

Conditions générales valant Notice d'Information

Cette notice d'information valant Dispositions Générales a pour objet de décrire les conditions et modalités de fondement de votre garantie décès, invalidité permanente totale à partir d'un taux de 5%, indemnités journalières, en cas d'accident.

L'association APPSR, Association régie par la loi du 1er Juillet 1901 ; située 8 rue des Pavillons - 92800 Puteaux, a souscrit un contrat collectif à adhésion facultative pour la garantie décès, invalidité permanente totale à partir d'un taux de 5%, indemnités journalières, en cas d'accident et pour le compte de ses membres auprès de la Mutuelle UMC, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro SIREN 529 168 007, dont le siège social est situé 35 rue Saint Sabin, 75011 Paris (ci-après désignée « la mutuelle »).

Tout changement des prestations et/ou des cotisations du contrat collectif à adhésion facultative fera l'objet d'un avenant qui sera porté à la connaissance de chaque adhérent (article L.223-8 du code de la Mutualité) via l'émission d'une nouvelle notice ou d'un additif à celle-ci.

La Mutuelle UMC, est l'assureur des garanties complémentaires à l'Assurance Maladie, accident et décès proposée aux membres participants de la mutuelle et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1, 2 et 20.

Le distributeur des garanties est Elois Assurances, située 8 rue des Pavillons - 92800 Puteaux, inscrite au registre du commerce et des sociétés sous le n° RCS Nanterre 483 413 258, inscrite à l'Orias sous le n°07 019 295.

La gestion de votre garantie est confiée à : POP Santé, SAS au capital social de 40 000 euros, enregistrée au RCS d'Avignon sous le n° 429 476 831, immatriculée à l'Orias sous le n° 07 027 890 ZA La Tapy - 1050 chemin des Exquerts - 84170 MONTEUX.

Le présent document est la notice relative à la souscription du produit EloFamille, Indemnités Journalières Hospitalières par accident et Décès PTIA et est régie par le Code de la Mutualité.

1- DÉFINITIONS GÉNÉRALES

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure dont l'Assuré est victime après la date d'effet.

Sont également considérés comme un accident :

- L'insolation,
- La chute accidentelle non consécutive à un problème de santé,
- La noyade et l'asphyxie consécutive à l'absorption non intentionnelle de gaz ou de vapeurs,
- Les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques,
- Les lésions corporelles résultant d'un attentat, d'une agression ou d'un acte de terrorisme dont l'Assuré serait victime, sauf s'il a pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements,
- Les morsures d'animaux,
- Les conséquences directes de piqûres d'insectes.
- Les accidents médicaux occasionnés par des actes chirurgicaux de prévention, de diagnostic, d'exploration, de traitements par des médecins et auxiliaires médicaux visés au livre IV du code de la santé Publique ou par des praticiens autorisés à exercer par la législation française ou dans lequel a lieu l'acte, lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés dans la nomenclature générales des actes professionnels.

Est considéré comme acte médical, l'acte ou un ensemble d'actes de caractère médical qui a eu pour l'assuré des conséquences exceptionnelles, anormales et dommageables pour sa santé, et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de l'état antérieur.

La couverture des accidents médicaux n'est acquise que pour les conséquences des actes ou traitements pratiqués postérieurement à la prise d'effet du contrat, pour autant que la première manifestation ait été inconnue de l'assuré ou du bénéficiaire au moment de la souscription et de la prise d'effet des garanties.

Assureur

La mutuelle UMC

Avenant

Document additionnel au contrat d'origine, constatant les modifications apportées au contrat.

Bénéficiaire(s)

En cas de Décès de l'Assuré, le ou les Bénéficiaire(s) seront définis selon les clauses types suivantes : son Conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, à défaut ses enfants nés ou à naître présents ou représentés par parts égales, à défaut son père et sa mère par parts égales, à défauts les héritiers de l'assuré par parts égales.

En tout état de cause, la clause Bénéficiaire peut être modifiée par l'Assuré à condition que celui-ci en fasse la demande expresse par simple lettre adressée au gestionnaire. Pour toutes les autres garanties le Bénéficiaire est l'Assuré lui-même.

Conjoint

Il faut entendre par Conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Assuré, non séparé(e) de corps légalement, le concubin ou toute personne ayant signé un PACS avec l'Assuré et vivant sous le même toit que celui-ci.

Consolidation

Date à partir de laquelle l'état de santé de l'Assuré accidenté est considéré comme stabilisé du point de vue médical alors qu'il existe des séquelles permanentes.

Dommage Corporel

Toute atteinte physique subie par une personne physique.

Enfant à charge

Les enfants légitimes, naturels ou adoptés, non mariés âgés de moins de 18 ans s'ils sont à la charge fiscale de leurs parents.

Les enfants de moins de 25 ans effectuant des études et à charge fiscalement seront également considérés comme à la charge de leurs parents.

Étranger

Pays autre que celui où l'Assuré à son Domicile.

Frais d'obsèques

Les dépenses relatives aux frais d'obsèques de l'assuré

Franchise

Somme fixée forfaitairement au contrat et restant à la charge de l'Assuré en cas d'indemnisation survenant à la suite d'un Sinistre. La Franchise peut également être exprimée en jour ou en pourcentage.

La franchise est dite absolue pour l'incapacité temporaire totale de travail, car elle

est versée à l'assuré à partir du 91ème jour de l'arrêt de travail consécutif à un accident garanti ; à partir du 31ème jour pour le parent au foyer ; et à partir de 48 heures pour l'indemnité journalière suite à hospitalisation.

Franchise relative en cas d'invalidité permanente

Somme correspondant à un taux d'invalidité préalablement défini à l'article 5 au-delà duquel l'indemnité est intégralement à la charge de l'Assureur. L'Assureur n'indemnise aucune invalidité dont le taux est inférieur ou égal au taux de la franchise relative fixée.

Hospitalisation

Séjour imprévu, d'une durée supérieure à quarante-huit heures consécutives, dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement de soins habilité à pratiquer des actes et des traitements auprès des personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire, à la suite d'un accident garanti.

Indemnité

Somme versée lors de la réalisation d'un sinistre suite à un événement garanti au contrat. Les règles de calcul sont fixées par les Conditions Particulières, les Conditions Générales et par toute autre annexe jointe au contrat.

Parent au foyer

Personne n'exerçant aucune activité professionnelle, et se consacrant à l'éducation de ses enfants mineurs vivant au foyer parental. Il est précisé que le parent au foyer ne perçoit aucun revenu.

Preneur d'Assurance

Personne physique désignée aux Conditions Particulières, demandant l'établissement du contrat, le signant et s'engageant à en payer les cotisations.

Vie privée

L'ensemble des périodes de la journée qui ne répond pas à la définition de la vie professionnelle

Vie professionnelle

La période de la journée pendant laquelle un Assuré exerce une activité salariée ou rémunérée. Entre dans cette période le temps de trajet de l'Assuré pour se rendre directement sur les lieux de son activité et pour rentrer directement à son domicile.

2- ASSURÉS

Disposent de la qualité d'assuré(s) au titre du présent contrat :

- Le Souscripteur ou la personne pour le compte de laquelle il souscrit,
- Son époux ou épouse non séparé(e) de corps ou de fait,
- Son concubin ou sa concubine (y compris la personne ayant conclu un PACS avec le souscripteur),
- Leurs enfants fiscalement à charge (vivant au foyer parental, disposant de ressources propres, dont le plafond annuel hors bourses d'études, ne dépasse pas le SMIC),

3- GARANTIES

3.1 Décès accidentel

En cas de décès accidentel survenant immédiatement ou dans un délai d'un an des suites d'un Accident garanti, la présente garantie prévoit le versement au(x) Bénéficiaire(s) du capital dont le montant est indiqué.

Il est précisé que la garantie est limitée aux Frais d'obsèques à concurrence de 3 000 Euros pour l'option 1, 5 000 Euros pour l'option 2, 7 500 Euros pour l'option 3, pour les enfants mineurs âgés de moins de 12 ans et les majeurs en tutelle.

- Disparition de l'Assuré

Il est convenu que si, à l'expiration d'un délai minimum de 365 jours, ayant examiné toutes les preuves et justifications disponibles, l'Assureur n'a aucune raison de ne pas présumer qu'un Accident s'est produit, alors la disparition de l'Assuré sera réputée constituer un événement de nature à faire jouer le présent contrat. Il est entre autre convenu que si, à tout moment que ce soit, après le versement au(x) Bénéficiaire(s) du capital forfaitaire garanti en règlement de la réclamation formulée, il est constaté que l'Assuré est encore vivant, alors toute somme versée par l'Assureur devra lui être remboursée.

La preuve du décès doit être apportée par l'un des Bénéficiaires de la garantie soit par la production d'un acte de décès ou d'un jugement déclaratif de décès que ce jugement soit définitif ou non, dans ce dernier cas, le capital décès versé sera le montant prévu au certificat d'adhésion au jour de la date présumée de disparition.

3.2 Invalidité permanente par accident

Lorsqu'un Assuré est victime d'un accident garanti et qu'il est médicalement établi qu'il persiste une invalidité permanente partielle ou totale, le gestionnaire dûment habilité par l'Assureur verse à l'Assuré le capital obtenu en multipliant le montant du capital fixé au contrat par le **taux d'invalidité de l'Assuré, lorsque celui-ci est supérieur ou égal à 5 %**.

Ce taux est défini conformément au Barème Indicatif d'Invalidité pour les Accidents du Travail établi conformément au Code de la Sécurité sociale française.

Toutefois, l'indemnité ayant un caractère forfaitaire et contractuel, il n'est jamais tenu compte de l'âge, des aptitudes, de la qualification professionnelle, de la profession ou des possibilités de reclassement de l'Assuré victime de l'accident.

Le degré d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'Assuré et, au plus tard, sauf dispositions contraires prises d'un commun accord entre l'Assuré et l'Assureur, à l'expiration du délai d'un an à compter du jour de l'accident.

Toutefois si, dans un délai de six mois après l'accident garanti, la consolidation des blessures de l'Assuré n'est pas intervenue et qu'il s'avère que l'invalidité permanente, dont l'Assuré restera atteint, est au moins égale à 30 % après expertise par le médecin conseil de l'Assureur, celui-ci verse à l'Assuré, à sa demande expresse, une avance sur indemnité égale à 10 % du capital garanti en cas d'invalidité permanente totale. Cette avance est déduite du règlement final du sinistre.

Lorsqu'un même accident entraîne plusieurs invalidités distinctes, l'invalidité principale est d'abord évaluée dans les conditions prévues ci-dessus, les autres invalidités étant ensuite estimées successivement, proportionnellement à la capacité restante après l'addition des précédentes.

L'incapacité fonctionnelle absolue d'un membre ou organe est assimilée à la perte de ce membre ou organe.

La perte de membres ou organes hors d'usage avant l'accident ne donne lieu à aucune indemnité. Si l'accident affecte un membre ou organe déjà invalide, l'indemnité est déterminée par différence entre l'état antérieur et postérieur à l'accident. En aucun cas, l'évaluation des lésions consécutives à l'accident ne peut être augmentée par l'état d'invalidité de membres ou organes que l'accident n'a pas intéressés.

Les troubles nerveux et les lésions nerveuses ne peuvent être pris en considération, pour autant qu'ils constituent la conséquence d'un accident garanti, que s'ils se traduisent à l'examen par des signes cliniques nettement caractérisés.

3.3.1 Incapacité temporaire suite à accident

Lorsqu'à la suite d'un accident garanti, l'Assuré est totalement incapable d'exercer pendant un certain temps sa profession, et qu'une autorité médicale habilitée le déclare en arrêt de travail, le gestionnaire dûment habilité par l'Assureur verse, pour chaque jour d'arrêt de travail, une indemnité journalière, **après écoulement d'une franchise absolue de 90 jours à compter de la date de début de l'arrêt de travail**.

La reprise, même partielle, des activités de l'Assuré interrompt le versement de l'indemnité.

Le montant de l'indemnité est précisé aux Conditions générales valant Notice d'information du contrat.

Cette indemnité est due pour une durée maximum de 365 jours d'incapacité temporaire totale au titre d'un même accident.

Toute rechute ou complication qui intervient dans un délai de soixante jours après la reprise du travail de l'Assuré est considérée comme la suite du même accident, et non comme un nouvel accident.

L'Assureur reprend alors, sans franchise, le versement des indemnités journalières à partir du premier jour de la constatation médicale de la rechute ou de la complication et ce, sans que la période totale d'incapacité temporaire excède la durée maximum d'indemnisation précisée au présent contrat.

L'Assureur se réserve le droit de vérifier le lien de causalité entre l'accident préalablement indemnisé et la réclamation présentée par l'Assuré pour rechute ou complication.

Dans tous les cas, la garantie n'est plus acquise à l'Assuré lorsqu'une invalidité permanente consolidée et irréductible est médicalement constatée, et que l'indemnité versée au titre de l'invalidité permanente est directement consécutive à l'accident garanti faisant l'objet du versement des indemnités journalières.

La durée de l'incapacité temporaire est fixée par le médecin traitant de l'Assuré, étant entendu que l'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle par son médecin expert.

Dans le cas où le contrat est résilié, alors que des indemnités journalières sont en cours de versement au titre d'un accident garanti survenu avant la résiliation, l'Assureur continue de payer les indemnités journalières auxquelles l'Assuré peut prétendre sans toutefois dépasser la durée totale d'indemnisation précisée au présent contrat.

Toutefois, aucune indemnité journalière n'est due au-delà de la date de résiliation du contrat, dans le cas où le contrat est résilié pour non-paiement des cotisations ou des fractions de cotisation.

3.3.2 Incapacité temporaire suite à accident pour le parent au foyer

Lorsqu'à la suite d'un accident garanti, l'Assuré « parent au foyer » est médicalement reconnu inapte à exécuter seul, pendant un certain temps, au moins deux actes essentiels de la vie courante (exemple : se laver, se vêtir...), le gestionnaire dûment habilité par l'Assureur verse alors, pour chacun des jours où ces actes sont impossibles, une indemnité journalière, **après écoulement d'une franchise absolue de 31 jours à compter de la date de l'établissement du certificat médical**.

La durée de l'incapacité temporaire est fixée par le médecin traitant de l'Assuré, étant entendu que l'Assureur se réserve le droit d'effectuer un contrôle par son médecin expert.

Dans le cas où le contrat est résilié, alors que des indemnités journalières sont en cours de versement au titre d'un accident garanti survenu avant la résiliation, l'Assureur continue de payer les indemnités journalières auxquelles l'Assuré peut prétendre sans toutefois dépasser la durée totale d'indemnisation précisée au présent contrat.

Toutefois, aucune indemnité journalière n'est due au-delà de la date de résiliation du contrat, dans le cas où le contrat est résilié pour non-paiement des cotisations ou des fractions de cotisation.

3.4 Indemnités journalières suite à hospitalisation

Lorsqu'un accident garanti, a pour conséquence une hospitalisation de l'Assuré prescrite par une autorité médicale habilitée, le gestionnaire dûment habilité par l'Assureur verse pour chaque jour d'hospitalisation une indemnité forfaitaire dont

le montant est indiqué au certificat d'adhésion.

Cette indemnité est due pour une durée maximum de 365 jours d'hospitalisation au titre d'un même accident et est versée **après écoulement d'une franchise absolue de 48 heures**.

L'hospitalisation à domicile est également garantie, sous réserve que :

- Elle ait été prescrite par un médecin hospitalier chargé de la coordination des soins ;

- Le patient soit pris en charge par l'équipe hospitalière responsable des soins ;

- La nature et l'intensité des soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile hors hospitalisation par la complexité et la fréquence des actes prodigués au patient.

Toute nouvelle hospitalisation ayant pour origine un même événement, et à condition que celle-ci soit considérée comme une rechute lorsque la période entre deux hospitalisations est inférieure à quatre-vingt-dix jours.

Toute nouvelle hospitalisation qui intervient dans un délai de quatre-vingt-dix jours après la fin de l'hospitalisation précédente de l'Assuré est considérée comme la suite du même accident, et non comme un nouvel accident.

L'Assureur reprend alors, sans franchise, le versement des indemnités journalières à partir du premier jour de la nouvelle hospitalisation, prescrite par une autorité médicale habilitée, et ce, sans que la durée totale de l'hospitalisation excède la durée maximum d'indemnisation précisée au présent contrat.

L'Assureur se réserve le droit de vérifier le lien de causalité entre l'accident : préalablement indemnisé et la réclamation présentée par l'Assuré en cas de nouvelle hospitalisation.

Dans le cas où le contrat est résilié, alors que des indemnités journalières sont en cours de versement au titre d'un accident garanti survenu avant la résiliation, l'Assureur continue de payer les indemnités journalières auxquelles l'Assuré peut prétendre sans toutefois dépasser la durée totale d'indemnisation précisée au présent contrat.

Toutefois, aucune indemnité journalière n'est due au-delà de la date de résiliation du contrat, dans le cas où le contrat est résilié pour non-paiement des cotisations ou des fractions de cotisation.

La présente garantie ne se cumule jamais avec la garantie « Incapacité temporaire » décrite ci-avant.

3.5 Frais complémentaires d'adaptation

Lorsque l'Assuré est atteint, à la suite d'un accident corporel garanti, d'une **invalidité permanente consolidée d'un taux égal ou supérieur à 40 %**, l'Assureur rembourse les dépenses que l'Assuré doit engager pour aménager sa résidence principale ou secondaire située dans son pays de domicile, ou son véhicule automobile personnel, afin de les adapter au regard de son invalidité consécutive à l'accident garanti.

Ces frais doivent être engagés au plus tard dans l'année suivant la date de la consolidation de l'invalidité permanente. L'Assureur rembourse l'Assuré, sur présentation de factures justificatives, dans la limite du montant maximum indiqué au certificat d'adhésion pour la garantie des Frais complémentaires d'adaptation.

L'Assureur se réserve la possibilité de saisir un expert pour vérifier le bien-fondé de la réclamation.

4- CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES

Pour les personnes physiques salariées ou exerçant une activités rémunérée (vie privée uniquement) :

L'ensemble des périodes de la journée pendant laquelle un Assuré n'exerce pas son activité salariée ou rémunérée. Est exclu de cette période le temps de trajet de l'Assuré pour se rendre directement sur les lieux de son activité et pour rentrer directement à son domicile, considéré par la Sécurité Sociale comme un accident du travail.

Pour les personnes au foyer (24 heures sur 24) :

Les garanties du présent contrat produisent leurs effets, 24 heures sur 24.

Pour les enfants (24 heures sur 24) :

Les garanties du présent contrat produisent leurs effets, 24 heures sur 24, tant au cours de leurs activités scolaires qu'extra-scolaire.

5- NATURE ET MONTANT DES GARANTIES

Décès accidentel	Option 1 : 30 000€ Option 2 : 50 000€ Option 3 : 100 000€
Invalidité permanente accidentelle..... Franchise: 5% Barème Indicatif d'Invalidité pour les Accidents du Travail	Option 1 : 30 000€ Option 2 : 50 000€ Option 3 : 100 000€
Incapacité temporaire totale suite à accident pour un assuré salarié..... Franchise : 90 jours Payable pendant 365 jours maximum	Formule 1 : 15€/jour Formule 2 : 20€/jour Formule 3 : 30€/jour
Incapacité temporaire totale suite à accident pour un assuré parent au foyer..... Franchise : 31 jours Payable pendant 180 jours maximum	Formule 1 : 15€/jour Formule 2 : 20€/jour Formule 3 : 30€/jour
Indemnités journalières suite à hospitalisation.. Franchise : 48 heures Payables 365 jours maximum Pas de cumul entre l'incapacité temporaire et les Indemnités journalières en cas d'hospitalisation	Formule 1 : 20€/jour Formule 2 : 30€/jour Formule 3 : 30€/jour
Frais complémentaires d'adaptation..... (Taux d'invalidité permanente supérieure à 40%)	Formule 1 : 5 000€ Formule 2 : 10 000€ Formule 3 : 15 000€

6- EXCLUSIONS

Demeurent exclus au titre du présent contrat :

- TOUTES LES MALADIES
- LES ACCIDENTS DU TRAVAIL (Y COMPRIS TRAJET ALLER RETOUR TRAVAIL/ DOMICILE),
- LES ACCIDENTS CAUSES OU PROVOQUES INTENTIONNELLEMENT PAR L'ASSURE ET/OU PAR LE BENEFICIAIRE DU PRESENT CONTRAT.
- LES CONSEQUENCES DU SUICIDE OU TENTATIVE DE SUICIDE DE L'ASSURE, CONSCIENT OU INCONSCIENT AINSI QUE LES ACCIDENTS CAUSES PAR L'USAGE DE DROGUES OU DE STUPEFIANTS NON PRESCRITS MEDICALEMENT.
- LES ACCIDENTS SURVENANT LORSQUE L'ASSURE EST CONDUCTEUR D'UN VEHICULE ET QUE SON TAUX D'ALCOOLEMIE EST EGAL OU SUPERIEUR A CELUI LEGALEMENT ADMIS DANS LE PAYS OU A LIEU L'ACCIDENT.
- LES ACCIDENTS RESULTANT DE LA PARTICIPATION DE L'ASSURE A UNE RIXE (SAUF CAS DE LEGITIME DEFENSE OU D'ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER), UN DUEL, UN DELIT OU UN ACTE CRIMINEL.
- LES ACCIDENTS SURVENANT LORS DE L'UTILISATION COMME PILOTE OU MEMBRE D'EQUIPAGE D'UN APPAREIL PERMETTANT DE SE DEPLACER DANS LES AIRS OU LORS DE LA PRATIQUE DE SPORTS EFFECTUES AVEC OU A PARTIR DE CES APPAREILS ET NOTAMMENT DU DELTA PLANE, DU PARACHUTISME, DU PARAPENTE, ULM, BASE JUMP OU AILE VOLANTE.
- LES ACCIDENTS SURVENANT LORSQUE L'ASSURE EST PASSAGER D'UN APPAREIL DE LOCOMOTION AERIEENNE QUI N'EST PAS EXPLOITE PAR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORT PUBLIC DE VOYAGEURS.
- LES ACCIDENTS OCCASIONNES PAR LA PRATIQUE D'UN SPORT A TITRE PROFESSIONNEL ET LA PRATIQUE, MEME A TITRE D'AMATEUR DE TOUS SPORTS NECESSITANT L'USAGE D'ENGINS MECANIQUES A MOTEUR, QUE CE SOIT EN QUALITE DE PILOTE OU DE PASSAGER. PAR PRATIQUE D'UN SPORT, IL FAUT ENTENDRE LES ENTRAINEMENTS, LES ESSAIS AINSI QUE LA PARTICIPATION AUX EPREUVES SPORTIVES OU COMPETITIONS.
- LES ACCIDENTS SURVENANT LORS DE LA PRATIQUE DES SPORTS SUIVANTS : LA PLONGEE SOUS-MARINE SUPERIEURE A 50 METRES, LA SPELEOLOGIE, L'ESCALADE ET LA RANDONNEE EN HAUTE MONTAGNE (SUPERIEURE A 2500 METRES), LE SKI HORS-PISTE.
- LES ACCIDENTS RESULTANT DE CRISE D'EPILEPSIE OU DE DELIRIUM TREMENS, DE RUPTURE D'ANEVRISME, D'UN INFARCTUS DU MYOCARDE, D'UNE EMBOLIE CEREBRALE OU D'UNE HEMORRAGIE MENINGEE, D'UNE AFFECTION MICROBIENNE, VIRALE OU PARASITAIRE.
- LES ACCIDENTS PROVOQUES PAR LA GUERRE, CIVILE OU ETRANGERE, DECLAREE OU NON, CEPENDANT LES PERSONNES ASSUREES QUI SERAIENT SURPRISES PAR LA SURVENANCE DE TELS EVENEMENTS AU COURS D'UN SEJOUR DANS UN PAYS ETRANGER SERONT TENUES DE QUITTER LE LIEU DES HOSTILITES DANS LES PLUS BREFS DELAIS. LES GARANTIES RESTERONT ACQUISES AUX PERSONNES ASSUREES JUSQU'A LEUR RETOUR A LEUR DOMICILE OU LIEU DE TRAVAIL HABITUEL ET PENDANT UN DELAI DE QUINZE JOURS MAXIMUM A COMPTER DE LA DATE DE SURVENANCE DES EVENEMENTS.
- LES ACCIDENTS DUS A DES RADIATIONS IONISANTES EMISES PAR DES COMBUSTIBLES NUCLEAIRES OU PAR DES PRODUITS OU DECHETS RADIOACTIFS, OU CAUSES PAR DES ARMES OU DES ENGINS DESTINES A EXPLOSER PAR MODIFICATION DE STRUCTURE DU NOYAU DE L'ATOME.
- LA CONDUITE DE TOUT VEHICULE SI L'ASSURE NE POSSEDE PAS LE PERMIS, LA LICENCE OU LE CERTIFICAT CORRESPONDANT.
- LES SEJOURS EN MAISON DE REPOS, ETABLISSEMENT DE CONVALESCENCE, MAISON D'ENFANT A CARACTERE SANITAIRE INSTITUT MEDICO PEDAGOGIQUE ET MEDICO PSYCHO PEDAGOGIQUE, HOSPICE, MAISON DE RETRAITE, LOGEMENT, FOYER, ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT, CENTRE DE CURE MEDICALE, SERVICE DE LONG SEJOUR DANS UN ETABLISSEMENT HOSPITALIER, CENTRE DE CURE THERMALE, MARINE OU RAJEUNISSEMENT, TRAITEMENTS ESTHETIQUE, DIETETIQUES, , NON CONSIDERES COMME UNE HOSPITALISATION AU SENS DU PRESENT CONTRAT.

7- TERRITORIALITE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent uniquement en France Métropolitaine, en Corse et dans les DOM COM. Les garanties sont étendues à l'étranger pour les séjours inférieurs à 3 mois.

8- FIN DES GARANTIES

Les garanties cessent pour l'Assuré :

- Dans l'année du 75ème anniversaire pour les garanties « Décès »,
- Dans l'année du 65ème anniversaire pour les garanties « Invalidité permanente », « Incapacité temporaire » et « indemnités journalières suite à hospitalisation »
- Lors de son décès,
- Lorsque les enfants ne sont plus à charge selon la définition du Chapitre 1.

9- NON CUMUL DES GARANTIES

Aucun accident ne peut donner droit simultanément :

- Au versement des capitaux en cas de décès par accident et d'invalidité permanente par accident pour le même assuré: Aucun accident ne peut donner droit simultanément au versement des capitaux en cas de décès par accident et d'invalidité permanente par accident. Dans le cas où, après avoir perçu une indemnité résultant de l'invalidité permanente totale ou partielle consécutive à un accident garanti, l'Assuré vient à décéder dans un délai de deux ans des suites du même accident, l'Assureur verse au bénéficiaire le capital prévu en cas de décès par accident après déduction de l'indemnité déjà versée au titre de l'invalidité permanente.
- Au versement simultané d'indemnités journalières au titre des garanties « Incapacité temporaire totale » et « Indemnités journalières d'hospitalisation » pour le même assuré et le même accident.

10- DÉCLARATION ET MODALITÉS DE PAIEMENTS

L'assuré doit déclarer au Gestionnaire, tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du contrat, et ce dans les plus brefs délais.

L'assuré doit adresser ses demandes ou déclarations à l'adresse suivante du Gestionnaire : **POP SANTE, 1050 Chemin des exquerts - 84170 MONTEUX** L'efficacité des prestations est subordonnée à la fourniture à POP SANTE (ou le cas échéant au médecin-conseil de l'assureur) des justificatifs décrits ci-après.

• CONDITIONS DE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

En cas de décès accidentel de l'assuré pendant la période de validité des garanties, Mutuelle UMC règle au(x) bénéficiaire(s) le capital souscrit.

Le paiement du capital garanti suite au décès de l'assuré met fin au contrat.

Pièces justificatives à fournir :

Les bénéficiaires devront faire parvenir à POP SANTE :

- l'original du Certificat d' Adhésion, et de ses éventuels avenants,
- l'original de l'acte de décès de l'Assuré,
- un certificat médical constatant le décès et en précisant la cause,
- un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois et une copie de la Carte Nationale d'Identité lorsque le bénéficiaire est une personne physique,
- Une copie du livret de famille ou un certificat d'hérédité selon le cas,
- un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales.

La Mutuelle se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Dans tous les cas le paiement du montant du capital garanti est indivisible à l'égard de la Mutuelle qui l'effectue contre quittance des bénéficiaires désignés.

• CONDITIONS DE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE

En cas d'invalidité permanente de l'assuré pendant la période de validité des garanties et constatée médicalement, Mutuelle UMC règle au bénéficiaire le capital dû.

Pièces justificatives à fournir :

Le bénéficiaire devra faire parvenir à POP SANTE :

- l'original du Certificat d' Adhésion, et de ses éventuels avenants,
- la notification d'invalidité permanente de la Sécurité sociale, et un certificat médical de consolidation,
- un certificat médical détaillé, établissant la nature et la cause de l'invalidité, un descriptif de l'état de santé, sa date de stabilisation ainsi que la nécessité éventuelle de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie courante,
- les rapports d'expertises médicales et judiciaires,
- la notification d'attribution de pension versée par le Régime Social auquel appartient l'Assuré,
- un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois et une copie de la Carte Nationale d'Identité lorsque le bénéficiaire est une personne physique,
- Une copie du livret de famille ou un certificat d'hérédité selon le cas,
- un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre rapport des autorités locales.

Les causes de l'accident et ses conséquences, le taux de l'invalidité, sont constatés par accord entre les parties ou, à défaut d'accord, par deux médecins désignés chacun par l'une des parties. En cas de divergence, ceux-ci s'adjoignent un troisième médecin pour les départager. S'ils ne s'entendent pas sur le choix de ce dernier ou, faute par l'une des parties de désigner son expert, la désignation est faite à la requête de la partie la plus diligente par le président du tribunal de grande instance du domicile du Souscripteur avec dispense de serment et de toutes autres formalités.

Chaque partie conserve à sa charge les honoraires et frais relatifs à l'intervention du médecin qu'elle a désigné, ceux nécessités par l'intervention éventuelle d'un troisième médecin étant partagés par moitié entre elles.

La Mutuelle se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier.

Dans tous les cas le paiement du montant du capital garanti est indivisible à l'égard de la Mutuelle qui l'effectue contre quittance des bénéficiaires désignés.

• CONDITIONS DE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE ET/OU HOSPITALISATION

Quel que soit l'assuré hospitalisé, les indemnités sont versées au 1er assuré, charge à lui de les reverser, à l'identique, à l'assuré concerné.

L'assuré doit adresser ses demandes ou déclarations d'accident à l'adresse suivante du Gestionnaire : **POP SANTE, 1050 Chemin des exquerts - 84170 MONTEUX.**

Pièces justificatives à fournir :

L'assuré doit adresser à POP SANTE un bulletin d'hospitalisation au plus tard dans les 15 jours suivant le début de son hospitalisation, sauf cas de force majeure.

Si l'hospitalisation dure plus de 15 jours, les indemnités sont réglées hebdomadairement sur présentation d'un bulletin de situation.

En outre, l'assuré fera parvenir à POP SANTE :

- une déclaration d'accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident

- les preuves de l'accident : rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, coupures de journaux...

- le certificat du médecin, du chirurgien ou du centre hospitalier appelé à donner les premiers soins, décrivant les blessures et fixant la durée prévisible de l'arrêt d'activité ;

- un certificat médical de prolongation, si l'Assuré n'est pas en mesure de reprendre son activité à la date fixée par le précédent certificat. Ce certificat doit parvenir à l'Assureur dans un délai de dix jours suivant la date d'expiration du certificat précédent.

La Mutuelle UMC se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives permettant d'apprécier si l'hospitalisation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie. À la sortie de l'hôpital, l'assuré fait parvenir à POP Santé un bulletin d'hospitalisation ou une copie de la facture mentionnant les dates d'entrée et de sortie ou le nombre de jours du séjour.

• Contrôle médical :

L'Assuré doit apporter la preuve de la nécessité de l'hospitalisation et/ou de l'arrêt de travail. Il fournira à ce titre tous les éléments justificatifs qui peuvent lui être demandés, et se soumettra aux examens de contrôle effectués par le médecin délégué par l'Assureur ou tout autre représentant mandaté par celui-ci. Ainsi, l'Assuré s'engage à autoriser l'accès de son domicile ou lieu de traitement préalablement signalé par lettre recommandée à l'Assureur, sauf opposition justifiée.

A défaut de pouvoir se soumettre au contrôle ou à cet examen médical, sauf s'il est justifié par un cas de force majeure, le paiement des indemnités garanties, selon la situation, sera respectivement refusé ou suspendu.

En cas d'examen médical, l'Assuré a la possibilité de se faire représenter par un médecin de son choix. Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les conclusions de l'examen médical seront communiquées à l'Assuré par le Médecin conseil de l'Assureur. Elles peuvent conduire l'Assureur à refuser le paiement des indemnités garanties, s'il juge que l'état de l'Assuré ne nécessitait pas une hospitalisation ou la prolongation du séjour. Si l'Assuré n'a pas contesté dans les 30 jours, le diagnostic du Médecin-conseil est considéré comme acquis.

• L'expertise médicale :

En cas de désaccord sur les conclusions du Médecin conseil, l'Assuré doit transmettre à l'Assureur une attestation médicale contradictoire. Dans le cas d'avis médicaux contradictoires, les deux médecins désigneront un expert. Faute par l'une des parties de s'entendre sur le choix d'un expert, la désignation en sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

Les honoraires de l'expert et les éventuels frais de sa nomination sont supportés à parts égales par les deux parties. Tant que cette expertise amiable n'a pas eu lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.

La victime ou ses ayants droit doivent s'efforcer de limiter les conséquences de l'accident et recourir notamment aux soins médicaux nécessités par l'état de la victime.

Les mandataires et médecins désignés par l'Assureur ont, sauf opposition justifiée, libre accès auprès de la victime et de ses médecins traitants pour constater son état.

• Aggravation indépendante du fait accidentel :

Toutes les fois que les conséquences d'un accident sont aggravées par l'état constitutionnel de la victime, par un manque de soins dû à sa négligence ou par un traitement empirique, par une maladie ou une invalidité préexistante et, en particulier, par un état diabétique ou hématique, les indemnités dues sont déterminées d'après les conséquences qu'aurait eu l'accident chez un sujet valide et de santé normale soumis à un traitement rationnel.

11- FONCTIONNEMENT DU CONTRAT

• Conditions pour adhérer :

L'Adhérent et le conjoint/concubin doivent être âgés d'au moins 18 ans et au maximum :

- dans l'année de ses 69 ans à la date de la souscription, pour bénéficier de la garantie décès.

- dans l'année de ses 60 ans à la date de souscription pour bénéficier de l'ensemble des autres garanties.

Les enfants : doivent être âgés de plus de 2 ans et moins de 26 ans

L'âge maximum de la couverture

- dans l'année du 75ème anniversaire de l'assuré pour la garantie décès,

- dans l'année du 65ème anniversaire de l'assuré pour les autres garanties.

La souscription se fait au moyen d'une demande de souscription remplie et signée par l'adhérent transmise à POP Santé.

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle de l'assuré change l'objet du risque, la garantie accordée par la Mutuelle à cet assuré est nulle et les cotisations payées à la Mutuelle à ce

titre demeurent acquises à cette dernière.

• Conditions de modifications des assurés :

À échéance : l'adhérent a la faculté de modifier le présent contrat, à chaque échéance annuelle, 2 mois au moins avant la date d'échéance en formulant sa demande par écrit.

En cours d'année : l'adhérent peut demander des modifications pour les cas suivants: mariage, PACS, concubinage, divorce, décès du conjoint ou concubin, ajout d'un enfant répondant aux critères d'adhésion.

L'Assuré envoie la demande de modification au gestionnaire dûment habilité par l'Assureur par courrier Recommandé avec Accusé de Réception.

• Prise d'effet de l'adhésion des garanties :

L'adhésion prend effet au 1er jour du mois qui suit la date d'adhésion renseignée par l'adhérent sur le bulletin et après validation de la demande d'adhésion par la Mutuelle.

Date d'adhésion : date de signature du bulletin d'adhésion ou date d'enregistrement de la vente par téléphone.

Pour être valide, l'adhésion doit :

- En cas d'adhésion par écrit sur support papier, l'adhésion doit être complétée, signée par l'adhérent et enregistrée par la Mutuelle,

- En cas d'adhésion conclue à distance au sens de l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, c'est-à-dire, exclusivement conclue au moyen de «une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat», l'adhésion doit être complétée par l'envoi d'un certificat d'adhésion.

L'Assuré doit avoir reçu et pris connaissance du contenu de la notice d'information avant la conclusion du contrat.

L'adhésion se renouvelle par tacite reconduction tous les ans au 1er janvier de chaque année jusqu'aux âges maximum indiqués au présent article pour chacune des garanties.

En cas d'incident de paiement sur la 1ère cotisation, la prise d'effet est reportée à la date d'encaissement effective du paiement. A défaut de régularisation dans un délai de 3 mois, l'adhésion est annulée dans tous ses effets. Les cotisations pour la période écoulée restent dues.

• Cotisations :

La garantie est consentie moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée à la souscription et calculée en fonction de l'option choisie au moment de l'adhésion.

Les cotisations peuvent évoluer en fonction :

- Des résultats techniques du contrat collectif à adhésion facultative

- D'une modification du niveau de garantie

- Des évolutions législatives (fiscales ou sociales).

Dans le cas d'une périodicité mensuelle, trimestrielle ou semestrielle, le paiement s'effectue obligatoirement par prélèvement automatique.

Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.

À chaque échéance du contrat fixée au 1er janvier, l'Adhérent reçoit un appel de cotisation, sauf si le règlement est effectué par prélèvement automatique ; dans ce cas, c'est l'avis de débit du prélèvement qui fait foi. L'Adhérent a la possibilité, à chaque anniversaire du contrat et sous condition d'en avoir fait la demande écrite auprès de POP santé, 2 mois auparavant, de modifier le mode de paiement et le fractionnement de la cotisation.

• Délai de carence – Effet de la garantie :

Période suivant l'enregistrement de la demande de souscription pendant laquelle l'ensemble des garanties ne peut donner lieu à indemnisation.

Ces garanties ne comportent pas de délai de carence et débute dès l'expiration du délai de renonciation de trente (30) jours, ou immédiatement lors de l'adhésion au contrat à la demande expresse de l'Adhérent, et sous réserve du paiement de la cotisation.

Les sinistres résultant d'un accident survenu antérieurement à la date d'effet de l'adhésion ne donnent pas lieu à indemnisation.

• Résiliation de l'adhésion par l'adhérent :

L'adhérent a la faculté de résilier de plein droit le présent contrat, à chaque échéance annuelle, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à POP SANTE 2 mois au moins avant la date d'échéance.

En cas de modification de ses droits et obligations, conformément à l'article L221-6 du Code de la Mutualité, l'adhérent peut résilier son adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice ou de l'additif ou de la réception de son nouvel échéancier.

• Résiliation de l'adhésion par la Mutuelle :

- En cas de non-paiement des cotisations ou de la fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, une lettre de «mise en demeure» sera adressée à l'adhérent. A défaut de paiement dans les 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure, l'adhérent sera exclu des garanties définies au contrat collectif. Les cotisations déjà perçues restent acquises à la Mutuelle. (Article L221.8 du Code de la Mutualité).

- Fausse déclarations intentionnelles

Que ce soit à l'adhésion ou en cours de garantie, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la déchéance de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause.

Par ailleurs, la communication d'informations erronées, portant sur la date, les circonstances et conséquences du sinistre, n'ouvre pas droit aux prestations garanties. Dans ce cas, POP SANTE se réserve le droit de poursuivre le bénéficiaire pour le remboursement des sommes indûment versées et les cotisations payées d'avance restent acquises à POP SANTE.

• Frais :

En cas d'incident de paiement de la cotisation, des frais seront appliqués :

- Frais de rejet de prélèvement : 10€

- Frais de rejet de chèque : 10€.

• Délai de renonciation :

Adhésion souscrite en face à face

Conformément aux dispositions de l'article L223-8 du Code de la mutualité, le Membre Participant dispose d'un délai de renonciation de trente (30) jours calendaires révolus pour y renoncer à compter de la signature du bulletin d'adhésion

Adhésion souscrite dans le cadre d'une vente à distance (téléphone, internet)

L'adhésion du membre Participant a été souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance, en application de l'article L221-18 du Code de la mutualité, le membre Participant dispose d'un délai de renonciation de trente (30) jours calendaires révolus pour y renoncer.

Ce délai commence à courir soit à compter du jour où il est informé que son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations conformément à l'article L121-20-11 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure. Il expire le dernier jour à vingt-quatre (24) heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Cette renonciation doit être notifiée au gestionnaire par lettre recommandée avec avis de réception.

Ci-après, un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation. «Je, soussigné(e) (Nom, prénom), Domicilié(e), (Adresse complète),

..... Déclare renoncer à mon adhésion du/...../20... à la garantie « nom du produit » et demande le remboursement de l'intégralité des sommes que j'ai versées au titre de ma cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance.»

Fait à, le/...../20... (Signature).

• CORRESPONDANCES :

Pour toutes correspondances (autres que les réclamations destinées aux médiateurs et le droit d'accès Informatique et Libertés) à la Mutuelle UMC merci d'adresser vos courriers à l'adresse suivante :

**ELO FAMILLE UMC C/o POP Santé,
ZA La Tapy – 1050 chemin des Exquerts
84170 MONTEUX**

12- DISPOSITIONS DIVERSES

Conformément au Code de la Mutualité, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites pour deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas l'adhérent. Les actions du bénéficiaire soit prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi en recommandé avec accusé de réception adressée par la Mutuelle UMC à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'adhérent ou le bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

• Souscriptions multiples :

Il ne peut y avoir en aucun cas d'adhésions multiples au contrat concernant un même assuré; si tel devait être le cas, l'engagement de l'Assureur serait en tout état de cause limité à la première adhésion concernant l'assuré.

• Réclamations et litiges :

L'adhérent peut adresser une réclamation par écrit à POP Santé qui s'engage à accuser réception et à apporter une réponse dans les meilleurs délais à l'adresse suivante : POP Santé, 1050 chemin des Exquerts - 84 170 MONTEUX.

En cas de réponse non satisfaisante à une réclamation de l'adhérent; une demande de médiation peut être envoyée, par recommandé avec avis de réception, à l'adresse suivante : Mutuelle UMC, Monsieur le Médiateur 35 rue Saint Sabin 75534 PARIS CEDEX 11.

En cas de désaccord à l'issue de cette médiation interne, l'adhérent peut saisir le médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) à l'adresse suivante : FNMF, Service Médiation 255 rue de Vaugirard 75015 PARIS

Ce dernier, après avoir vérifié le respect de la procédure de médiation interne, examinera la demande de l'adhérent et rendra un avis en toute équité et en toute indépendance.

• Autorité de Contrôle :

Conformément au Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACPR), 61 rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09.

• Informatique et Libertés :

Conformément à la loi n°2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'adhérent ou, le cas échéant, ses ayants droit, dispose d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes, d'un droit d'accès et de communication des données le concernant.

Ces droits peuvent être exercés en s'adressant à la Mutuelle UMC, 35 rue Saint Sabin 75011 PARIS ou à contact.cil@mutuelleumc.fr.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées à l'adhérent ou, le cas échéant, aux ayants droit, 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 Santé Publique.

Les informations concernant l'adhérent ou, le cas échéant, les ayants droit sont destinées à Mutuelle UMC et au délégataire de gestion dûment habilité et lui sont nécessaires pour assurer la gestion et le suivi des adhésions.