



ACCIDENTS DE LA VIE

CONDITIONS GÉNÉRALES

JUIN 2021



Conditions générales du contrat d'assurance Multirisques Accidents de la vie Juin 2021

Madame, Monsieur,

Nous sommes heureux de vous compter au nombre de nos sociétaires et vous remercions de la confiance que vous nous témoignez. Votre contrat Multirisques Accidents de la vie est régi par le Code des assurances, les présentes Conditions Générales et par vos Conditions Particulières.

Vos Conditions Particulières ont pour objet de spécifier :

- La nature et le montant des garanties que vous avez choisi de souscrire ainsi que les dispositions particulières et les franchises éventuellement applicables ;
- Les personnes que vous avez souhaité assurer.

Conformément à l'article L.112-2 du Code des assurances, les présentes Conditions Générales valent notice d'information.

Le sommaire de la page suivante vous sera utile pour mieux comprendre votre contrat. Si vous éprouvez des difficultés, n'hésitez pas à nous consulter pour que nous recherchions ensemble les réponses aux questions que vous vous posez. Avec les présentes Conditions Générales, un exemplaire complet de nos Statuts vous est remis.

Conformément à l'article 6 de nos Statuts, nul ne peut être admis à souscrire un contrat d'assurance auprès de notre société s'il n'a pas été admis au préalable comme sociétaire.

Le Conseil d'Administration

Titre 1 : Dispositions Générales	5
Article 1 Lexique	5
Article 2 Etendue territoriale	9
Article 3 Objet du contrat	10
Titre 2 : Personnes assurées et bénéficiaires	11
Article 4 Assurés.....	11
Article 5 Bénéficiaires	12
Titre 3 : Evénements garantis	13
Titre 4 : Garanties et seuils	14
Article 6 Invalidité	14
Article 7 Décès	15
Article 8 Hospitalisation	16
Titre 5 : Sinistres	17
Article 9 Obligations.....	17
Article 10 Indemnisation forfaitaire	19
Titre 6 : Exclusions communes à toutes les garanties	21
Titre 7 : La vie du contrat	24
Article 11 Conclusion et prise d'effet	24
Article 12 Durée.....	24
Article 13 La résiliation de votre contrat.....	25
Article 14 Vos déclarations	30
Article 15 Paiement de la cotisation.....	31
Article 16 Convention de règlement des cotisations par prélèvements automatiques	33
Article 17 L'évolution des cotisations	35
Titre 8 : Informations	36
Article 18 Prescription.....	36

Article 19 Traitement des réclamations	37
Article 20 Protection des données à caractère personnel	38
Article 21 Dispositions spécifiques à la vente à distance.....	41
Article 22 Usage de moyens de communication électroniques.....	42
Titre 9 : Autorité de contrôle.....	43

Titre 1 : Dispositions Générales

Pour faciliter notre communication, Nous avons répertorié et défini dans notre lexique les termes à valeur contractuelle les plus couramment utilisés dans les présentes Conditions Générales.

Article 1 Lexique

Accident :

Toute atteinte à l'intégrité corporelle de l'Assuré, non intentionnelle de sa part, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Année d'assurance :

- La période comprise entre deux échéances annuelles de Cotisation ;
- Si la date de prise d'effet est en cours d'année, la période comprise entre cette date et la prochaine échéance annuelle ;
- En cas de Résiliation du contrat en cours d'année, la période comprise entre la date d'échéance précédente et celle de la Résiliation.

Assuré :

Selon la formule souscrite et sous condition d'une désignation aux Conditions Particulières, ont la qualité d'Assuré :

- Le Souscripteur dont l'âge est compris entre 18 ans et 64 ans au moment de la souscription ;
- Son conjoint non divorcé, non séparé de fait ou de droit OU son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) OU son concubin notoire, dont l'âge est compris entre 18 ans et 64 ans au moment de la souscription (ci-après dénommé le « **Conjoint** ») ;
- Sont également considérés comme Assuré :
 - Les enfants mineurs de l'un, de l'autre ou des deux, Fiscalement à charge et vivant au foyer ;
 - Les enfants majeurs de l'un, de l'autre ou des deux de 25 ans au plus, n'exerçant pas d'activité

professionnelle, Fiscalement à charge et vivant au foyer ;

- Les personnes dont l'âge est compris entre 18 ans et 64 ans au moment de la souscription, Fiscalement à charge et vivant au foyer, dont le Souscripteur ou son Conjoint a la tutelle ou la curatelle.

Avenant :

Document constatant une modification du contrat.

Capital de référence :

Il existe trois niveaux de Capital de référence (Niveau 1, 2 et 3). Le niveau choisi par Vous, figure aux Conditions Particulières. Les prestations versées sont calculées sur la base du Capital de référence.

Certificat médical initial (CMI) :

Certificat délivré par le premier médecin qui vous a examiné moins de 10 jours après l'Accident et qui doit mentionner toutes les blessures constatées et consécutives à l'Accident.

Est assimilé à un CMI, un bulletin d'admission dans un établissement de soins dans les 24 heures de l'Accident.

A contrario, n'est pas considéré comme un CMI, le certificat médical ou le bulletin d'admission aux urgences qui mentionne expressément l'absence de blessures.

Code :

Le Code des assurances. Il s'agit de l'ensemble des textes législatifs et réglementaires qui régit et définit les obligations réciproques liant l'assureur et l'assuré.

Conditions Générales :

Présent document décrivant les garanties proposées et le fonctionnement du contrat.

Conditions Particulières et leurs annexes :

Documents délivrés lors de la souscription du contrat ou de sa modification (Avenant) précisant notamment le nom des personnes assurées ainsi que l'énoncé et le plafond des garanties souscrites.

Conjoints :

Personnes non séparées de droit ou de fait :

- mariées,
- unies par un pacte civil de solidarité,
- vivant sous le même toit, de telle sorte qu'elles puissent être communément regardées comme formant un couple.

Consolidation :

Moment où les séquelles conservées par la victime assurée ne sont plus susceptibles d'amélioration, en l'état des connaissances médicales de l'époque. La date de Consolidation est fixée par notre médecin expert. La Consolidation est matérialisée par un certificat fourni par votre médecin traitant.

Cotisation :

Son montant figure sur l'avis d'échéance et constitue le prix de l'assurance.

Déchéance :

Perte du droit à la garantie de l'assureur, en cas de Sinistre, lorsque l'Assuré ou son représentant légal n'a pas exécuté ses obligations contractuelles.

Dommages corporels :

Toute atteinte à l'intégrité physique se traduisant par des débours de soins et/ou une perte temporaire ou définitive de tout ou partie des capacités fonctionnelles d'un être humain et ses conséquences.

Fiscalement à charge :

Est économiquement à charge, la personne remplissant au moins l'une des conditions énumérées ci-dessous :

- rattachée au foyer fiscal du Souscripteur ou de son Conjoint ;
- pour laquelle une pension alimentaire est réglée ;
- dont les ressources personnelles ne dépassent pas le plafond net Sécurité sociale de l'année de survenance par an.

France :

France métropolitaine et Départements et Régions d'Outre-Mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et La Réunion).

Incapacité permanente (AIPP : Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique) :

Réduction définitive de la capacité physiologique globale entraînée par un Accident garanti.

L'évaluation de l'AIPP est faite par notre médecin expert, à la date de Consolidation de l'état de la victime assurée. Elle est évaluée en pourcentage d'après le « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » publié par Le Concours Médical (dernière édition parue à la date de l'expertise médicale). Si l'Accident garanti aggrave un état antérieur, notre médecin expert évalue le taux d'AIPP imputable à cet Accident.

Nous :

La Mutuelle Fraternelle d'Assurances (M.F.A.) dont le siège est : 6 rue Fournier
92110 Clichy.

Société d'assurance mutuelle à cotisations variables régie par le Code des assurances.

Nullité du contrat :

Mesure visée par la loi – article L.113-8 du Code des assurances – pour sanctionner le Souscripteur ayant fait une fausse déclaration volontaire du risque, à la souscription ou en cours de contrat, dans l'intention de tromper l'assureur. Le contrat est considéré comme n'ayant jamais existé.

Prescription :

Délai à l'issue duquel le titulaire d'un droit ne dispose plus d'action pour le faire valoir.

Réduction des indemnités :

Mesure visée par la loi – article L.113-9 du Code des assurances – pour sanctionner le Souscripteur ayant omis de déclarer à l'assureur tous les éléments du risque ou ayant fait une déclaration inexacte à la souscription ou en cours de contrat qui, en conséquence, n'a pas permis à l'assureur d'appliquer une Cotisation adaptée. L'indemnité de Sinistre est alors réduite en proportion de la Cotisation payée par rapport à la Cotisation qui aurait été due si le Souscripteur avait complètement et exactement déclaré le risque.

Résiliation :

C'est la cessation des effets du contrat à votre initiative ou à la nôtre.

Sinistre :

Réalisation d'un événement accidentel susceptible de mettre en jeu au moins une garantie du contrat.

Sociétaire :

La personne qui, acceptée par le Conseil d'Administration de la M.F.A., a acquitté son droit d'adhésion et bénéficie des avantages et des droits que les Statuts accordent.

Souscripteur :

Signataire du contrat défini sous ce nom aux Conditions Particulières.

Support durable :

Tout instrument offrant la possibilité à l'Assuré ou à l'assureur de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

Tacite reconduction :

Renouvellement automatique du contrat à son échéance annuelle. Lorsque le contrat n'est pas résilié dans les formes et conditions prévues par les présentes Conditions Générales, il est automatiquement renouvelé pour une durée d'un an.

Vous :

Vous-même en votre qualité de Souscripteur et la personne désignée en qualité d'Assuré aux Conditions Particulières, s'il ne s'agit pas du Souscripteur.

Article 2 Etendue territoriale

Les garanties s'exercent en France et dans la Principauté de Monaco

Toutefois, elles sont acquises :

- dans le monde entier, pendant les douze premiers mois du séjour hors de France ;
- pour tous les séjours, quelle qu'en soit la durée, effectués à la demande de l'employeur de l'Assuré pour l'exécution d'une mission temporaire dans les pays de l'Espace Économique Européen et dans les pays suivants : Suisse, Saint-Marin, Vatican.

En cas d'Accident corporel survenu hors de France

L'expertise médicale sera toujours effectuée par référence à la dernière édition, au jour de l'expertise médicale, du « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » publié dans la revue Le Concours Médical. Le paiement sera toujours effectué en France et en euros.

Article 3 Objet du contrat

Nous garantissons le paiement d'indemnités forfaitaires en cas de survenance d'un Accident entraînant une hospitalisation de l'Assuré et/ou occasionnant une Incapacité permanente à l'Assuré ou entraînant son décès.

Trois formules de contrats sont proposées :

- Formule « Solo »
- Formule « Duo »
- Formule « Famille »

Les formules de garanties					
Garanties		Invalidité	Décès	Hospitalisation	
Dénomination de la formule des garanties					
Type de couverture		Invalidité accidentelle	Décès accidentel	Hospitalisation causée par un Accident de la vie privée	
Délai de carence		non		2 jours	
Age de souscription	Min			18	
	Max			64	
Prestations		Paiement d'un capital en cas d'invalidité suite à un Accident de la vie privée selon le barème de l'article 6	Paiement d'un capital fixe en cas de décès suite à un Accident de la vie privée	Paiement d'un forfait journalier en cas d'hospitalisation et après un délai de carence de 2 jours et pendant 60 jours maximum par sinistre et par bénéficiaire	
Capital de référence	Niveau 1	50 000 €	20 000 €	25 € / jour	
	Niveau 2	100 000 €	30 000 €	35 € / jour	
	Niveau 3	200 000 €	50 000 €	50 € / jour	
Prestations d'Assistance		Selon la Convention MFA – Mondial Assistance			

Titre 2 : Personnes assurées et bénéficiaires

Article 4 Assurés

Sous conditions d'une désignation aux Conditions Particulières, la qualité d'Assuré est attribuée :

Pour la formule « Solo »

- au Souscripteur dont l'âge est compris entre 18 ans et 64 ans au moment de la souscription¹.

Pour la formule « Duo »

- au Souscripteur dont l'âge est compris entre 18 ans et 64 ans au moment de la souscription¹ ;
- à son Conjoint dont l'âge est compris entre 18 ans et 64 ans au moment de la souscription¹.

Pour la formule « Famille »

- au Souscripteur dont l'âge est compris entre 18 ans et 64 ans au moment de la souscription¹ ;
- à son Conjoint dont l'âge est compris entre 18 ans et 64 ans au moment de la souscription¹ ;
- aux enfants mineurs de l'un, de l'autre ou des deux, Fiscalement à charge et vivant au foyer ;

¹ En tout état de cause, les garanties cessent de plein droit à l'échéance principale suivant le 90ème anniversaire de l'Assuré.

- aux enfants majeurs de l'un, de l'autre ou des deux de 25 ans au plus², n'exerçant pas d'activité professionnelle³, Fiscalement à charge et vivant au foyer.

Sont également considérés comme Assuré :

- Les personnes dont l'âge est compris entre 18 ans et 64 ans au moment de la souscription, Fiscalement à charge et vivant au foyer, dont le Souscripteur ou le Conjoint a la tutelle ou la curatelle¹.

Article 5 Bénéficiaires

En cas d'Atteinte permanente à l'intégrité Physique et Psychique (AIPP), l'indemnité correspondant à l'Incapacité permanente et au forfait hospitalisation est versée à l'Assuré, victime de l'Accident.

En cas de décès de l'Assuré consécutif à un évènement garanti, l'indemnité est versée à :

Pour la formule Solo :

A la personne nommément désignée aux Conditions Particulières, à défaut aux autres ayants droit.

Pour la formule Duo :

En cas de décès du Souscripteur : au Conjoint, à défaut aux autres ayants droit ;
En cas de décès du Conjoint : au Souscripteur, à défaut aux autres ayants droit.

¹ En tout état de cause, les garanties cessent de plein droit à l'échéance principale suivant le 90ème anniversaire de l'Assuré.

² Les garanties cessent de plein droit lorsque l'enfant majeur Fiscalement à charge et vivant au foyer atteint l'âge de 26 ans.

³ L'exercice d'une activité rémunérée accessoire ou complémentaire, exemple : job étudiant, n'est pas assimilé à l'exercice d'une activité professionnelle.

Pour la formule Famille :

- En cas de décès du Souscripteur ou de son Conjoint :
 - au Conjoint survivant ;
 - à défaut, aux enfants ;
 - à défaut, aux autres ayants droit.
- En cas décès des autres personnes considérées comme assurées :
 - Au Souscripteur ;
 - A défaut, au Conjoint ;
 - A défaut, aux autres ayants droit.

Titre 3 : Evénements garantis

Ce sont ceux qui répondent à la définition de l'Accident donnée à l'article 1 ci-avant et qui sont survenus à l'occasion de la vie privée, sous réserve des exclusions mentionnées au titre 6.

Sont ainsi couverts :

- les accidents survenus à l'occasion de la vie courante ou d'activités de loisirs (ménage, cuisine, jardinage, bricolage, voyage...) ;
- les accidents survenus au cours de la pratique, en qualité d'amateur, d'une activité sportive ;
- les accidents imputables à une catastrophe naturelle (inondation, avalanche, affaissement de terrain...) ;
- les accidents imputables à une catastrophe technologique ;
- les agressions, les attentats ou les actes de terrorisme dont l'Assuré est victime et auxquels il n'a pas participé ;
- les accidents lorsque la victime utilise du matériel de jardinage d'une puissance inférieure à 25 cv sur un lieu non ouvert à la circulation publique ;
- les accidents lorsque l'Assuré cycliste ou piéton est victime d'un accident impliquant un véhicule ferroviaire ou tramway circulant sur des voies qui lui sont propres.

Titre 4 : Garanties et seuils

Article 6 Invalidité

Objet

Si, suite à un Accident garanti, vous conservez une Incapacité permanente dont le taux est au moins égal à 10 % d'AIPP, nous vous versons, après réception du rapport médical définissant le taux d'AIPP définitif, un capital selon le niveau de garantie souscrit et le taux d'AIPP :

Garantie Invalidité (3)		
	Calcul de l'indemnité	Plafond
Taux d'AIPP [10% - 100%] (1)	Capital de référence(2) x taux d'AIPP	Niveau 1 : 50 000 € Niveau 2 : 100 000 € Niveau 3 : 200 000 €

- (1) Le seuil d'intervention est porté à 30% d'AIPP à l'échéance principale suivant le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré victime ;
- (2) Le Capital de référence est réduit de 50% à l'échéance principale suivant le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré victime ;
- (3) La garantie Invalidité cesse de plein droit à l'échéance principale suivant le 90^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Exemples :

- Vous avez souscrit le niveau 2 et le taux d'AIPP est de 40 % ; vous serez donc indemnisé à hauteur de 40 % du Capital de référence de 100 000 €, soit 40 000 € ;
- Vous avez souscrit le niveau 3 et le taux d'AIPP est de 70 % ; vous serez donc indemnisé à hauteur de 70 % du Capital de référence, soit 140 000 €.

Evaluation du taux d'incapacité permanente

Le taux d'Incapacité permanente subsistant après Consolidation des blessures est fixé par un médecin expert, spécialiste en évaluation médico-légale du Dommage corporel, désigné par Nous. Ses honoraires sont à notre charge.

Lors de cet examen, vous pouvez vous faire assister par le médecin de votre choix dont les honoraires et frais seront à votre charge.

Le taux d'Incapacité permanente est déterminé conformément au « barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » publié dans la revue Le Concours Médical (dernière édition).

Exclusions

Se reporter au titre 6 Exclusions communes à toutes les garanties.

Article 7

Décès

Objet

En cas de décès de l'Assuré suite à un Accident garanti et après réception des justificatifs visés à l'article 9, nous versons au bénéficiaire un capital forfaitaire dont le montant dépend du niveau de garantie souscrit :

Garantie Décès (2)		
Capital (1)	Niveau 1	20 000 €
	Niveau 2	30 000 €
	Niveau 3	50 000€

- (1) Le capital forfaitaire est réduit de 50% à l'échéance principale suivant le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré victime :
- (2) La garantie Décès cesse de plein droit à l'échéance principale suivant le 90^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Exclusions

Se reporter au titre 6 Exclusions communes à toutes les garanties.

Article 8 Hospitalisation

Objet

Quelle que soit la gravité des blessures, en cas d'hospitalisation continue supérieure à 2 jours, consécutive à un Accident garanti, nous versons un forfait selon le niveau souscrit par jour d'hospitalisation, dans la limite du plafond prévu.

Garantie Hospitalisation (1)			
Niveau	Forfait journalier	Délai de carence	Plafond
Niveau 1	25 €	2 jours	60 jours maximum par sinistre et par bénéficiaire
Niveau 2	35 €		
Niveau 3	50 €		

- (1) La garantie Hospitalisation cesse de plein droit à l'échéance principale suivant le 90^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Exclusions

Se reporter au titre 6 Exclusions communes à toutes les garanties.

Titre 5 : Sinistres

Article 9 Obligations

Délai de déclaration et de transmission de pièces

- a) En cas de blessures ou en cas de décès de l'Assuré

Le Sinistre doit être déclaré dès que vous en avez connaissance et au plus tard dans les 5 jours ouvrés.

Vous devez indiquer dans votre déclaration :

- l'identité du ou des Assuré(s) blessé(s) ou décédé(s) ;
- la date et les circonstances du Sinistre, ses causes connues ou présumées et ses conséquences ;
- le nom et l'adresse des personnes impliquées, le nom de leur assureur, ainsi que le nom et l'adresse des témoins ;
- si un procès-verbal a été établi et auquel cas par quelle autorité.

- b) En cas de blessures de l'Assuré

Vous vous engagez à nous fournir, sous pli confidentiel :

- les données médicales nécessaires pour vérifier l'imputabilité du dommage et obtenir l'indemnisation de votre préjudice ;
- le questionnaire ainsi que le formulaire sur la protection des données personnelles que nous vous avons adressé, dûment complétés, accompagnés du Certificat médical initial descriptif des blessures consécutives à l'Accident qui doit être établi dans le délai de 10 jours maximum à compter de la date de l'Accident ;
- une attestation de votre organisme de Sécurité Sociale ou autre Régime Obligatoire auquel vous êtes affilié précisant la nature de l'Accident (accident, maladie ou travail/trajet) ;
- les comptes rendu d'hospitalisations accompagnés des bulletins de situation en cas d'hospitalisation ;

- un certificat médical de guérison ou de Consolidation avec un descriptif des séquelles établi par votre médecin traitant ;
- toute pièce justificative nécessaire à l'indemnisation du préjudice.

Afin d'être indemnisé, vous devez vous rendre à toute demande de rendez-vous du médecin expert désigné par Nous.

c) En cas de décès de l'Assuré

En cas de décès, le bénéficiaire doit nous communiquer sous pli confidentiel :

- le questionnaire ainsi que le formulaire sur la protection des données personnelles que nous vous avons adressé, dûment complétés, accompagnés d'un extrait d'acte de décès et d'un certificat médical précisant que le décès est consécutif à l'Accident ;
- une attestation de l'organisme de Sécurité Sociale de la victime précisant la nature de l'Accident (accident, maladie ou travail/trajet) ;
- un certificat d'hérédité et/ou copie du livret de famille pour les formules Duo et Famille (lorsque le bénéficiaire n'est pas expressément désigné) ;
- toute pièce justificative nécessaire à l'indemnisation du préjudice.

Les sanctions en cas de non-respect des formalités relatives aux déclarations

La Déchéance des garanties pour déclaration tardive du Sinistre.

En cas de non-respect du délai de déclaration du Sinistre mentionné à l'article 9 a), et sauf si le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure, la MFA peut opposer à l'Assuré la Déchéance des garanties du contrat, à condition d'établir que le retard dans la déclaration lui ait causé un préjudice (article L.113-2 du Code des assurances).

La Déchéance des garanties en cas de fausse déclaration de Sinistre, de mauvaise foi ou d'utilisation intentionnelle de documents inexacts ou de moyens frauduleux en cas de Sinistre.

Dans ce cas, la MFA peut opposer à l'Assuré la Déchéance de toutes les garanties du contrat.

La Réduction d'indemnité

En cas d'omission ou de déclaration inexacte des risques par l'Assuré, constatée après Sinistre, si sa mauvaise foi n'est pas établie, la MFA a le droit de réduire son indemnité en proportion du taux de Cotisations payées par rapport au taux des Cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés (article L.113-9 du Code des assurances).

Article 10 Indemnisation forfaitaire

Information et gestion de votre dossier

Nous vous informons de notre position ou de nos attentes par tout moyen (courrier, téléphone...) suite à la réception de votre déclaration.

Nous nous chargeons, en cas de Sinistre garanti, de l'instruction et de la gestion du dossier et faisons procéder à nos frais aux opérations d'expertises nécessaires.

Lors de l'expertise médicale, vous pouvez vous faire assister par un médecin de votre choix, les frais et honoraires de ce dernier restent à votre charge exclusive.

Traitement de nos désaccords

Litige d'ordre médical

Dans le cas où l'Assuré ou le(s) bénéficiaire(s) d'une part, et Nous d'autre part, ne parvenons pas à nous mettre d'accord soit sur les causes du décès, soit sur la qualification ou le taux d'AIPP retenu, le différend est soumis à deux médecins choisis l'un par l'Assuré ou ses ayants droit, l'autre par Nous.

En cas de désaccord de ces deux médecins, nous désignons avec vous un troisième médecin agissant en qualité de tiers expert ; les frais et honoraires de ce dernier sont supportés à charge égale par Vous et par Nous. En cas de désaccord des deux parties sur le choix du tiers expert ou faute par l'une des parties de désigner son expert, la désignation en est faite à la requête de la partie la plus diligente par le Président du tribunal judiciaire du lieu de l'Accident ou du domicile de la victime.

Les parties prennent l'une et l'autre en charge les honoraires et frais du médecin qu'elles ont respectivement choisi. Elles supportent par moitié les honoraires et frais du troisième médecin.

Paiement de l'indemnité

Suite à la réception de l'ensemble des pièces justificatives que nous lui aurons réclamé ou des conclusions d'expertise fixant définitivement le taux d'AIPP, nous versons l'indemnité à l'Assuré ou au(x) bénéficiaire(s).

L'indemnité Hospitalisation est réglée dès la production des justificatifs d'hospitalisations imputables en appliquant le délai de carence et le plafond prévus à l'article 8.

Titre 6 : Exclusions communes à toutes les garanties

Sont exclues des garanties les atteintes corporelles résultant :

- D'un accident du travail ou de trajet au sens du Code de la sécurité sociale ;
- Des accidents thérapeutiques ;
- Des affections ou lésions de toute nature :
 - qui ne sont pas la conséquence certaine, directe et exclusive de l'événement accidentel déclaré,
 - ou qui sont imputables à une maladie de l'Assuré ainsi qu'aux pertes de conscience subites que cette maladie peut engendrer.
- Des lésions internes suivantes :
 - les affections musculaires, articulaires, tendineuses, telles que ruptures musculaires ou tendineuses ;
 - les pathologies vertébrales, telles que lombalgies, sciatiques et hernies discales, sauf si elles résultent d'un Accident garanti ayant entraîné la fracture d'un corps vertébral ;
 - les affections cardio-vasculaires et vasculaires cérébrales ;
 - les affections virales, microbiennes, parasitaires et infectieuses y compris suite à une piqûre d'insecte ou consécutives à une contamination par prions.
- De l'existence de hernies inguinales, crurales ou ombilicales ;
- D'une expérimentation biomédicale ;
- D'aggravations de blessures, de rechutes, et de façon générale, de tout dommage en relation avec un accident survenu avant la date de prise d'effet du contrat ;
- D'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes ;

- De radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ou émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou des déchets radioactifs ;
- Directement ou indirectement de guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire, attentat auxquels l'Assuré a pris une part active, ou si l'Assuré y participe, d'interventions militaires ;
- De la manipulation volontaire par l'Assuré d'un engin de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;
- De troubles psychiques imputables au travail ou à l'environnement professionnel ;
- De tout suicide ou de toute tentative de suicide ;
- D'une mutilation volontaire ;
- De la participation volontaire de l'Assuré à un défi, un pari, une lutte ou une rixe ;
- De la participation active de l'Assuré ou d'un bénéficiaire à un acte illicite constituant un crime ou un délit intentionnel au sens des dispositions du Code pénal ;
- D'une intervention chirurgicale, médicale, obstétricale ou esthétique, entreprise sur l'Assuré par lui-même ou par un tiers non muni des diplômes exigés par la réglementation française pour effectuer celle-ci ;
- Les accidents sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé français, c'est-à-dire :
 - un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale ;
 - directement imputable à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins ;
 - réalisés par un professionnel de santé, un établissement, un service ou un organisme, dont les activités sont régies par le Code de santé publique ;
 - ayant eu pour l'Assuré des conséquences anormales au regard de son état de santé comme une évolution prévisible de celui-ci.
- D'un accident de la circulation impliquant un véhicule terrestre à moteur (ainsi que ses remorques ou semi-remorques) soumis à l'obligation d'assurance, sauf les cas expressément visés à l'article 3 du contrat Multirisques Accident de la vie ;
- De l'utilisation de tous moyens de déplacement individuels motorisés ou électriques dont la vitesse excède 5 km par heure ;

- De la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- De la pratique de sports dangereux ainsi que de toutes autres activités sportives exercées dans un club ou dans une association affiliés à une fédération sportive ;

Sont considérés comme dangereux : la chasse et action de chasse, la pêche sous-marine, le tir, le bobsleigh, le polo, le yachting, les sports de combat, le saut à l'élastique, le char à voile, le rafting, la spéléologie, le canyoning, la plongée sous-marine, l'escalade sans le concours d'un moniteur ou d'un guide, le ski de vitesse, le parachutisme, le saut à ski et le ski hors-piste et de toute autre compétition sportive quel qu'en soit le domaine.

Sont également exclues des garanties les atteintes corporelles survenues alors que l'Assuré est :

- En état d'ivresse ou sous l'emprise d'un état alcoolique ou sous l'influence de stupéfiants.

Cette exclusion n'est pas opposable au Conjoint et aux enfants (mineurs, majeurs de vingt-cinq ans au plus, majeurs dont le Souscripteur ou son Conjoint a la tutelle ou la curatelle et qui sont économiquement à la charge de l'Assuré décédé) bénéficiaires du capital décès.

Titre 7 : La vie du contrat

Article 11 Conclusion et prise d'effet

Votre contrat est parfait dès l'accord entre Vous et la MFA.
Les garanties prennent effet aux date et heure indiquées aux Conditions Particulières.

Article 12 Durée

VOTRE CONTRAT EST SOUSCRIT POUR UNE DUREE D'UN AN. Toutefois, la première année, il est conclu pour la période comprise entre sa date d'effet et la date d'échéance principale indiquée aux Conditions Particulières, qui détermine le point de départ de chaque Année d'assurance.

Par la suite, votre contrat est renouvelable chaque année par Tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf Résiliation dans les formes et conditions prévues pour l'un des motifs mentionnés dans le tableau figurant à l'article 13.

Comment votre Contrat peut-il être modifié ?

Vous pouvez proposer à la MFA une modification du contrat en vigueur (article L.112-2, alinéa 7, du Code des assurances) :

- Par lettre recommandée adressée au siège de la MFA (date et heure du cachet de la poste faisant foi) ;
- Contre récépissé, auprès d'un représentant de la MFA (dans un espace d'accueil).

Si, dans les dix jours à compter de sa réception ou de la remise du récépissé, la MFA ne refuse pas cette proposition ou n'adresse pas une contre-proposition, le Souscripteur peut considérer sa proposition comme acceptée.

Comment la MFA, Vous ou toute autre personne autorisée peut mettre fin à votre Contrat ?

La Résiliation du contrat doit intervenir sous la forme d'une notification adressée à l'autre partie dans les formes suivantes :

- Pour la MFA, par lettre recommandée adressée à votre dernière adresse connue.
- Pour Vous, selon votre choix (article L.113-14 Code des assurances) :
 - o soit par lettre ou tout autre support durable ;
 - o soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social ou auprès d'un représentant de la MFA (dans un espace d'accueil) ;
 - o soit par acte extra-judiciaire.

Pour toute utilisation d'une lettre, et sauf mention contraire dans le tableau figurant à l'article 13 ci-après, la date retenue est celle du jour de son expédition, le cachet de la Poste faisant foi. Par conséquent, les délais mentionnés courent à compter de cette date.

En cas de décès du Souscripteur, le contrat est résilié de plein droit :

- 30 jours après le décès pour les formules Duo ou Famille ;
- Le lendemain à 0 heure du jour du décès pour la formule Solo.

Le contrat est résilié de plein droit à l'échéance principale suivant le 90^{ème} anniversaire du Souscripteur (formules Solo, Duo et Famille).

Pour les formules Duo et Famille, les garanties cesseront de plein droit à l'échéance principale suivant le 90^{ème} anniversaire de l'Assuré (autre que le Souscripteur). Dans ce cas, un nouveau projet de contrat est envoyé.

Les garanties cesseront également de plein droit lorsque l'enfant majeur Fiscalement à charge et vivant au foyer atteint l'âge de 26 ans. Dans ce cas, un nouveau projet de contrat est envoyé.

Article 13 La Résiliation de votre contrat

Dans le tableau ci-après, les abréviations suivantes sont utilisées :

- Le Code des assurances est désigné par la mention « C.Ass.» ;
- La lettre recommandée est désignée par la mention « LR » ;
- La lettre recommandée avec avis de réception est désignée par la mention « LRAR ».

Rappel : la date d'échéance principale est mentionnée dans les Conditions Particulières.

N°	MOTIF DE LA RESILIATION ET TEXTE APPLICABLE	QUI PEUT RESILIER ?	CONDITIONS A RESPECTER POUR RESILIER	DATE DE PRISE D'EFFET DE LA RESILIATION	SORT DES COTISATIONS APRES RESILIATION
1	<p>Faculté de Résiliation annuelle (opposition au renouvellement du contrat par Tacite reconduction) L.113-12 C.Ass</p>	<p>Le Souscripteur et la MFA</p>	<p>- Quand: au moins 2 mois avant l'échéance principale. - Notification: - par lettre (le délai court à compter de la date du cachet de la Poste) ou tout autre support durable ; - par déclaration faite contre récépissé ou auprès d'un représentant de la MFA (espace d'accueil) ; - par acte extra judiciaire. Lorsque la MFA est à l'initiative de la Résiliation, la notification sera faite par LRAR.</p>	<p>Date d'échéance principale. si votre envoi (cachet de la Poste faisant foi) ou notification est envoyé(e) avant cette date.</p>	<p>La MFA conserve l'intégralité des Cotisations dues jusqu'à l'expiration de l'Année d'assurance.</p>
2	<p>Non-respect par la MFA de son obligation annuelle d'information sur la faculté annuelle de Résiliation (motif n°1) ("Loi Chatelet") ; avec chaque avis d'échéance principale, la MFA doit rappeler la date limite d'exercice de cette faculté annuelle de Résiliation, fixée à J-2 mois avant l'échéance principale (motif 1) (la "Date Limite") L.113-15-1. C.Ass</p>	<p>Le Souscripteur</p>	<p>Si l'avis d'échéance principale est adressé moins de 15 jours avant ou après la Date Limite: - Quand: dans les 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance principale (le cachet de la Poste faisant foi) - Notification: - par lettre ou tout autre support durable ; - par déclaration faite contre récépissé au siège social ou auprès d'un représentant de la MFA (espace d'accueil) ; - par acte extra judiciaire.</p>	<p>Date d'échéance principale, si votre envoi (cachet de la Poste faisant foi) ou notification est envoyé(e) avant cette date.</p> <p>Le lendemain de la date d'envoi (cachet de la Poste faisant foi) ou de la notification si envoyé après la date d'échéance principale.</p>	<p>Le Souscripteur doit payer la partie de Cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, jusqu'à date d'effet de la Résiliation.</p> <p>Le cas échéant, la MFA rembourse, dans les 30 jours à compter de la date d'effet de la Résiliation, la partie de Cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, calculée à compter de la date d'effet.</p>

N°	MOTIF DE LA RESILIATION ET TEXTE APPLICABLE	QUI PEUT RESILIER ?	CONDITIONS A RESPECTER POUR RESILIER	DATE DE PRISE D'EFFET DE LA RESILIATION	SORT DES COTISATIONS APRES RESILIATION
3	<p>Modification de la situation de l'Assuré ou cessation du risque, en cas de survenance de l'un des événements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle L. 113-16 et R.113-6 C.Ass 	<p>Le Souscripteur et la MFA</p>	<p>Seulement si le Contrat a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quand: dans les 3 mois suivant l'évènement - Notification: - par lettre ou tout autre support durable, - par déclaration faite contre récépissé au siège social ou auprès d'un représentant de la MFA (espace d'accueil). - par acte extra judiciaire. <p>En indiquant la nature et la date de l'évènement et donnant toutes précisions de nature à établir que la Résiliation est en relation directe avec cet évènement. Lorsque la MFA est à l'initiative de la Résiliation, la notification sera faite par LRAR.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quand: dans les 15 jours de la notification de la majoration par la MFA (réception de l'avis d'échéance ou du courrier séparé). - Notification: - par lettre ou tout autre support durable : - par déclaration faite contre récépissé au siège social ou auprès d'un représentant de la MFA (espace d'accueil) ; - par acte extra judiciaire. 	<p>1 mois après réception de la notification par l'autre partie.</p>	<p>La MFA rembourse la partie de Cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, à compter de la date d'effet de la Résiliation.</p>
4	<p>Majoration par la MFA de la Cotisation annuelle de référence</p>	<p>Le Souscripteur</p>	<p>Le Souscripteur</p> <ul style="list-style-type: none"> - par lettre ou tout autre support durable : - par déclaration faite contre récépissé au siège social ou auprès d'un représentant de la MFA (espace d'accueil) ; - par acte extra judiciaire. 	<p>30 jours après la notification de Résiliation du contrat.</p>	<p>Le Souscripteur doit payer la partie de Cotisation, sur la base de la Cotisation précédente, au prorata du temps écoulé entre la dernière échéance principale et la date d'effet de la Résiliation.</p>
5	<p>Résiliation d'un autre contrat d'assurance par la MFA, après un Sinistre (R.113-10 C.Ass)</p>	<p>Le Souscripteur</p>	<p>La MFA doit préalablement avoir résilié, après Sinistre, un autre de vos contrats d'assurance MFA.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quand: dans le mois qui suit la notification de cette Résiliation. 	<p>1 mois après notification à la MFA.</p>	<p>La MFA rembourse la partie de Cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.</p>
6	<p>Après survenance d'un Sinistre</p>	<p>La MFA</p>	<p>La MFA ne peut plus résilier si, passé le délai d'un mois après connaissance du Sinistre, elle a accepté le paiement d'une Cotisation correspondant à une période d'assurance ayant débuté postérieurement à ce Sinistre.</p> <p>Notification : par LRAR.</p>	<p>1 mois après notification de la Résiliation.</p>	<p>La MFA rembourse la partie de Cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.</p>

N°	MOTIF DE LA RESILIATION ET TEXTE APPLICABLE	QUI PEUT RESILIER ?	CONDITIONS A RESPECTER POUR RESILIER	DATE DE PRISE D'EFFET DE LA RESILIATION	SORT DES COTISATIONS APRES RESILIATION
7	Non-paiement de la Cotisation (L.113-3 C.Ass)	La MFA	Envoi préalable d'une LRAR de mise en demeure par la MFA.	40 jours après l'envoi de la LR de mise en demeure.	La Résiliation de votre contrat entraîne l'exigibilité immédiate de la totalité des sommes dues (Cotisation arriérée ou toutes les fractions de Cotisations restant dues) jusqu'à l'expiration de l'Année d'assurance en cours.
8	Omission ou déclaration inexacte du risque, dont la mauvaise foi n'est pas établie, avant tout Sinistre (L.113-9 C.Ass)	La MFA	Omission ou déclaration inexacte du risque par le Souscripteur, en l'absence de mauvaise foi établie, constatée par la MFA avant tout Sinistre. - Notification: par LRAR.	10 jours après notification adressée par LR.	La MFA rembourse la partie de Cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.
9	Sociétaire cessant de remplir les conditions statutaires d'admission ou titulaire provisoire du contrat ne les remplissant pas (Article 6-1, al.9, des statuts de la MFA)	La MFA	- Préavis: 2 mois.	2 mois après notification.	La MFA rembourse la partie de Cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.
10	Transfert du portefeuille de la MFA à un autre assureur, approuvé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (L.324-1 C.Ass)	Le Souscripteur	- Quand: Dans le délai d'un mois suivant la date de publication au Journal Officiel de la décision d'approbation du transfert par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.	Dès notification.	

N°	MOTIF DE LA RESILIATION ET TEXTE APPLICABLE	QUI PEUT RESILIER ?	CONDITIONS A RESPECTER POUR RESILIER	DATE DE PRISE D'EFFET DE LA RESILIATION	SORT DES COTISATIONS APRES RESILIATION
11	Retrait d'Agrément de la MFA (L.326-12 C.Ass)	De plein droit	Publication au Journal Officiel de la décision administrative prononçant le retrait d'Agrément.	Le 40 ^{ème} jour à midi suivant la publication au Journal Officiel.	Les Cotisations échues avant la date de la décision administrative, et non payées à cette date, sont dues en totalité à la MFA, mais elles ne sont définitivement acquises que proportionnellement à la période garantie jusqu'au jour de la Résiliation. Les Cotisations venant à échéance entre la date de décision et la date de Résiliation ne sont dues que proportionnellement à la période garantie.
12	Décès du Souscripteur Formule Solo	De plein droit La MFA	- Notification : par LRAR.	Le lendemain du jour du décès à 0 heure	La MFA rembourse la partie de Cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.
12 bis	Décès du Souscripteur Formule Duo ou Famille	De plein droit La MFA	- Notification : par LRAR	30 jours après le décès	La MFA rembourse la partie de Cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.
13	Résiliation automatique du contrat à l'échéance du 90 ^{ème} anniversaire du Souscripteur	De plein droit La MFA	- Préavis : 2 mois - Notification : par LRAR	Date d'échéance principale du 90 ^{ème} anniversaire du Souscripteur.	La MFA conserve l'intégralité des cotisations dues jusqu'à l'expiration de l'Année d'assurance.

Votre contrat est établi sur la base de vos déclarations. Vous devez donc répondre à toutes les questions que nous vous posons. Les réponses doivent être sincères et conformes à la réalité. Elles nous permettent de vous proposer des formules et des capitaux adaptés à la situation déclarée et de définir la Cotisation correspondante. En cas d'omission, de déclaration inexacte ou incomplète, des sanctions sont prévues (voir ci-dessous).

Vos déclarations à la souscription du contrat

Le Souscripteur doit déclarer à la MFA si lui-même ou les Assurés désignés aux Conditions Particulières sont déjà titulaires d'autres contrats couvrant les mêmes risques.

Vos déclarations en cours de contrat

Vous devez nous déclarer tout changement ou circonstances nouvelles qui modifient les renseignements que vous nous avez communiqués à la souscription du contrat et qui sont de nature à aggraver le risque assuré ou à en créer un nouveau.

Ces déclarations en cours de contrat :

- Doivent être déclarées dans les quinze jours à partir du moment où vous en avez pris connaissance ;
- Doivent être envoyées par lettre recommandée.

Les conséquences en cas d'omission, de déclaration inexacte ou incomplète, ou de retard

Les sanctions prévues par le Code des assurances :

- La Réduction des indemnités dues en cas de Sinistre si votre mauvaise foi n'est pas établie (article L113-9 du Code des assurances) ;
- La Nullité du contrat si votre mauvaise foi est établie (article L113-8 du Code des assurances).

En cas de nouvelles circonstances constituant une aggravation du risque :

Lorsque cette modification constitue une aggravation au sens de l'article L113-4 du Code des assurances, votre déclaration doit nous être faite, sous peine dans sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code. Conformément à l'article L113-4 du Code des assurances, nous pouvons :

- Soit résilier le contrat moyennant un préavis de dix jours par lettre recommandée ;
- Soit proposer un nouveau taux de Cotisation. Si vous ne donnez pas suite à la proposition dans un délai de trente jours ou si vous ne l'acceptez pas, nous résilions le contrat au terme de ce délai ;
- Si nous ne refusons pas cette modification dans les dix jours, à compter de la réception de votre déclaration, vous pouvez la considérer comme acceptée.

En cas de nouvelles circonstances constituant une diminution du risque :

Lorsque cette modification constitue une diminution au sens de l'article L.113-4 du Code des assurances, nous réduisons en conséquence votre Cotisation. Si nous ne consentons pas à cette réduction, vous pouvez résilier le contrat.

Nos conseillers sont à votre écoute si un changement intervient dans votre situation :

N'hésitez pas à prendre contact avec eux, ils sont toujours présents pour vous aider et apporter une réponse à vos questions.

Article 15 Paiement de la Cotisation

La date du paiement et le règlement de vos Cotisations

Vous devez payer votre Cotisation aux époques convenues (article L.113-2, 1°, du Code des assurances) :

- La première Cotisation est payable lors de la souscription de votre contrat ;
- Les autres Cotisations doivent être payées aux échéance(s) indiquée(s) dans les Conditions Particulières.

La date limite du droit de dénonciation du contrat doit être rappelée avec chaque avis d'échéance principale (article L.113-15-1 du Code des assurances, issu de la « Loi Chatel »).

Le règlement doit être adressé à notre siège social :
Mutuelle Fraternelle d'Assurances
6 rue Fournier - BP 311 - 92111 Clichy Cedex

Les conséquences d'un défaut de paiement (article L.113-3 du Code des assurances)

Les suspensions des garanties de votre contrat

A défaut de paiement d'une Cotisation, ou d'une fraction de Cotisation, dans les 10 jours de son échéance, nous suspendrons les garanties de votre contrat 30 jours après l'envoi à votre dernier domicile connu d'une lettre recommandée de mise en demeure, sans préjudice de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice.

La Résiliation de votre contrat en cas de non-paiement des Cotisations

En l'absence de règlement intégral, nous pouvons résilier votre contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours mentionné ci-dessus.

La Résiliation de votre contrat entraîne l'exigibilité immédiate de la totalité des sommes dues (Cotisation arriérée ou toutes les fractions de Cotisations restant dues) jusqu'à l'expiration de l'Année d'assurance en cours.

La Cotisation ou fraction de Cotisation est portable dans tous les cas, après la mise en demeure.

La reprise des effets de votre contrat en cas de paiement

Lorsque le paiement intervient entre la date de suspension et la date de Résiliation, le contrat reprend ses effets le lendemain midi du jour du paiement intégral des sommes dont vous êtes redevable.

Ces sommes peuvent éventuellement être augmentées des frais de poursuites et de recouvrement.

Cette Convention est conclue entre Vous et Nous. Elle a pour objet de permettre le règlement des Cotisations par prélèvement automatique (la « Convention »).

Lors de votre adhésion à la MFA, vous vous engagez à régler un acompte. Votre adhésion à la Convention entraîne son application à tous les contrats d'assurance souscrits auprès de la MFA sous le même numéro de Sociétaire.

La nombre et le montant de vos prélèvements

Le nombre de prélèvements est fixé par l'échéancier (10 au maximum). Le montant d'un prélèvement est déterminé par le total des Cotisations annuelles dont vous êtes redevable, divisé par le nombre de prélèvements à opérer. Néanmoins, le montant d'un prélèvement ne peut être inférieur au seuil que nous fixons et le nombre de prélèvement dépend de ce seuil ainsi que du solde de la Cotisation à régler.

La périodicité de vos prélèvements

La périodicité des prélèvements peut être annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle au choix, mais dans les limites fixées au paragraphe ci-dessus. Un échéancier fixant le montant de chaque prélèvement vous est adressé ou remis lors de votre adhésion à la Convention puis à chacune de ses échéances contractuelles. Les 2 mois précédant votre date d'échéance principale ne sont pas concernés par les prélèvements automatiques mensuels. Sauf en cas d'impayé, tel qu'indiqué dans le paragraphe «en cas de prélèvement impayé».

Le mode de paiement

L'adhésion à la Convention vous engage à régler la totalité de vos Cotisations par voie de prélèvement automatique sur un compte bancaire ou postal.

En cas d'Avenant à votre contrat

En cas d'Avenant à votre contrat, nous procédons à un nouveau calcul du montant des Cotisations dues et par conséquent du montant de vos prélèvements à effectuer en fonction de la période restant à courir jusqu'à l'échéance principale. Un nouvel échéancier vous est envoyé ou remis.

L'adhésion à la Convention au cours d'une Année d'assurance

Le nombre de prélèvements est déterminé par le montant des Cotisations dont vous êtes redevable, et par le nombre de mensualités possibles jusqu'à la date d'échéance principale du contrat.

En cas de prélèvement impayé

- Si votre prélèvement est mensuel

Si votre prélèvement ne peut être effectué sur un compte bancaire ou postal faute de provision suffisante, la somme impayée, augmentée des frais est réincorporée dans le montant du solde dû et répartie sur les prélèvements restant à effectuer.

Lorsque le prélèvement impayé est le dernier concernant l'Année d'assurance en cours, celui-ci augmenté des frais fait l'objet d'un nouveau prélèvement le mois suivant.

- Pour les autres périodicités

La somme impayée, augmentée des frais, fait l'objet d'un nouveau prélèvement le mois suivant.

- En cas de second impayé:

Dans tous les cas, un second impayé, au cours d'une même Année d'assurance, entraîne :

- Une mise en demeure de régler le solde de vos Cotisations dans les conditions énoncées à l'article L.113-3 du Code des assurances ;
- L'annulation de la Convention.

La suppression du paiement par prélèvement : la Résiliation de la Convention

La Résiliation de la Convention peut intervenir à tout moment, soit à votre initiative, soit à la nôtre. Elle n'est prise en compte pour le prochain prélèvement que si elle nous est notifiée par lettre recommandée dans les dix jours qui suivent le dernier prélèvement.

Vos échéances non encore réglées deviennent immédiatement exigibles.

La durée de la Convention

La durée de la Convention s'étend de sa date d'adhésion jusqu'à la date d'échéance principale de votre contrat.

Par la suite, la Convention se renouvelle par Tacite reconduction par période d'un (1) an, sauf Résiliation dans les conditions prévues au chapitre ci-dessus.

En cas de changement de votre domiciliation bancaire ou postale

Vous vous engagez à nous prévenir un mois à l'avance de toute modification concernant votre domiciliation bancaire ou postale.

Article 17 L'évolution des Cotisations

Si nous sommes amenés à réviser le montant des Cotisations applicables aux risques garantis par le contrat, vous en serez informé par un avis d'échéance mentionnant le nouveau montant de la (ou des) Cotisation(s). Cette révision de Cotisation sera applicable dès l'échéance principale qui suit la décision de notre Conseil d'Administration.

En cas de majoration de la Cotisation de référence, vous pourrez résilier votre contrat en adressant votre demande par lettre ou tout autre support durable à la MFA dans les 15 jours qui suivent la réception de votre avis d'échéance (motif de résiliation n°4 du tableau figurant à l'article 13).

Cette Résiliation prendra effet 30 jours après la notification et la fraction de Cotisation dont vous serez redevable, sera calculée sur les bases de la Cotisation précédente, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance principale et la date d'effet de la Résiliation.

Titre 8 : Informations

Article 18

Prescription

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L.114-1 et L.114-2 du Code des assurances.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1) En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la MFA en a eu connaissance ;
- 2) En cas de Sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action contre la MFA a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la Prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La Prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

La Prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption mentionnées aux articles 2240 à 2246 du Code civil ainsi que dans les cas mentionnés à l'article L.114-2 du Code des assurances :

- Désignation d'expert à la suite d'un Sinistre ;
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par la MFA à vous-même en ce qui concerne le paiement de la cotisation, ou par vous-même à la MFA en ce qui concerne le règlement de l'indemnité) ;
- Demande en justice (même en référé) ;
- Mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée ;
- Reconnaissance du droit par son débiteur.

Article 19 Traitement des réclamations

En cas de litige relatif au présent contrat ou au règlement d'un Sinistre, la MFA a mis en place la procédure de traitement des réclamations suivante :

- Le Souscripteur ou l'Assuré doit d'abord s'adresser au service à l'origine du litige afin que des précisions lui soient apportées ;
- Si les explications fournies ne le satisfont pas, il doit alors adresser une réclamation écrite au service à l'origine du litige ou directement au Service Consommateurs :

MFA

Service Consommateurs

6 rue Fournier - BP 311 - 92111 Clichy Cedex

Pour tout litige (1) qui persisterait à l'issue de la procédure interne de réclamation décrite ci-dessus et en tout état de cause, deux mois après la réclamation écrite, il est possible de saisir la Médiation de l'Assurance :

- Par voie électronique : <https://www.mediation-assurance.org>
- Par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09

Vous disposez d'un délai d'un an à compter de votre réclamation écrite pour saisir le Médiateur.

- (1) Sont exclus de la compétence la Médiation de l'Assurance les litiges relatifs à la politique commerciale d'une entreprise, au contrôle de la motivation de la résiliation du contrat, ainsi que ceux ayant fait l'objet d'une saisine des tribunaux.

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet de traitements informatiques par la Mutuelle Fraternelle d'Assurances agissant en qualité de Responsable de traitement, dans le respect de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et du Règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016 entré en application le 25 mai 2018.

Dans le cadre de la gestion des Sinistres, nous pouvons être amenés à traiter des données personnelles dites sensibles, relatives à la santé des personnes. Ces données font l'objet d'un traitement dans le respect du secret professionnel et du secret médical.

Vous consentez explicitement à ce que la Mutuelle Fraternelle d'Assurances traite ces données personnelles pour cette finalité précise.

Les traitements ont pour finalités

- La passation, l'exécution et la gestion de vos contrats ;
- L'élaboration de statistiques, enquêtes et sondages ;
- La réalisation d'actions de prospection et d'animation commerciales ;
- La gestion et prévention des risques opérationnels ;
- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ;
- La lutte contre la fraude ;
- La lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- L'exécution de prestations contractuelles, l'indemnisation de victimes ou le recours auprès de responsables.

Les traitements listés ci-dessus reposent sur au moins l'un des fondements juridiques suivants

- L'exécution d'un contrat auquel vous êtes partie ou l'exécution de mesures précontractuelles prises à votre demande ;
- Le respect d'une obligation légale à laquelle le responsable de traitement est soumis ;
- L'intérêt légitime poursuivi par le responsable de traitement notamment la lutte contre la fraude et la prospection commerciale.

- Lorsque le traitement n'est fondé sur aucun des éléments définis ci-dessus, un consentement au traitement vous sera demandé.

Les destinataires de vos données personnelles sont

- Les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats ;
- Les partenaires ;
- Les prestataires ;
- Les sous-traitants et s'il y a lieu, les délégataires de gestion et les intermédiaires en assurance ;
- S'il y a lieu les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties ;
- Les personnes intervenant au contrat tel que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins conseils et le personnel habilité ;
- L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA), les autres organismes d'assurance ;
- Les organismes sociaux ;
- Les personnes intéressées au contrat.

Vos données ne sont transférées en dehors de l'Union Européenne que lorsque c'est strictement nécessaire à l'exécution de votre contrat.

La durée de conservation de vos données

Vos données personnelles sont conservées pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées, dans le respect des règles en matière de protection des données personnelles et autres obligations légales, notamment en matière de délais de prescription.

Vous disposez sur vos données des droits

- d'accès ;
- de rectification ;
- d'opposition ;
- d'effacement ;
- de limitation ;
- de définition de directives relatives à leur conservation, à leur effacement et à leur communication après votre décès ;
- de portabilité.

Vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel vous concernant à des fins de prospection commerciale, y compris au profilage dans la mesure où il est lié à une telle prospection.

Lorsque votre consentement a été recueilli pour le traitement de certaines données, vous pouvez retirer votre consentement au traitement de ces données à tout moment.

Vous pouvez exercer l'ensemble de ces droits auprès de la Mutuelle Fraternelle d'Assurances en justifiant de votre identité

Par courrier :

MFA - Délégué à la Protection des Données
6 rue Fournier - BP 311- 92111 Clichy Cedex

Ou par courrier électronique à : dpo@mfa.fr

En cas de désaccord persistant concernant vos données, vous avez le droit de saisir la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) à l'adresse suivante :

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Enfin, vous avez la faculté de vous inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Néanmoins nous pouvons toujours vous contacter par téléphone, dès lors que vous êtes titulaire auprès de nous d'un contrat en vigueur ou que vous avez demandé à être contacté.

L'information précontractuelle dans le cadre de la vente à distance

En vue de nos relations précontractuelles, contractuelles ainsi que de la rédaction du contrat, la langue française est applicable.

Le droit de renonciation

Constitue une vente à distance un contrat souscrit exclusivement par une ou plusieurs techniques de communication à distance (c'est-à-dire par téléphone, voie postale, télécopie, Internet, etc.) sans qu'à aucun moment le Souscripteur et un représentant de la MFA n'aient été physiquement en présence, de l'offre à la conclusion du contrat.

Conformément à l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, si le contrat a été souscrit dans le cadre d'une vente à distance, le Souscripteur personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle bénéficie d'un droit de renonciation dans un délai de 14 jours calendaires révolus, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu ;
- Soit à compter du jour où le Souscripteur reçoit les conditions contractuelles et les informations mentionnées à l'article L. 222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à la date de conclusion du contrat.

Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant le terme de ce délai sans l'accord du Souscripteur.

Pour exercer cette faculté, le Souscripteur doit adresser une lettre recommandée avec demande d'avis de réception à :

Mutuelle Fraternelle d'Assurances - Service Consommateurs
Renonciation
6 rue Fournier - BP 311 - 92111 Clichy Cedex

Un modèle de lettre de renonciation vous est proposé ci-dessous :

Je soussigné(e), [Nom, Prénom], demeurant [Adresse complète], déclare renoncer au contrat d'assurance Multirisques Accidents de la vie auquel j'ai souscrit à distance le [date de souscription] sous le numéro [Numéro de Sociétaire inscrit sur vos Conditions Particulières] en application de l'article L.112-2-1 du Code des assurances. Date- Signature

La Mutuelle Fraternelle d'Assurances rembourse le Souscripteur dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation toutes les sommes qu'il a perçues en application du contrat ; néanmoins, si le contrat a reçu un commencement d'exécution la M.F.A ne rembourse que les sommes perçues pour la période postérieure à la date de renonciation (le Souscripteur restant tenu qu'au paiement proportionnel des prestations effectivement fournies). Au-delà du délai de 30 jours, la somme due par l'assureur est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

Ce droit de renonciation ne s'applique pas :

- Si le contrat a été souscrit pour une durée inférieure à un mois ;
- Si le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à la demande expresse du Souscripteur avant qu'il exerce son droit de renonciation, c'est-à-dire lorsque le Souscripteur a bénéficié d'une prestation au titre du contrat (survenance d'un Sinistre ou demande du Souscripteur à bénéficier d'une prestation) et que la Cotisation a été intégralement réglée avant l'expiration du délai de 14 jours ;
- En cas de Tacite reconduction du contrat (le droit de renonciation n'est possible que pour le contrat initial).

La date de prise d'effet du contrat

Le contrat prend effet à la date figurant sur les Conditions Particulières sous réserve du paiement effectif des Cotisations. Il ne peut prendre effet avant l'expiration du délai de renonciation sauf avec votre acceptation expresse.

La consultation et l'archivage des documents

Chaque document contractuel mis à votre disposition lors de la souscription peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format PDF sur le disque dur de votre ordinateur.

Article 22

Usage de moyens de communication électroniques

Vous avez la possibilité de refuser à tout moment que nos échanges respectifs se fassent par courrier électronique.

Dans ce cas, vous devez nous informer de votre refus.

Titre 9 : Autorité de contrôle

Le contrôle de la MFA est assuré par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris.

LA MFA C'EST AUSSI :



Auto particuliers



Auto taxis



Auto pros



Habitation



Camping-car, Caravane, Mobil-home



Navigation de plaisance



Crédits auto⁽¹⁾



Épargne-retraite⁽²⁾



Mutuelle santé

Pour contacter la MFA :

01 49 68 68 68



**RAPPEL GRATUIT
sur mfa.fr**

Pour contacter l'assistance MFA :

09 69 32 82 25

24h/24, 7j/7.

(1) La MFA est intermédiaire non exclusif en opérations de banque, inscrit à L'ORIAS sous le numéro d'identification 13003934, pour le compte de La Socram Banque, SA au capital social de 70 000 000 €, RCS NIORT 682 014 865 - 2 rue du 24 février, CS 90000, 79092 Niort cedex 9 - Mandataire d'assurance - N° ORIAS 08044968 (www.orias.fr).

(2) Les contrats d'épargne-retraite sont gérés par Mutavie. MUTAVIE SE - Société européenne à Directoire et Conseil de surveillance. Entreprise régie par le Code des Assurances. Capital 46 200 000 € RCS Niort B 315 652 263. Siège social : 9 rue des Iris - CS 50000 - Bessines - 79088 Niort cedex 9.