



ACCIDENTS DE LA VIE

CONDITIONS GÉNÉRALES

AVRIL 2026

Conditions générales du contrat d'assurance Multirisques Accidents de la vie Avril 2026

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 choisies 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

SOMMAIRE

Titre I	Lexique	2
Article 1	Définition.....	2
Titre II	Votre contrat	6
Article 2	Dispositions spécifiques à la vente à distance.....	6
Article 3	Etendue territoriale	7
Article 4	Les formules de garanties.....	8
Titre III	Personnes assurées et bénéficiaires	9
Article 5	Assurés.....	9
Article 6	Bénéficiaires	10
Titre IV	Les garanties	11
Article 7	Les événements garantis.....	11
Article 8	Garantie Invalidité.....	11
Article 9	Garantie Décès.....	12
Article 10	Garantie Hospitalisation.....	13
△ Titre V	Exclusions communes à toutes les garanties	14
Article 11	Les exclusions générales.....	14
Titre VI	Le fonctionnement de votre contrat	17
Article 12	Conclusion, durée et Résiliation de votre contrat.....	17
Article 13	Vos déclarations	23
Article 14	Le paiement de la Cotisation	24
Article 15	Convention de règlement des Cotisations par prélèvements automatiques.....	25
Article 16	L'évolution des Cotisations	27
Titre VII	Notre intervention en cas de Sinistre	29
Article 17	Formalités et délais à respecter.....	29
Article 18	Expertise.....	30
Article 19	Modalités de règlement.....	31
Titre VIII	Dispositions diverses	32
Article 20	La prescription	32
Article 21	Le traitement des réclamations.....	34
Article 22	La protection des données à caractère personnel	35
Article 23	L'usage de moyens de communication électroniques	38
Article 24	L'Autorité de contrôle.....	38

Titre I Lexique

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 Définition

1.1 Accident

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

1.2 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.

1.3 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 enfants majeurs de l'un, de l'autre ou des deux de plus de 25 ans, Fiscalement à charge et vivant au foyer, dont le Souscripteur ou son Conjoint a la tutelle ou la curatelle.

1.4 Avenant

Document constatant une modification du contrat.

1.5 Avis d'Echéance

Document qui informe le Souscripteur du montant de la Cotisation annuelle à payer et de la date de paiement.

1.6 Capital de référence

Il existe trois niveaux de Capital de référence (Niveaux 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.

1.7 Certificat médical initial (CMI)

Certificat délivré par le premier médecin qui vous a examiné moins de dix (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 vingt-quatre (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.

1.8 Conditions Générales

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

1.9 Conditions Particulières

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.

1.10 Conjoint

Personne non séparée de droit ou de fait :

- Mariée ;
- Unie par un pacte civil de solidarité ;
- Vivant sous le même toit, de telle sorte qu'elles puissent être communément regardées comme formant un couple.

1.11 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.

1.12 Cotisation

Somme à régler au titre de votre contrat. Son montant figure sur vos Conditions Particulières, l'Avis d'échéance ou le relevé de compte.

1.13 Déchéance

Perte de tout ou partie du droit à indemnité après un Sinistre, à titre de sanction, lorsque le Souscripteur ou l'Assuré n'a pas respecté les obligations auxquelles il était tenu.

1.14 Délai de carence

Période prévue au contrat, pendant laquelle l'Assuré ne peut encore bénéficier d'une garantie alors même qu'il a commencé à payer ses Cotisations. L'Assuré ne sera pas couvert en cas de survenance d'un Sinistre durant cette période.

1.15 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.

1.16 Echéance

Date à laquelle votre Cotisation est exigible. La date d'Echéance annuelle du contrat est indiquée aux Conditions Particulières.

1.17 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.

1.18 France

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

1.19 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.

1.20 Nous

La Mutuelle Fraternelle d'Assurances (MFA), société d'assurance mutuelle à cotisations variables régie par le Code des assurances, dont le siège est : 6 rue Fournier - 92111 Clichy Cedex.

1.21 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. En cas de Nullité du contrat, les Cotisations payées demeurent acquises à la MFA qui a droit au paiement de toutes les Cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

1.22 Prescription

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

1.23 Résiliation

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

1.24 Sinistre

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

1.25 Sociétaire

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

1.26 Souscripteur

Signataire du contrat défini sous ce nom aux Conditions Particulières.

1.27 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 (1) an.

1.28 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.

Titre II Votre contrat

Article 2 Dispositions spécifiques à la vente à distance

2.1 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.

2.2 Le droit de renonciation

Le droit de renonciation s'applique au contrat souscrit à distance entre la MFA et le Souscripteur, personne physique, qui agit à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle. Le contrat doit être conclu sans la présence physique simultanée du Souscripteur et d'un représentant de la MFA, par le recours exclusif à une ou plusieurs techniques de communication à distance (c'est-à-dire par téléphone, voie postale, Internet, etc.) jusqu'à la conclusion du contrat.

Conformément à l'article L.112-2-1 du Code des assurances, si le contrat a été souscrit dans ce cadre, le Souscripteur dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer, 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 et informations précontractuelles prévues par la réglementation, si cette dernière date est postérieure à la date de conclusion du contrat.

Si le Souscripteur n'a jamais reçu les conditions et informations prévues par la réglementation, le délai de renonciation expire un an et quatorze (1an et 14) jours calendaires après la conclusion du contrat. Si le Souscripteur n'a pas été informé de son droit de renonciation, ce droit s'exerce sans limitation de durée.

Ce droit de renonciation ne s'applique pas si le contrat a été exécuté intégralement par les deux (2) 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 quatorze (14) jours ;

Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant le terme de ce délai sans l'accord du Souscripteur. Lorsque ce dernier exerce son droit de rétractation, il ne peut être tenu qu'au paiement proportionnel de la période d'assurance effectivement couverte, à l'exclusion de toute pénalité.

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 meilleurs délais et au plus tard dans les trente (30) jours calendaires à compter de la réception de la lettre de renonciation toutes les sommes qu'il a perçues en application du contrat, à l'exception des sommes dont le Souscripteur reste tenu au regard de la période d'assurance couverte.

2.3 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.

Article 3 Etendue territoriale

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

Toutefois, elles sont acquises :

- Dans le monde entier, pendant les douze (12) 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.

3.2 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 4 Les formules de garanties

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		Solo, Duo et Famille		
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		Paie ment d'un capital en cas d'invalidité suite à un Accident de la vie privée selon le barème de l'article 6	Paie ment d'un capital fixe en cas de décès suite à un Accident de la vie privée	Paie ment 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 III Personnes assurées et bénéficiaires

Article 5 Assurés

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

5.1 Pour la formule « Solo »

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

5.2 Pour la formule « Duo »

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

5.3 Pour la formule « Famille »

- Au Souscripteur dont l'âge est compris entre 18 ans et 64 ans au moment de la souscription¹ ;
- A 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 ;
- 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 :

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.

- Les enfants majeurs de l'un, de l'autre ou des deux de plus de 25 ans, Fiscalement à charge et vivant au foyer, dont le Souscripteur ou le Conjoint a la tutelle ou la curatelle¹.

Article 6 Bénéficiaires

Pour les garanties Invalidité et Hospitalisation, l'indemnité forfaitaire est versée à l'Assuré, victime de l'Accident.

Pour la garantie Décès, l'indemnité forfaitaire est versée à :

6.1 Pour la formule Solo :

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

6.2 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.

6.3 Pour la formule Famille :

- En cas de décès du Souscripteur ou de son Conjoint :
 - Au Conjoint survivant ;
 - A défaut, aux enfants ;
 - A défaut, aux autres ayants droit.
- En cas décès des enfants désignés au contrat :
 - Au Souscripteur ;
 - A défaut, au Conjoint ;
 - A 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.

Les garanties

Article 7 Les événements garantis

Ce sont ceux qui répondent à la définition de l'Accident donnée à l'article 1.1 et qui sont survenus à l'occasion de la vie privée, sous réserve des exclusions mentionnées au Titre V.

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.

Article 8 Garantie Invalidité

8.1 Objet de la garantie

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

Le seuil d'intervention est porté à 30% d'AIPP à l'échéance principale suivant le 70ème anniversaire de l'Assuré victime ;

Le Capital de référence est réduit de 50% à l'échéance principale suivant le 70ème anniversaire de l'Assuré victime ;

La garantie Invalidité cesse de plein droit à l'échéance principale suivant le 90ème 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€.

8.2 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 de la garantie

8.3 Exclusions

Se reporter au Titre V - Exclusions communes à toutes les garanties.

Article 9 Garantie Décès

9.1 Objet de la garantie

En cas de décès de l'Assuré suite à un Accident garanti et après réception des justificatifs visés à l'article 17, nous versons au bénéficiaire un capital forfaitaire dont le montant dépend du niveau de garantie souscrit :

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

Le capital forfaitaire est réduit de 50% à l'échéance principale suivant le 70ème anniversaire de l'Assuré victime ;

La garantie Décès cesse de plein droit à l'échéance principale suivant le 90ème anniversaire de l'Assuré.

Exclusions de la garantie

9.2 Exclusions

Se reporter au Titre V Exclusions communes à toutes les garanties.

Article 10 Garantie Hospitalisation

10.1 Objet de la garantie

Quelle que soit la gravité des blessures, en cas d'hospitalisation continue supérieure à deux (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			
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 €		

La garantie Hospitalisation cesse de plein droit à l'échéance principale suivant le 90ème anniversaire de l'Assuré.

Exclusions de la garantie

10.2 Exclusions

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



Titre V Exclusions communes à toutes les garanties

Article 11 Les exclusions générales

Exclusions de la garantie

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 au titre IV du présent contrat ;**
- **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 affiliée 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 :

- 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 25 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 VI Le fonctionnement de votre contrat

Article 12 Conclusion, durée et Résiliation de votre contrat

12.1 La conclusion et la prise d'effet de votre contrat

Votre contrat est parfait dès l'accord entre Vous et la MFA.

Les garanties prennent effet aux date et heure indiquées aux Conditions Particulières.

12.2 La durée de votre contrat

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 12.3.

12.2.1 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 (10) 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.

12.2.2 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) :
 - Soit par lettre ou tout autre support durable ;
 - Soit par une déclaration faite contre récépissé au siège social ou auprès d'un représentant de la MFA (dans un espace d'accueil) ;
 - Soit par acte extra-judiciaire.

Pour toute utilisation d'une lettre, et sauf mention contraire dans le tableau figurant à l'article 12.3 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 :

- Trente (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.

12.3 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	Faculté de Résiliation annuelle (opposition au renouvellement du contrat par Tacite reconduction) L.113-12 C.Ass	Le Souscripteur et la MFA	- 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.	Date d'échéance principale.	La MFA conserve l'intégralité des Cotisations dues jusqu'à l'expiration de l'Année d'assurance.
2	Non-respect par la MFA de son obligation annuelle d'information sur la faculté annuelle de Résiliation (motif n°1) ("Loi Chatel") : 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	Le Souscripteur	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. Si l'avis d'échéance principale ne rappelle pas la Date Limite: - Quand: à tout moment à compter de la date d'échéance principale (date de reconduction) - 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.	Date d'échéance principale, si votre envoi (cachet de la Poste faisant foi) ou notification est envoyé(e) avant cette date. 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. Le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date de notification.	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. 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

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	Modification de la situation de l'Assuré ou cessation du risque, en cas de survenance de l'un des événements suivants : - 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	Le Souscripteur et la MFA	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. - Quand: dans les 3 mois suivant l'évènement - 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. 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. - 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.	1 mois après réception de la notification par l'autre partie.	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.
4	Majoration par la MFA de la Cotisation annuelle de référence	Le Souscripteur	- 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.	30 jours après la notification de Résiliation du contrat.	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.
5	Résiliation d'un autre contrat d'assurance par la MFA, après un Sinistre (R.113-10 C.Ass)	Le Souscripteur	La MFA doit préalablement avoir résilié, après Sinistre, un autre de vos contrats d'assurance MFA. - Quand: dans le mois qui suit la notification de cette Résiliation.	1 mois après notification à la MFA.	La MFA rembourse la partie de Cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.
6	Après survenance d'un Sinistre	La MFA	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. Notification : par LRAR.	1 mois après notification de la Résiliation.	La MFA rembourse la partie de Cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

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 Prudential 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 Prudential 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 la 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.

Article 13 Vos déclarations

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).

13.1 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.

13.2 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 (15) jours à partir du moment où vous en avez pris connaissance ;
- Doivent être envoyées par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique.

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

13.3.1 Les sanctions prévues par le Code des assurances :

L'article L.113-8 du Code des assurances sanctionne de Nullité le contrat pour lequel le Souscripteur, dont la mauvaise foi est établie, a fait une fausse déclaration volontaire du risque, à la souscription ou en cours de contrat.

13.3.2 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 à l'article L113-8 du Code.

Conformément à l'article L113-4 du Code des assurances, nous pouvons :

- Soit résilier le contrat moyennant un préavis de dix (10) 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 (10) jours, à compter de la réception de votre déclaration, vous pouvez la considérer comme acceptée.

13.3.3 En cas de nouvelles circonstances constituant une diminution du risque :

Lorsque cette modification constitue une diminution au sens de l'article L113-4 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 14 Le paiement de la Cotisation

14.1 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.

Le règlement doit être adressé à notre siège social :

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

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

14.2.1 La suspension des garanties de votre contrat

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

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

En l'absence de règlement intégral, nous pouvons résilier votre contrat dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (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 de payer.

14.2.3 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 et correspondant à :

- La Cotisation arriérée ;
- Ou, si la MFA a accordé la faculté de paiement fractionné de la Cotisation, les fractions de Cotisation ayant fait l'objet de la Mise en demeure de payer et celles venues à échéance pendant la période de suspension.

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

Article 15 Convention de règlement des Cotisations par prélèvements automatiques

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

15.1 L'autorisation de prélèvement

Le prélèvement SEPA utilise les coordonnées bancaires sous forme d'IBAN. Il est initié par la Mutuelle Fraternelle d'Assurances sur la base d'une autorisation préalable, le mandat, donné par le débiteur. Cette autorisation se présente sous la forme d'un formulaire unique et peut concerner un ou plusieurs prélèvements récurrents.

15.2 Le nombre et le montant de vos prélèvements

Lors de votre adhésion à la MFA et préalablement à tout prélèvement, Vous vous engagez à régler un acompte.

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, déduction faite du règlement de l'acompte.

Néanmoins, le montant d'un prélèvement ne pouvant être inférieur au seuil que nous fixons, le nombre de prélèvement sera déterminé en conséquence.

15.3 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».

15.4 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.

15.5 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 alors envoyé ou remis.

15.6 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 :

- La première année, sur la période s'étalant entre la date d'adhésion à la Convention et la date d'Echéance principale du contrat ;
- Les années suivantes, à la date d'Echéance principale du contrat.

Le dernier prélèvement intervient deux (2) mois avant la date d'échéance principale (sauf en cas de prélèvement impayé : dans ce cas, voir le paragraphe ci-après).

15.7 En cas de prélèvement impayé

15.7.1 Si votre prélèvement est mensuel

Si un 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.

15.7.2 Pour les autres périodicités

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

15.7.3 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.

15.8 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 (10) jours qui suivent le dernier prélèvement.

Les échéances non encore réglées deviennent immédiatement exigibles.

15.9 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 paragraphe ci-dessus.

15.10 En cas de changement de votre domiciliation bancaire ou postale

Vous vous engagez à Nous prévenir un (1) mois à l'avance de toute modification concernant votre domiciliation bancaire ou postale.

Article 16 L'évolution des Cotisations

16.1 La révision de vos 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).

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 quinze (15) jours qui suivent la réception de votre Avis d'échéance (motif de résiliation n°4 du tableau figurant à l'article 12.3).

Cette Résiliation prendra effet trente (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.

16.2 Le rappel de Cotisation pour nos sociétaires

La MFA est une société d'assurance mutuelle à Cotisations variables régie par le Code des assurances (articles L.322-26-1 et suivants et R.322-42 et suivants). Si la Cotisation annuelle de référence est insuffisante pour assurer l'équilibre des opérations, notre Conseil d'Administration peut décider de procéder à un rappel de

Cotisations au titre de l'exercice considéré (article R.322-71 du Code des assurances ; article 9 des statuts de la MFA).

En aucun cas, Vous ne pouvez être tenu au-delà d'un maximum égal à deux fois le montant de la Cotisation annuelle de référence indiqué dans les Conditions Particulières.

Titre VII Notre intervention en cas de Sinistre

Article 17 Formalités et délais à respecter

17.1 Délai de déclaration et de transmission de pièces

17.1.1 Dans tous les cas

Le Sinistre doit être déclaré dès que vous en avez connaissance et au plus tard dans les cinq (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.

17.1.2 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 adressés, dûment complétés, accompagnés du Certificat médical initial descriptif des blessures consécutives à l'Accident qui doit être établi dans le délai de dix (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 rendus 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.

17.1.3 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 adressés, 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 ou autre Régime obligatoire auquel la victime était affiliée 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.

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

17.2.1 La Déchéance des garanties pour déclaration tardive du Sinistre.

En cas de non-respect du délai de déclaration du Sinistre mentionné à l'article 17.1.1, 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).

17.2.2 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.

Article 18 Expertise

En cas de Sinistre garanti, nous faisons procéder à nos frais aux opérations d'expertises nécessaires à l'étude de votre demande d'indemnisation. Dans ce cadre, vous avez l'obligation de vous rendre à tout rendez-vous du médecin expert désigné par la MFA.

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.

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.

Article 19 Modalités de règlement

Suite à la réception de l'ensemble des pièces justificatives et/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 au Souscripteur dès la production des justificatifs d'hospitalisations imputables en appliquant le délai de carence et le plafond prévus à l'article 10.

Titre VIII Dispositions diverses

Article 20 La prescription

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article L114-1 du Code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur 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 de l'assuré contre l'assureur 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 sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.»

Article L114-2 du Code des assurances

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

Article L114-3 du Code des assurances

« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

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 reproduits ci-dessous.

Article 2240 du Code civil

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

Article 2241 du Code civil

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

Article 2242 du Code civil

« L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

Article 2243 du Code civil

« L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

Article 2244 du Code civil

« Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

Article 2245 du Code civil

« L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

Article 2246 du Code civil

« L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

Article 21 Le 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 :

- S'il n'a pu vous être donné immédiatement entière satisfaction à votre réclamation orale, nous vous invitons à formaliser votre mécontentement par écrit.;
- Vous pouvez adresser votre 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

Le Service Consommateurs dispose, à compter de l'envoi de votre réclamation d'un délai maximal :

- De dix (10) jours ouvrables pour en accuser réception;
- De deux (2) mois pour vous faire connaître sa position.

Pour tout litige qui persisterait à l'issue de la procédure interne de réclamation décrite ci-dessus et en tout état de cause, deux mois après l'envoi de votre réclamation écrite, il vous sera 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

Le Médiateur peut être saisi de tout litige relatif à la souscription, l'interprétation ou l'application d'un contrat d'assurance.

Les litiges relatifs à la politique commerciale d'une entreprise ne relèvent pas de sa compétence.

En application de l'article L.612-2 du Code de la consommation, le Médiateur ne peut être saisi lorsque :

- Vous ne justifiez pas avoir tenté, au préalable, de résoudre votre litige directement auprès de nous par une réclamation écrite selon les modalités prévues ;
- Votre demande est manifestement infondée ou abusive ;
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal ;
- Vous avez introduit votre demande auprès du Médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de votre réclamation écrite;

- Le litige n'entre pas dans son champ de compétence (exemples : le contrôle de la motivation de la résiliation de votre contrat, la contestation des conclusions techniques ou médicales d'un expert...).

Article 22 La protection des données à caractère personnel

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 effectués par la MFA ont pour finalités :

- La passation, l'exécution et la gestion de vos contrats :
 - Étude des besoins spécifiques de chaque Assuré éventuel afin de proposer des contrats adaptés ;
 - Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque ;
 - Exécution des garanties des contrats ;
 - Gestion des contrats ;
 - Gestion des clients ;
 - Gestion des réclamations et contentieux ;
 - Élaboration des statistiques et études actuarielles ;
 - Exercice des recours ;
 - Mise en place d'actions de prévention ;
 - Conduite d'activités de recherche et développement ;
 - Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service ;
 - Lutte contre la fraude ;
 - Tout traitement imposé par la législation en vigueur.
- La réalisation d'actions de prospection et d'animation commerciales :
 - Opérations relatives à la gestion des prospects (gestion d'opérations techniques, sélection de personnes pour réaliser des actions de fidélisation, de prospection, de sondage, de test produit ou services et de promotion, opérations de parrainage, jeux concours, réalisation d'opérations de sollicitations, l'élaboration de statistiques commerciales, gestion des avis des personnes sur des produits, services ou contenus) ;

- Acquisition, cession, location ou échange des données relatives à l'identification des prospects (ces traitements visent à améliorer le service au client en proposant des produits ou services permettant de réduire la sinistralité ou de proposer un contrat ou une prestation complémentaire, céder des fichiers de clients victimes de vol à des partenaires spécialisés en télésurveillance).

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 co-assureurs 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.

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 :

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.

Article 23 L'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.

Article 24 L'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.

Notes

NOS CONTRATS



Auto particuliers



Auto taxis



Auto pros



Auto fonction publique



Habitation



Camping-car



Caravane, Mobil-home



Navigation de plaisance



Accidents de la vie



Mutuelle santé



Crédits auto⁽¹⁾



Épargne-retraite⁽²⁾



RAPPEL GRATUIT
sur mfa.fr



Mutuelle Fraternelle d'Assurances - Société d'assurance mutuelle à cotisations variables régie par le Code des assurances.

Siège social : 6 rue Fournier - BP 311 - 92111 Clichy Cedex. Enregistrée au répertoire Sirene sous le numéro 784 702 391. Identifiant unique REP : FR339469_01KNV

Les prestations d'assistance MFA sont mises en oeuvre par Mondial Assistance France SAS - 7 rue Dora MAAR - 93400 SAINT-OUEN.

(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€ inscrite au RCS de Niort sous le numéro 682 014 865 - 2 rue du 24 février - CS90000 - 79092 Niort Cedex 9 - Etablissement de crédit de droit français agréé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR - 4 place de Budapest - CS92459 - 75436 Paris Cedex 09) - Mandataire d'assurance - N°ORIAS : 08044968 (www.orias.fr).

(2) Les contrats d'épargne-retraite sont gérés par Macif Vie. MACIF VIE SE - Société européenne au capital de 46 200 000 € - Entreprise régie par le Code des assurances. RCS Niort 315 652 263 - Siège social : 1 rue Jacques Vandier - 79000 Niort.