **BAREME SERVANT DE BASE A LA DETERMINATION DU TAUX D'INVALIDITE**

PERMANENTE »). La Mutuelle verse tout ou partie du capital invalidité si les deux conditions suivantes sont réunies :

- La date de consolidation est intervenue dans les douze (12) mois suivant l'Accident ;
- L'assuré est atteint d'un taux d'invalidité au moins égal ou supérieur à 30%.

■ ACTIVITES PROFESSIONNELLES NON GARANTIES ET EXCLUSIONS

a. La Mutuelle ne garantit pas les événements survenant directement ou indirectement dans le cadre de l'accomplissement de l'une des activités professionnelles (rémunérées ou non) suivantes :

- Les guides de haute montagne, les moniteurs de ski, les sportifs professionnels ;
- Les agents de maintien l'ordre ou de la surveillance armée, les pompiers professionnels, les convoyeurs de fonds ;
- Les personnes exerçant des travaux forestiers ou travaillant sur des ouvrages d'art ou des bâtiments de grande hauteur supérieure à quinze (15) mètres, ou dans des mines, des souterrains ou des galeries, les marins pêcheurs, les dockers ;
- Les artistes de cinéma ou de télévision, les professionnels du cirque, les voyants et les radiesthésistes.

b. La Mutuelle n'assure pas le décès ou l'invalidité permanente totale ou partielle résultant des causes suivantes :

- Le fait intentionnel causé ou provoqué par un Bénéficiaire ou le Membre participant lui-même ;
- Le suicide de l'Assuré lors de la première année d'adhésion ;
- La tentative de suicide de l'Assuré ;
- Le meurtre du Membre participant par le Bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale ;
- L'état de guerre, civile ou étrangère, d'insurrection, d'émeute, les actes de terrorisme ou de prise d'otage ;
- L'état d'ivresse ou d'éthylisme (dont le taux d'alcoolémie a été constaté comme étant au moins égal au taux constituant une infraction au sens du Code de la route en vigueur) ou l'abus chronique d'alcool, même involontaire ;
- L'usage non prescrit médicalement de substances pharmaceutiques, la toxicomanie ou l'utilisation chronique ou ponctuelle de substances euphorisantes, de stupéfiants, d'hallucinogènes ou de toute substance altérant le comportement ;
- La participation de l'Assuré à des matches, paris, défis, courses, tentatives de records, à l'exception des compétitions sportives normales effectuées par des personnes titulaires d'une licence au titre de l'activité pratiquée ;
- La pratique des sports suivants :
 - La chasse ;
 - Les sports nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre motorisé ;
 - Le vol en avion ultraléger, le planeur, l'aile volante, l'aérostat à sustentation à air chaud ou motorisé ;
 - Le parachute, le parachute ascensionnel, le parapente, le saut à l'élastique ;
 - Les activités sous-marines nécessitant le recours

- à des moyens artificiels de respiration ;
- o Les sports d'hiver pratiqués hors-piste, le hockey, le bobsleigh, l'escalade ou l'alpinisme ;
- o La spéléologie ;
- o L'accident de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et d'une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même ;
- o Les luttes, duels, rixes (sauf cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré ;
- o Les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de radioactivité, ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ;
- o Les lésions causées par les rayons X, des conséquences d'opérations chirurgicales subies par l'Assuré lorsque ces opérations ne sont pas nécessitées par un accident garanti par le régime ;
- o La congestion, l'insolation, la congélation, l'anévrisme, les cas d'intoxication alimentaire, l'érysipèle, les rhumatismes, les ulcères variqueux, le lumbago, les ruptures de muscles, la hernie, alors même que ces affections seraient d'origine traumatique.

▪ BENEFCIAIRE(S) D'UN CAPITAL

a. En cas d'invalidité permanente totale ou partielle

Le bénéficiaire du capital est l'Assuré lui-même.

b. En cas de décès

Le(s) bénéficiaire(s) du capital en cas de décès de l'Assuré est (sont) la (les) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle soit par le choix de la clause standard soit par une désignation nominative, précisant, si besoin est, l'ordre de priorité du versement et/ou de la répartition du capital.

La clause peut être rédigée par acte sous seing privé ou par acte authentique et être déposée chez un notaire.

La désignation du (des) bénéficiaire(s) est précaire et peut, à tout moment, être modifiée par le Membre participant, sauf acceptation de l'un d'entre eux dans les conditions fixées par l'article L. 223-11 du Code de la mutualité. Tout changement n'est valablement opposable à la Mutuelle qu'autant qu'il lui a été notifié par écrit, et que celle-ci ait normalement accusé réception de ce changement.

Dès lors qu'un bénéficiaire accepte le bénéfice de la garantie dans les conditions fixées par l'article L. 223-11 du Code de la mutualité, sa désignation devient irrévocable.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang ou de prédécès de l'un ou plusieurs d'entre eux, la part lui (leur) revenant sera répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

A défaut de désignation expresse, ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires, les sommes dues sont attribuées selon l'ordre de priorité ci-après :

- Au conjoint de l'Assuré ;
- Aux descendants de l'Assuré ;
- Aux ascendants de l'Assuré ;
- Aux héritiers de l'Assuré selon les règles de la dévolution successorale.

▪ BAREME SERVANT DE BASE A LA DETERMINATION DU TAUX D'INVALIDITE PERMANENTE

1- Le taux d'invalidité permanente est déterminé en fonction du barème suivant, sans qu'il soit tenu compte de la profession exercée par la victime :

Invalidité permanente totale	
Aliénation mentale totale	100%
Perte totale et irrémédiable de la vue	
Perte totale des deux bras ou des deux mains	
Perte totale des deux jambes ou des deux pieds	
Perte totale d'un bras et d'une jambe	
Perte totale d'un bras et un pied, ou d'une main et une jambe, ou d'une main et un pied	

Invalidité permanente partielle	
Tête :	
Traumatismes crâniens accompagnés de coma et suivis de phénomènes post-commotionnels sans signe somatique	5%
▪ avec brèche osseuse ou enfoncement crânien de surface de plus de 6 cm ²	30%
▪ avec brèche osseuse ou enfoncement crânien de 3 à 6 cm ²	16%
▪ jusqu'à 3cm ² au maximum	10%
Perte totale d'un œil ou réduction de moitié de la vision binoculaire	25%
Surdité complète des deux oreilles	40%
Surdité complète d'une oreille	10%
Tronc / colonne vertébrale :	
Traumatisme vertébral avec déformation rachidienne et troubles neurologiques	40%
▪ sans déformation	10%
Ablation d'un rein	30%
Ablation de la rate	15%

Membres supérieurs	Droit	Gauche
Perte du mouvement de l'épaule	25%	20%
Perte totale du bras ou de la main	60%	50%
Perte totale du mouvement du coude	20%	15%
Perte totale du mouvement du poignet	20%	15%
Perte totale du pouce et de l'index	30%	25%
Perte totale de trois doigts (compris pouce ou index)	30%	25%
Perte totale de trois doigts (sans pouce ou index)	25%	20%
Perte totale du pouce et d'un doigt autre que l'index	25%	20%
Perte totale de l'index et d'un doigt autre que le pouce	20%	17%
Perte totale du pouce seul	20%	15%
Perte totale de l'index seul	15%	10%
Perte totale du médus, de l'annulaire ou de l'auriculaire	10%	8%
Perte totale de deux de ces derniers doigts	15%	12%

Membres inférieurs	
Perte totale d'une jambe au-dessus du genou	60%
Perte totale d'une jambe au-dessous du genou ou d'un pied	40%
Amputation partielle d'un pied comprenant tous les orteils	30%
Fracture non consolidée d'une jambe ou d'un pied	25%
Fracture non consolidée d'une rotule	20%
Perte totale du mouvement d'une hanche	20%
Perte totale du mouvement d'un genou	20%
Raccourcissement d'au moins 5 cm d'un membre inférieur	15%
Perte totale d'un gros orteil	10%
Perte totale d'un doigt de pied	5%

2- Pour l'application du barème ci-dessus, les précisions suivantes sont apportées :

- Les invalidités non prévues sont indemnisées en proportion de leur gravité comparée à celle des cas énumérés, sur décision du Médecin conseil de la Mutuelle ;
- L'incapacité fonctionnelle absolue et définitive d'un membre ou d'un organe est assimilée à sa perte totale ;
- S'il est médicalement constaté que la victime est gauchère, les taux prévus pour les membres droits et gauches sont intervertis ;
- Si plusieurs lésions affectent un même membre ou organe, les indemnités correspondantes s'additionnent sans pouvoir dépasser le total de l'indemnité prévue pour la perte totale du membre ou de l'organe ;
- La lésion des membres déjà infirmes n'est indemnisée que par différence entre l'état avant et après l'Accident ;
- L'indemnité totale due pour plusieurs lésions provenant d'un même Accident se calcule par addition sans pouvoir dépasser la totalité de la somme assurée pour le cas d'invalidité permanente absolue.

■ CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse automatiquement :

- Aux 79 ans de l'Assuré en cas de décès ;
- Aux 64 ans de l'Assuré en cas d'invalidité permanente totale ou partielle ;
- Au moment de la première réalisation d'un événement assuré (invalidité permanente totale ou partielle, décès),
- En cas de non-paiement des cotisations (article « **NON-PAIEMENT DES COTISATIONS** » ;
- En cas d'inexactitude ou de fausse déclaration de l'assuré (article « **FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE OU DECLARATION INEXACTE D'UN ASSURE** ») ;
- En cas de résiliation de la garantie (article « **RESILIATION ET CESSATION DE L'ADHESION** »).

L'âge est calculé par différence de millésimes entre l'année d'assurance et l'année de naissance de l'Assuré.

■ REGLEMENT DU CAPITAL INVALIDITE

La Mutuelle règle à l'Assuré, le capital en cas d'invalidité permanente totale ou partielle médicalement consolidée, dans les trente (30) jours suivant la remise des pièces justificatives suivantes :

- Un certificat médical précisant la nature et le taux d'invalidité de l'Assuré.

Préalablement au paiement, la Mutuelle peut demander à un médecin expert de vérifier que l'état de santé de l'Assuré correspond à la définition de l'invalidité permanente totale ou partielle de la garantie et d'en fixer le taux par :

- Tout document justifiant de l'identité du demandeur ;
- Tout justificatif prouvant que l'invalidité est causée par un Accident (rapport de police ou procès-verbal de gendarmerie), précisant les circonstances et la date de survenance de l'évènement, et justifiant notamment la relation de cause à effet entre l'invalidité permanente et l'origine accidentelle.

■ REGLEMENT DU CAPITAL DECES AU(X) BENEFICIAIRE(S) DESIGNE(S)

La Mutuelle règle le capital décès prévu par le Bulletin d'Adhésion dans les trente (30) jours suivant la remise des pièces justificatives suivantes :

- L'extrait de l'acte de décès de l'Assuré ;
- Un certificat médical précisant la cause du décès ;
- Tout document justifiant de l'identité du bénéficiaire ;
- Tout justificatif prouvant que le décès a été causé par un accident (rapport de police ou procès-verbal de gendarmerie), précisant les circonstances et la date de survenance, et justifiant notamment la relation de cause à effet entre le décès et l'origine accidentelle.

En cas de pluralité des bénéficiaires, le règlement peut être effectué contre quittance conjointe des intéressés.

■ MONTANT MAXIMUM DES PRESTATIONS

Le montant maximum de capital pouvant être alloué à un Assuré principal pour un ou plusieurs événements ne peut dépasser le montant maximum souscrit mentionné au Bulletin d'Adhésion. Le versement du capital décès ne peut se cumuler avec le capital invalidité permanente. Toutefois, si après versement d'un capital invalidité permanente partielle, l'Assuré décède dans les douze (12) mois des suites de l'Accident garanti, la Mutuelle verse au(x) bénéficiaire(s) la différence entre le capital invalidité déjà alloué et le montant du capital décès prévu par la garantie.

■ CONTROLE ET ARBITRAGE

La Mutuelle se réserve le droit de procéder ou de faire procéder à tout contrôle et/ou toute expertise médicale selon les modalités et conditions définies aux articles « **CONTROLE** » et « **EXPERTISE MEDICALE** » du présent Règlement.

GARANTIE BLESSURE

■ OBJET DE LA GARANTIE

La présente garantie a pour objet d'assurer, selon les modalités définies aux présentes dispositions et au Bulletin d'Adhésion, le versement d'une indemnité forfaitaire en cas de réalisation du risque de Fracture et/ou de Brûlure à la suite d'un évènement accidentel.

■ DEFINITIONS

ACCIDENT : Intervention violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, non intentionnelle de la part de l'Assuré ou de son (ses) bénéficiaire(s), caractérisée par l'existence d'une lésion de l'Assuré, survenant après la date de prise d'effet de la garantie. **Ne sont pas considérées comme causes extérieures les conséquences du suicide ou de sa tentative, une crise d'épilepsie, le delirium tremens, une rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale, l'hémorragie méningée.**

BRULURE : Est considérée comme une brûlure au sens de la présente garantie la lésion de la peau et/ou des voies aériennes ou digestives provoquée par un agent causal accidentel. L'étendue de la brûlure est déterminée par les règles dites « des 9 de Wallace » et de « CIM 10 » permettant de définir en pourcentage la surface brûlée par rapport à la surface corporelle totale. Le diagnostic de la brûlure est effectué par une autorité médicale compétente. Afin d'être indemnisée au titre de la présente garantie, la brûlure doit être la conséquence certaine directe et exclusive de l'évènement accidentel déclaré.

FRACTURE : Est considérée comme une fracture au sens de la présente garantie, la lésion du squelette résultant d'un évènement accidentel. On entend par lésion du squelette la rupture de continuité partielle ou complète d'un os du corps humain. Cette fracture s'accompagne ou non d'un déplacement des fragments osseux. Le diagnostic de cette fracture est réalisé à l'aide d'une radiographie effectuée par une autorité médicale compétente. Afin d'être indemnisée au titre de la présente garantie, la fracture doit être la conséquence certaine directe et exclusive de l'évènement accidentel déclaré.

RISQUES NON GARANTIS : Événements extérieurs ou situations relatives à la personne assurée, non couverts au titre de la présente garantie, et dont la survenance ne peut entraîner le versement de l'indemnité forfaitaire.

■ CONDITIONS D'ADHESION

Peut souscrire à la présente garantie, et à la date de la souscription, le Membre participant âgé **de 18 à 75 ans** inclus, résidant en France Métropolitaine ou DROM / COM. L'âge est calculé par différence de millésimes entre l'année d'assurance et l'année de naissance de l'assuré.

Peuvent également être assurés le conjoint et les enfants du Membre participant au sens du présent règlement.

La garantie est valable dans le monde entier, pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogation, 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de douze (12) mois, et sous réserve des exclusions de la présente garantie. Le versement des prestations s'effectue en France Métropolitaine ou DROM / COM.

■ PIECES NECESSAIRES A L'ADHESION

A l'Adhésion, le Membre participant communique par tout moyen à la Mutuelle les pièces suivantes :

- Le Bulletin d'Adhésion signé ;
- Une pièce d'identité au nom du Membre participant en cours de validité (CNI, Passeport ; Titre de séjour) ;
- Un relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du Membre participant ;
- Un mandat de prélèvement SEPA signé ;
- Le chèque du premier mois de cotisation ou l'encaissement de la carte bancaire.

■ ETENDUE DES GARANTIES

Le Membre participant est assuré en cas de Fracture et de Brûlure selon les montants définis ci-dessous :

FRACTURE	MONTANT GARANTI
Col du fémur, bassin, colonne vertébrale (plus d'une vertèbre)	1 100 €
Crâne, rotule, calcanéum, cheville	500 €
Mâchoire inférieure, épaule, jambe (tibia, péroné)	350 €
Vertèbre, omoplate, sternum, poignet, main (carpe), pied (tarse), fémur	300 €
Mâchoire supérieure, coccyx	250 €
Côte, clavicule, avant-bras, bras	200 €

Le plafond des prestations est de 1100 € par année civile. En cas de fractures multiples lors d'un même évènement, le capital garanti est limité à l'indemnité forfaitaire la plus élevée.

BRULURE	MONTANT GARANTI
En cas de brûlure de 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} degré (surface de brûlure estimée par la règle de neuf de Wallace ¹ et CIM ² 10, à partir de 10% de la surface du corps).	1 100 €

Le plafond des prestations est de 1100 € par année civile. En cas de brûlures multiples lors d'un même évènement, le capital garanti est limité à l'indemnité forfaitaire la plus élevée. Au-delà de 75 ans, la prestation est réduite de moitié.

■ CONTROLE ET ARBITRAGE

La Mutuelle se réserve le droit de procéder ou de faire procéder à tout contrôle et/ou toute expertise médicale selon les modalités et conditions définies aux articles « **CONTROLE** » et « **EXPERTISE MEDICALE** » du présent règlement.

■ FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SURVENANCE D'UN EVENEMENT ACCIDENTEL

Afin de bénéficier des Prestations prévues à la présente garantie, le sinistre doit être déclaré dès sa connaissance et au plus tard dans les cinq (5) jours suivant sa survenance, à l'adresse suivante :

- Avenir Mutuelle : 173, Rue de Bercy – CS 61602 – 75601 PARIS CEDEX 12 ;
- Ou par téléphone au 0 805 65 30 00.

¹ Méthode utilisée pour déterminer la surface de la brûlure. L'étendue de la brûlure est appréciée en fonction de la surface corporelle totale.

² Classification internationale des maladies.

La déclaration du sinistre est accompagnée des informations suivantes :

- L'état civil et l'adresse de l'Assuré victime de l'Accident ;
- La date, le lieu, la nature et les circonstances, les causes et les conséquences connues ou présumées du sinistre ;
- Les noms et coordonnées des témoins s'il y a lieu ;
- En cas d'infraction ou d'attentat, un document justifiant le dépôt de plainte effectué auprès des autorités compétentes.

En cas de non-respect de ces dispositions, l'Assuré s'expose à la **déchéance de son droit à indemnisation** en cas de préjudice subi par la Mutuelle, ou à la réduction de ce même droit à due proportion du préjudice subi par la Mutuelle, sauf cas de force majeure.

Ces informations devront être complétées dans les plus brefs délais par la fourniture des pièces justificatives suivantes :

- Un certificat médical constatant la fracture ou le degré de brûlure ;
- En cas de Fracture, la copie du compte-rendu radiographique permettant le diagnostic ;
- En cas de Brûlure, le bulletin d'hospitalisation ou le compte-rendu de l'intervention chirurgicale constatant le degré de la gravité de la ou des brûlure(s), le pourcentage de la surface du corps atteinte par la (les) brûlure(s) ainsi que les parties du corps atteintes par celle(s)-ci ;
- La photocopie recto/verso d'un document d'identité (Carte Nationale d'Identité, Passeport, Titre de séjour) en cours de validité ;
- Un Relevé d'Identité Bancaire comportant les numéros IBAN et BIC au nom de l'Adhérent.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative et de procéder à tout contrôle permettant de vérifier l'exactitude des renseignements qui lui sont fournis.

Les pièces justificatives doivent être adressées sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil d'Avenir Mutuelle à l'adresse suivante : 173, Rue de Bercy – CS 61602 – 75601 PARIS CEDEX 12.

▪ VERSEMENT DE L'INDEMNITE FORFAITAIRE

Le montant de l'indemnité forfaitaire est versé à l'Assuré à réception de l'ensemble des pièces justificatives, et dans un délai qui ne peut excéder trente (30) jours suivant la réception de la dernière pièce justificative.

▪ CESSATION DES GARANTIES

La couverture de la présente garantie cesse lorsque survient l'un des événements suivants :

- Au décès de l'Assuré ;
- A la date d'échéance annuelle qui suit le quatre-vingt-cinquième (85^{ème}) anniversaire de l'Assuré ;
- En cas de non-paiement des cotisations (article « **NON-PAIEMENT DES COTISATIONS** ») ;
- A chaque période annuelle en cas d'atteinte du plafond de prestation ;
- En cas de renonciation à la garantie (article « **DEMARCHAGE ET FACULTES DE RETRACTATION ET DE RENONCIATION** ») ;

- En cas de résiliation à l'initiative du Membre participant (article « **RESILIATION ET CESSATION DE L'ADHESION** ») ;
- En cas de modification du montant des cotisations (article « **MODIFICATION DES COTISATIONS** ») ;
- En cas de fausse déclaration de sinistre ou de fourniture de tout document inexact ou falsifié.

Lors de la résiliation de la garantie, la fraction de cotisation payée d'avance, comprise entre la date d'effet de la résiliation et date de la prochaine échéance, est remboursée par la Mutuelle. Le Membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

▪ EXCLUSIONS

Ne sont pas couvertes par les dispositions de la garantie Capital Blessure les lésions corporelles résultant :

- Des conséquences d'une tentative de suicide, d'une faute intentionnelle, ou du fait volontaire de l'Assuré ;
- Des conséquences d'un état de démence ;
- Des conséquences de faits de guerre civile ou étrangère ;
- Des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique ;
- De la participation active de l'Assuré à des émeutes, rixes, crimes, délits, actes de terrorisme, mouvements populaires, ou actes de sabotage (sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel) ;
- Des conséquences de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- Des conséquences de la manipulation d'une arme à feu par l'Assuré ;
- Toutes suites et conséquences directes et indirectes de l'utilisation, la manipulation, le transport de produits dits dangereux, dont toutes substances nucléaires, chimiques, biologiques, explosives, corrosives, abrasives ;
- Des conséquences de la pratique d'un sport à titre professionnel ou des sports suivants : aviation légère ou sportive, vol à voile, U.L.M., parachutisme, deltaplane, parapente, sports de combat (boxe et arts martiaux), plongée sous-marine avec scaphandre autonome, compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre marin ou aérien, de l'alpinisme avec varappe ou randonnée au-delà de 4 000 mètres ;
- Des conséquences de l'état d'ivresse, d'éthylisme ou d'alcoolémie (taux constaté égal ou excédant le taux prévu par la réglementation en vigueur lors du sinistres) ;
- Des fractures dont serait victime un Assuré souffrant d'ostéogénèse imparfaite, d'une maladie osseuse de type cal, d'une hyper minéralisation osseuse, d'un cancer des os ou d'une ostéoporose ;
- Des fissures et microfissures (fêlures) ;
- Des brûlures de 1^{er} degré ;
- Des brûlures de 2^{ème} et 3^{ème} degré dues à une exposition au soleil ou à l'utilisation d'un appareil quelconque de bronzage artificiel ;

Sont également exclues des dispositions de la présente garantie les professions ou activités suivantes :

- Les professions entraînant une exposition à l'amiante ;
- Les cascadeurs, pompiers, et tous les métiers ou activités exercés dans les domaines du transport de fonds, du cirque, de la surveillance armée, du maintien de l'ordre, de l'usage d'explosifs, des travaux forestiers, des ouvrages d'art et de grande hauteur du bâtiment et travaux publics (plus de 15m de hauteur) ;
- Les périodes d'activité militaire ;
- La pratique de sports (entraînements et épreuves) à titre professionnel ou à titre d'amateur rémunéré, ou activités suivantes : alpinisme : sport des ascensions en montagne (Cette notion recouvre les sports listés ci-après : ascension de sommets en haute montagne ; ski extrême ; ski alpinisme ; escalade ; via ferrata), navigation maritime de plaisance au-delà de 20 miles nautiques d'un abri côtier, plongée au-delà de 20 mètres de profondeur, spéléologie, sports de combat (Cette notion recouvre les sports listés ci-après : arts martiaux ; boxe ; self-défense ; escrime ; lutte), sports de neige hors-piste, hippisme en compétition, saut à l'élastique, rafting, tout sport nécessitant un engin à moteur ;
- L'utilisation en tant que pilote ou passager de moto de plus de 250 cm³ ;
- Les accidents en rapport direct ou indirect avec toute pathologie ou trouble médicalement constaté acquis, y compris les troubles résultant de mouvements répétitifs effectués au cours des 15 dernières années dans le cadre d'une activité professionnelle et/ou sportive quotidienne et régulière.