



À LA MEP, ON ASSURE

LES JEUNES

ET LEUR QUOTIDIEN

www.mep.fr



L'ASSURANCE
DES JEUNES





L'ASSURANCE
DES JEUNES

RÈGLEMENT MUTUALISTE DE LA MUTUELLE DES ÉTUDIANTS DE PROVENCE

ANNÉE UNIVERSITAIRE DU 1^{ER} SEPTEMBRE 2018 AU 31 AOÛT 2019

PRÉAMBULE

Une mutuelle, appelée « Mutuelle des Étudiants de Provence » (MEP) est établie à Marseille (13008) au 10 rue Léon Paulet - CS 40042 - 13417 Marseille Cedex 08. Elle est régie par le Code de la mutualité et est soumise notamment aux dispositions du livre II dudit code. Conformément à l'article R.414-1 du Code de la mutualité, elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro 782 814 826.

OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Article 1 : Objet

En application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et de l'article 3 des statuts de la MEP, il est établi un règlement mutualiste. Celui-ci définit les engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la MEP en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 2-1 : Gamme de garanties

La gamme se décline en sept garanties mutualistes :

- 5 garanties complémentaires santé : « Basic », « Déclick », « Pratic », « Dynamik », « Stratégik » ;
- Une garantie « T'es Bien » ;
- Une garantie « T'as Tout ».

À l'exception des garanties « T'as Tout » et « T'es Bien », la gamme des garanties MEP est réservée aux personnes qui relèvent d'un régime d'Assurance Maladie français.

Article 2-2 : Durée

Les garanties complémentaires santé sont souscrites pour une durée minimale de 3 mois et pour une durée maximale de 12 mois. En toute hypothèse les garanties, quelle que soit la durée souscrite, cessent de produire leurs effets au 31 août.

OBLIGATIONS DES ADHÉRENTS ENVERS LA MEP

Article 3 : Cotisations

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation qui est affectée pour partie à la couverture des prestations assurées directement par la MEP, et pour partie à la couverture du risque porté par d'autres organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurance. Le montant de la cotisation varie selon la garantie choisie par le membre participant, conformément à l'article 2 du présent règlement. Pour l'année universitaire 2018/2019, les montants des garanties sont les suivants :

- Garantie « Basic » : 6 € par mois.
- Garantie « Déclick » : 12 € par mois.
- Garantie « Pratic » : 25 € par mois.
- Garantie « Dynamik » : 32 € par mois.
- Garantie « Stratégik » : 45 € par mois.
- Garantie « T'es Bien » : 24 €.
- Garantie « T'as Tout » : 16 €.

Pour adhérer à l'une de ces garanties, hormis les garanties « T'as Tout », « T'es Bien » le membre participant peut bénéficier sans frais supplémentaires d'un paiement fractionné. Pour les garanties qui ont fait l'objet d'une tacite reconduction, le paiement de la cotisation s'effectuera soit au comptant, soit par prélèvement de 12 mensualités égales.

Pour les garanties nouvellement souscrites, le paiement s'effectuera soit au comptant, soit par paiement fractionné. En cas de paiement fractionné, le nombre de prélèvements sera égal au nombre de mois de la durée de la garantie complémentaire santé.

Les prélèvements sont effectués le 7 du mois.

En application de l'article 7 des statuts de la MEP, la qualité d'ayant droit n'induit pas la gratuité des cotisations qui sont affectées à la couverture des prestations versées par la MEP. Le membre participant doit s'acquitter de la ou des cotisations dues au titre de ses ayants droit, par rapport à la ou aux garanties choisies. L'ayant droit conjoint peut choisir une garantie différente de celle choisie par le membre participant. Sont comprises dans cette cotisation les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions, fédérations), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes désignés ci-après : FMIP, FNIM et emeVia. La cotisation est fixée forfaitairement. La cotisation est individuelle par membre participant.

Article 4 : Renonciation

En application des dispositions légales, le souscripteur peut renoncer à sa demande d'adhésion, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le membre participant au siège social de la MEP, pendant un délai de quatorze jours à compter de la date de demande d'adhésion et obtenir la restitution intégrale des cotisations versées, déduction faite des éventuelles prestations payées pendant cette période ou restitution de celle-ci pour le surplus.

Article 5 : Tacite reconduction

La gamme de garanties, à l'exclusion des garanties « T'as Tout » et « T'es Bien », se renouvelle par tacite reconduction, d'année en année, pour une durée de 12 mois (et ce quelle qu'ait pu être leur durée initiale).

En application de la loi Chatel n°2005-67 du 28 janvier 2005, reprise dans les dispositions de l'article L221-10-1 du Code de la mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles, la date limite d'exercice par le membre participant du droit de renonciation de l'adhésion sera rappelée à chaque avis d'échéance annuel et en toute hypothèse avant le 30 juin.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant est informé qu'il dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Le délai de renonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la Poste.

OBLIGATIONS DE LA MEP ENVERS SES ADHÉRENTS

Article 6 : Objet des garanties mutualistes

La MEP verse des prestations en complément de celles versées par un organisme gérant un régime d'Assurance Maladie français. Le remboursement ne peut en aucun cas être supérieur au prix réel payé par le membre participant.

Article 7 : Ouverture et fin de droits aux prestations

Ouverture des droits : L'ouverture des droits intervient au lendemain du paiement à 0 heure et au plus tôt au 1^{er} septembre, pour toute la gamme de garanties.

Fin des droits : la fin des droits intervient au 31 août de chaque année pour toute la gamme de garanties.

Article 8 : Prestations

Pour les garanties annuelles, les risques couverts, les taux de remboursement, les niveaux de prestations, les montants et les conditions d'attribution des forfaits et les tarifs sont indiqués dans le tableau ci-après.

Le Conseil d'Administration de la MEP définit annuellement les risques couverts, les taux de remboursement venant en complément de ceux déterminés par l'Assurance Maladie, les forfaits et leur montant et les tarifs des garanties santé indiquées à l'article 3 du présent règlement.

Tous les remboursements indiqués en taux incluent le remboursement Sécurité Sociale et sont basés sur les taux de remboursement et les tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale en vigueur au moment de l'exécution des présentes. Toute modification des prestations et des taux de remboursement par l'Assurance Maladie qui viendrait à être supérieure à 50 % par rapport aux tarifs et aux taux de remboursement de référence figurant sur la brochure n'entraînera pas pour autant une compensation financière supplémentaire payée par la MEP au membre participant, pour la partie allant au-delà des 50 % de modification des tarifs et de taux de remboursement par l'Assurance Maladie.

Par contre la MEP assurera, financièrement et elle seule, toute modification en cours d'année allant jusqu'à 50 % de modification des tarifs et des taux de remboursement de la Sécurité sociale par rapport aux tarifs et aux taux de remboursement de la Sécurité sociale de référence figurant sur le tableau ci-après. À l'exception de la garantie « T'es Bien », la MEP prend en charge le versement d'un capital en cas d'invalidité permanente totale ou partielle consécutive à un accident (cf. article 11 du présent règlement).

À l'exception des garanties « T'as Tout » et « T'es Bien », la MEP prend en charge en cas d'hospitalisation :

- le remboursement du forfait journalier sur la base des tarifs en vigueur à la date de l'hospitalisation à l'exception des risques limités (voir ci-après) ;
- en cas d'accident et sur prescription médicale, les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation ou d'ambulance, induits par ledit accident et restant à la charge de l'assuré, après remboursement versé par un organisme gérant un régime d'Assurance Maladie français.

Pour les garanties « Basic », « Déclick », « T'as Tout » et « T'es Bien », le remboursement de la « participation assuré » (PA), de 20 € à ce jour, hors hospitalisation, n'est pas pris en charge.

Le versement des forfaits ci-après indiqués s'effectue sur prescription médicale, lorsque celle-ci est requise, et sur présentation des factures ou reçus établis aux noms et prénoms du membre participant.

En outre, si le membre participant n'est pas couvert par la MEP pour le Régime Obligatoire, il devra présenter, avec les justificatifs précédents, une copie de son relevé des prestations Sécurité Sociale. Le versement des forfaits s'effectue dans la limite des frais engagés par le membre participant, le versement peut être fractionnable.

Complémentaires santé MEP « 12 mois » 2018/2019

Prise d'effet au plus tôt le 01/09/2018, fin d'effet le 31/08/2019

	TALUX Sécurité sociale 08/04/2018	TARIF MENSUEL 6€ - soit 72 €/an - Basic	TARIF MENSUEL 12€ - soit 144 €/an - Déclick	TARIF MENSUEL 25€ - soit 300 €/an - Pratic	TARIF MENSUEL 32€ - soit 384 €/an - Dynamik	TARIF MENSUEL 45€ - soit 540 €/an - Stratégik
Hospitalisation						
Chirurgie, médecine	80 à 100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Maternité	80 à 100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Transport	65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait journalier sans limitation de durée ⁽¹⁾		Tarif en vigueur	Tarif en vigueur	Tarif en vigueur	Tarif en vigueur	Tarif en vigueur
Participation Assuré 20 € ⁽²⁾		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Actes et soins suite à un accident ⁽³⁾		500 %	500 %	500 %	500 %	500 %
Soins courants						
Vaccins et rappels remboursés ou non par la Sécurité sociale	0 à 65 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Médecin généraliste ou spécialiste ou en accès direct ⁽⁴⁾ signataire Optam/Optam-Co ⁽⁵⁾ et en parcours de soins	70 %		100 %	100 %	100 %	130 %
Médecin généraliste ou spécialiste ou en accès direct ⁽⁴⁾ non signataire Optam/Optam-Co ⁽⁵⁾ et en parcours de soins	70 %		100 %	100 %	100 %	110 %
Médecin généraliste ou spécialiste ou en accès direct ⁽⁴⁾ hors parcours de soins*	30 %			30 % + 30 %	30 % + 30 %	30 % + 30 %
Chirurgie sans hospitalisation, praticien Optam/Optam-Co ⁽⁵⁾	70 %		100 %	100 %	100 %	130 %
Chirurgie sans hospitalisation, praticien hors Optam/Optam-Co ⁽⁵⁾	70 %		100 %	100 %	100 %	110 %
Pharmacie vignettes bleues	30 %		100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie vignettes blanches	65 %		100 %	100 %	100 %	100 %
Autres Soins						
Participation Assuré 20 € ⁽²⁾				OUI	OUI	OUI
Radiologie en parcours de soins	70 %			100 %	100 %	100 %
Analyses	60 %			100 %	100 %	100 %
Optique	60 %			100 %	100 %	100 %
Soins dentaires, prothèse dentaire	70 %			100 %	100 %	100 %
Radiologie hors parcours de soins*	30 %			30 % + 30 %	30 % + 30 %	30 % + 30 %
Auxiliaires médicaux (kinésithérapeutes, infirmières, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes)	60 %			100 %	100 %	100 %
Cures thermales	65 à 70 %			100 %	100 %	100 %
Prothèse - Orthèses	60 %			100 %	100 %	100 %
Forfaits supplémentaires⁽⁶⁾						
Détartrage dentaire annuel		1	1	1	1	1
Forfait tabac stop	150 € + ...	150 + 40 = 190 €	150 + 60 = 210 €	150 + 80 = 230 €	150 + 120 = 270 €	150 + 240 = 390 €
Forfait préservatifs masculins		16 €	20 €		28 €	36 €
Blanchiment des dents				15 €	20 €	30 €
Forfait suivi psychologique / sophrologie ⁽⁷⁾				12 €/consultation	16 €/consultation	20 €/consultation
Forfait acupuncture ⁽⁸⁾				12 €/séance	16 €/séance	24 €/séance
Forfait ostéopathie ⁽⁹⁾				12 €/séance	16 €/séance	24 €/séance
Forfait nutrition ⁽¹⁰⁾				20 €/consultation	30 €/consultation	40 €/consultation
Forfait contraception d'urgence				10 €	12 €	20 €
Forfait contraception non remboursable (pilule, patch, anneau)				50 €	60 €	70 €
Forfait optique - verres simples ⁽¹¹⁾				20 €	90 €	180 €
Forfait optique - verres complexes ou très complexes ⁽¹¹⁾				200 €	260 €	370 €
Forfait lentilles ⁽¹²⁾				40 €	50 €	70 €
Forfait semelle orthopédique				24 €	32 €	40 €
Forfait prothèse dentaire ⁽¹³⁾					jusqu'à 150 €	jusqu'à 250 €
Forfait prise en charge courses en Taxi ⁽¹⁴⁾					5 €/course	5 €/course
Forfait prothèse auditive					200 €	200 €
Forfait naissance ⁽¹⁵⁾					200 €	250 €
Solidarité : Fonds d'entraide mutualiste						
Pack « T'as Tout » MEP Inklus - Responsabilité Civile - Assurance stage - Assistance monde entier - Individuelle accident - Avantages et services		OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

(1) Sauf pour les établissements médico-sociaux. Psychiatrie, neuropsychiatrie, centres d'éducation et de soins spécialisés limités à 12 jours par personne et par an pour les garanties « Basic » et « Déclick ». (2) Pour les actes pris en charge à 100% par la Sécurité sociale dont le coefficient est supérieur à 60 ou le prix supérieur à 120 €, une franchise de 20 € s'applique. (a) Dans le cadre d'une hospitalisation. (b) Hors hospitalisation. (c) Voir conditions d'application dans le règlement mutualiste. (4) Le Médecin Traitant doit être impérativement déclaré pour être dans le parcours de soins. Pour les actes de psychiatrie et neuropsychiatrie, limitation à 12 consultations par personne et par an pour la garantie « Déclick ». (5) Pratiques tarifaires définies par l'Assurance Maladie. (6) Dans la limite des frais engagés et de la consommation des forfaits qui sont fractionnables dans l'année. Sur présentation de factures et ordonnances. Si vous n'êtes pas couvert en Sécurité sociale par la MEP vous devez joindre un relevé de prestations Sécurité sociale en plus des justificatifs précédents. (7) Forfait limité à 5 consultations auprès d'un psychologue non remboursables par la Sécurité sociale ou d'un psychologue clinicien ou d'un sophrologue. (8) Forfait limité à 3 séances. (9) Forfait limité à 2 séances auprès d'un ostéopathe, d'un chiropracteur ou d'un échopathe. (10) Forfait limité à 2 consultations auprès d'un nutritionniste ou d'un diététicien. (11) Un équipement est défini par une monture et deux verres correcteurs. Les forfaits sont

limités à un équipement tous les deux ans sauf en cas d'évolution de la correction et pour les mineurs. La prise en charge de la monture est limitée à 150 € par équipement. Se reporter au règlement mutualiste pour la définition des verres simples, complexes et très complexes. Pour un équipement composé d'un verre simple et d'un verre complexe ou d'un verre très complexe, le forfait se calcule ainsi : somme des forfaits des deux types de verres divisée par deux. (12) Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale. (13) Prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité sociale. Forfait limité à 120 € pour la première dent pour la garantie « Dynamik ». Forfait limité à 150 € pour la première dent pour la garantie « Stratégik ». (14) Dans la limite de 3 courses, soit 15 €. (15) Pour pouvoir bénéficier du forfait naissance, l'adhérent doit justifier d'au moins 10 mois d'adhésion consécutifs à une garantie santé MEP ouvrant droit au forfait, dans la limite d'une prime par enfant. * Hors du parcours de soins coordonnés, le déboursement de 40 % est limité à 10 € par acte au 08/04/2018. Tous nos remboursements incluent le remboursement Sécurité sociale et sont basés sur les taux de remboursement et les tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale en vigueur au 08/04/2018. Toute modification des prestations et taux de remboursement par l'Assurance Maladie ne saurait en aucune manière engager la responsabilité de la MEP.

Conformément à la Circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 portant sur les contrats responsables, le forfait optique est attribué pour l'achat d'un équipement composé d'une monture et de 2 verres correcteurs.

Les forfaits sont limités à un équipement tous les deux ans sauf en cas d'évolution de la correction et pour les mineurs. La prise en charge de la monture est limitée à 150 € par équipement.

Les verres simples donnant droit à un forfait de 50 € pour la garantie « Pratick », de 65 € pour la garantie « Dynamick » et de 90 € pour la garantie « Stratégick » sont définis ainsi :

- une sphère comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

Les verres complexes donnant droit à un forfait de 200 € pour la garantie « Pratick », de 260 € pour la garantie « Dynamick » et de 370 € pour la garantie « Stratégick » sont définis ainsi :

- une sphère hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou un cylindre supérieur à + 4,00 dioptries,
- des verres multifocaux ou progressifs.

Les verres très complexes donnant droit à un forfait de 200 € pour la garantie « Pratick », de 260 € pour la garantie « Dynamick » et de 370 € pour la garantie « Stratégick » sont définis ainsi :

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries. Pour les équipements composés d'un verre simple et d'un verre complexe ou très complexe, le forfait se calcule ainsi : somme des forfaits des deux types de verres divisée par deux. Par exemple dans le cadre de la garantie « Pratick » et pour un équipement composé d'un verre simple et d'un verre complexe le forfait est de $(50 + 200) / 2 = 125€$.

Le forfait lentilles est attribué pour l'achat de lentilles correctrices remboursées ou non par la Sécurité sociale.

Le forfait prothèse dentaire est attribué pour des prothèses remboursées ou non par la Sécurité sociale avec un forfait limité à 120 € pour la première dent et 30 € pour la seconde dent pour la garantie Dynamick. De même le forfait est limité à 150 € pour la première dent et 100 € pour la seconde dent pour la garantie « Stratégick ».

Le forfait naissance est attribué, sur présentation du certificat de naissance, lorsque le membre participant justifie d'au moins dix mois consécutifs d'adhésion à une garantie complémentaire santé MEP ouvrant droit à ce forfait. Il est limité à une seule prime par enfant.

À l'exception du forfait optique et pour les garanties inférieures à 12 mois, les montants alloués au titre des forfaits sont calculés sur la base du montant des forfaits annuels à prorata temporis (l'unité de temps est le mois).

Exemple : pour un forfait acupuncture dans le cadre d'une garantie « Pratick » souscrite le 25 février pour une prise d'effet au 1^{er} mars (soit 6 mois de garantie du 1^{er} mars au 31 août), le forfait s'établit à $10 € \times 6 / 12 = 5 €$ par séance dans la limite annuelle de $3 \times 10 € \times 6 / 12 = 15 €$.

Pour les garanties « Pratick », « Dynamick » et « Stratégick » dont la période de couverture est de 11 mois, 10 mois, 9 mois ou 8 mois, les forfaits optiques attribués pour des équipements composés de verres simples, complexes, très complexes ou résultant d'une combinaison de ces verres sont égaux à ceux définis pour les garanties 12 mois et indiqués supra.

Pour la garantie « T'es Bien », les montants des forfaits sont :

- forfait aide à l'arrêt du tabac : 45 € ;
- forfait médicaments non prescrits : 35 € ;
- forfait contraception non remboursable : 20 € ;
- forfait contraception d'urgence : 10 € ;
- forfait préservatifs : 30 € ;
- forfait test de grossesse : 10 € ;
- forfait gel lubrifiant : 10 € ;
- forfait bouchons d'oreilles : 7 €.

Il est rappelé que cette garantie ne comprend que des forfaits non soumis au prorata temporis ainsi qu'à l'obligation mentionnée à l'article 6.

Risques limités :

Pour les garanties « Basic » et « Déclick », le nombre de forfaits journaliers remboursés pour hospitalisation en services psychiatriques, neuropsychiatriques ainsi que ceux pour les centres d'éducation et de soins spécialisés, est égal au nombre de mois de la garantie souscrite.

Pour la garantie « Déclick », le nombre d'actes psychiatriques et neuropsychiatriques remboursés est limité au nombre de mois de la garantie souscrite.

Pour la garantie « Stratégick », la prise en charge du dépassement d'honoraire pour un praticien non signataire du contrat d'accès aux soins tel que défini par l'Assurance Maladie est limité à un taux inférieur de 20% par rapport au taux de prise en charge pour un praticien signataire.

Risques exclus : les actes de chirurgie esthétique et/ou réparatrice non pris en charge par la Sécurité sociale.

■ Article 9 : Date de prise en compte pour la détermination du droit au remboursement des prestations

Le droit au remboursement des prestations liées à l'hospitalisation et aux forfaits optique et dentaire est soumis à un délai de carence d'un mois.

Le délai de carence ne s'applique pas si l'adhérent était couvert par un organisme assurant des prestations complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances...) moins de deux mois avant la date d'adhésion ou si les prestations sont liées à un accident survenu après la date d'adhésion.

1. Actes des praticiens prescripteurs (médecins, dentistes, sages-femmes) : date des soins.
2. Actes des auxiliaires médicaux : date d'exécution.
3. Médicaments - accessoires - pansements - optique - autres fournitures : date d'exécution.
4. Prothèses dentaires : date d'exécution.
5. Appareillage : date d'exécution.
6. Analyses médicales : date d'exécution.
7. Transports en ambulance, en VSL, en taxi ou autre moyen personnel ou public : date du déplacement.
8. Hospitalisation pour les frais de séjour et honoraires : chaque journée d'hospitalisation.
9. Cures thermales : date d'exécution.
10. Cas particuliers pour les décomptes qui ont été établis par un organisme gérant un régime d'Assurance Maladie français : lorsque la demande de prestations est effectuée sur présentation de décomptes de règlements établis un

organisme gérant un régime d'Assurance Maladie français qui est intervenu dans un premier temps, la date prise en considération est la date des soins précisée sur le décompte. Le membre participant devra communiquer les volets de facturation établis par les professionnels de santé destinés à la MEP. L'ensemble de ces précisions peut être fourni par un certificat du premier organisme payeur. En cas d'impossibilité pour le membre participant de fournir les détails nécessaires pour la prise en charge, il devra certifier sur l'honneur que les soins ont été exécutés pendant la période d'ouverture des droits.

11. Pour les forfaits : date d'exécution. Pour le forfait naissance, c'est la date de la naissance de l'enfant du membre participant sur présentation du livret de famille portant mention de la naissance.

■ Article 10 : Prescription du droit aux remboursements

Le droit aux remboursements des prestations mutualistes se prescrit à compter de la date du début des soins jusqu'au terme d'une période de deux ans.

■ Article 11 : Individuelle Accident (Décès - Invalidité)
Les membres participants qui ont souscrit à l'un des contrats mutualistes proposé par la MEP, à l'exception de la garantie « T'es Bien » qui ne comprend que des forfaits, bénéficient de l'assurance individuelle accident/décès.

Les capitaux versés au titre de l'assurance individuelle accident :

- pour une invalidité de 0 % à 10 % (inclus) : pas de capital versé ;
- pour une invalidité de 11 % à 15 % (inclus) : 2 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 16 % à 20 % (inclus) : 6 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 21 % à 30 % (inclus) : 12 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 31 % à 50 % (inclus) : 15 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 51 % à 75 % (inclus) : 20 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 76 % à 90 % (inclus) : 25 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 91 % à 100 % (inclus) : 35 000 € x taux d'invalidité.

Le taux d'invalidité est un % (pourcentage).

À titre d'exemple, pour 60 % d'invalidité, il sera donc versé un capital de 12 000 € (20 000 € x 0,60).

La MEP n'intervient qu'à hauteur de 20 % des montants indiqués, la part restante du capital versé est prise en charge dans les mêmes conditions par un partenaire assureur (voir infra les informations concernant les garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance en l'espèce CHUBB European Group Limited, co-assureur à hauteur de 80 % du risque).

Le taux d'invalidité est fixé à dire d'expert inscrit auprès de la Cour d'Appel et en se fondant uniquement sur le Guide Barème Européen d'Évaluation Médicale des Atteintes à l'Intégrité Physique et Psychique, consultable dans les Espaces MEP ou via Internet sur www.mep.fr.

La MEP propose aux membres participants et à leurs ayants droit, un capital en cas de décès consécutif à un accident. Il s'agit d'un capital d'un montant de 610 € pour les membres participants célibataires, ce capital est augmenté de 305 € pour les membres participants mariés, ce capital est aussi augmenté de 305 € par enfant à charge avec un maximum de 1525 € (soit 2 enfants à charge).

Les enfants sont considérés comme étant à charge dans les seuls cas énumérés ci-dessous :

- s'ils sont âgés de moins de 21 ans ;
- s'ils ont plus de 21 ans et moins de 25 ans et qu'ils poursuivent leurs études. Les revenus ou rémunérations éventuellement perçus annuellement par ceux-ci devront être inférieurs au montant minimum imposable au titre de l'I.R.P.P. ;
- s'ils sont infirmes (hors d'état de subvenir eux-mêmes à leurs besoins, quel que soit leur âge) ;
- s'ils ont été conçus nés viables dans les trois cent jours suivant la date de l'accident ayant entraîné le décès de l'assuré.

Bénéficiaire : personne qui reçoit de la MEP les sommes dues au titre des sinistres. En cas de décès du membre participant, à moins qu'une autre personne n'ait été désignée par le membre participant, le bénéficiaire est le conjoint survivant, ni divorcé ni séparé de corps judiciairement et à défaut ses ayants droit. Dans les autres cas, les sommes dues seront payées au membre participant. Sont exclues du bénéfice de l'assurance, les personnes qui auraient volontairement provoqué l'accident.

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un membre participant et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure et toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle, sous réserve des exclusions énumérées ci-après.

Sont assimilés aux accidents :

- les infections causées directement par un accident garanti, à l'exclusion de toute infection résultant de l'intervention humaine après un accident garanti ;
- les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives ;
- l'asphyxie due à l'action imprévue de gaz ou de vapeurs ;
- la noyade et les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute dans l'eau ou dans un liquide infecté ;
- les gelures, coups de chaleur, insolation ainsi que l'innation et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écoulement, avalanche, et inondation ;
- les lésions corporelles résultant d'agression ou d'attentat dont le membre participant serait victime sauf s'il est prouvé qu'il aurait pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements.

Maladie : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Déchéance : privation du droit aux sommes prévues dans le contrat par suite du non-respect par le membre participant de certaines obligations qui lui sont imposées.

L'assurance ne couvre pas les sinistres :

- causés ou provoqués intentionnellement par le membre

participant ;

- dus à la conduite en état d'ivresse lorsque le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à celui légalement admis dans le pays où a lieu l'accident ;

- dus à l'usage par le membre participant de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
- survenus lorsque le membre participant présentait un taux d'alcoolémie supérieur à 0,50 gramme/litre de sang lors de la survenance du sinistre et ce qu'importe que le taux d'alcoolémie n'ait pas été la cause exclusive et/ou aggravante du sinistre ;

- causés par le suicide ou la tentative de suicide du membre participant ;

- résultant de la participation du membre participant à des paris de toute nature (sauf compétitions sportives), à des rixes (sauf en cas de légitime défense), à des crimes ;

- résultant de la pratique d'un sport en tant que professionnel ainsi que de la participation même en tant qu'amateur à des courses de véhicules à moteur ou des tentatives de records ;

- résultant de l'utilisation, comme pilote, ou membre d'équipage d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs ou de la pratique de tous les sports aériens et notamment du delta plane, du parachutisme, du parapente ou de l'ULM ;

- survenus lorsque le membre participant est passager d'un appareil de locomotion aérienne qui n'est pas agréé pour le transport de passagers ;

- provoqués par la guerre étrangère - le membre participant ou le bénéficiaire doit prouver que le sinistre résulte d'un autre fait ;

- provoqués par la guerre civile - il appartient à la MEP de faire la preuve que le sinistre résulte de ce fait ;

- résultant de crise d'épilepsie, de rupture d'anévrisme, d'un infarctus du myocarde, d'une embolie cérébrale ou d'une hémorragie méningée,

- dus aux effets d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ou à l'accélération artificielle de particules atomiques ou encore dus à la radiation provenant de radio-isotopes.

Étendue territoriale : les garanties sont acquises quel que soit le lieu de survenance du sinistre.

Obligations de la MEP

En cas de décès du membre participant garanti : lorsqu'un membre participant est victime d'un accident et décède de ses suites dans les 24 mois de sa survenance, la MEP verse au bénéficiaire la somme indiquée à l'article 11. Si le corps du membre participant n'a pas été retrouvé à la suite d'un accident d'avion, d'un naufrage, de la destruction d'un moyen de transport public ou la disparition du moyen de transport public utilisé, et si aucune nouvelle n'a été reçue du membre participant, des autres passagers ou des membres d'équipage dans les deux ans qui suivent, alors il sera présumé que le membre participant aura péri des suites de cet événement. Le capital pourra être versé avant l'expiration du délai de deux ans sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

En cas d'invalidité permanente : lorsqu'un membre participant est victime d'un accident et qu'il est établi qu'il reste invalide de ses suites, partiellement ou totalement, la MEP verse au membre participant la somme obtenue en multipliant le montant indiqué à l'article 11 par le taux d'invalidité établi à partir du Guide Barème Européen d'Évaluation Médicale des Atteintes à l'Intégrité Physiques et Psychiques précisé à l'article 11 (cf. exemple). Le taux d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état du membre participant et au plus tard à l'expiration d'un délai de trois ans à partir de la date de l'accident. Pour les cas d'invalidité non prévus au barème précité, les taux sont fixés par comparaison de leur gravité avec des cas énumérés dans le barème. Les taux d'invalidité sont fixés en dehors de toute considération professionnelle ou scolaire. La perte anatomique de membres ou organes déjà perdus fonctionnellement avant l'accident ne peut donner lieu à indemnisation.

Les lésions aux membres ou organes déjà invalides avant l'accident ne sont indemnisées que par différence entre l'état avant et après l'accident. L'évaluation des lésions à un membre ou organe ne peut être influencée par l'état d'invalidité préexistant d'un autre membre ou organe.

Si plusieurs membres ou organes sont atteints par le même accident, les taux d'invalidité se cumuleront sans pouvoir dépasser 100 %.

En cas de décès accidentel avant consolidation de l'invalidité, seul le capital prévu en cas de décès sera versé, déduction faite éventuellement des sommes qui auraient pu être avancées au titre de l'invalidité.

Il n'y a pas cumul des garanties décès et invalidité lorsqu'elles résultent d'un même accident.

Déclaration de sinistre : le membre participant ou le bénéficiaire doit déclarer le sinistre auprès de la MEP dans les trente jours ouvrés qui suivent la date à laquelle le sinistre est connu, sauf cas fortuit ou de force majeure.

La déclaration comprendra :

- une déclaration écrite précisant les circonstances de l'accident, le nom des témoins et l'identité de l'autorité verbalisante si un procès-verbal initial est dressé ;
 - le certificat médical initial décrivant les blessures ;
 - les pièces établissant la qualité du bénéficiaire en cas de décès et les nom et adresse du notaire chargé de la succession.
- Le membre participant ou le bénéficiaire qui intentionnellement fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés dans l'intention de tromper la MEP, perd tout droit à la garantie pour le sinistre en cause.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration de ces éléments est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, dans les conditions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances :

- en cas de mauvaise foi, par la nullité du contrat ;
- si la mauvaise foi n'est pas établie, par une réduction de l'indemnité en fonction des cotisations payées par rapport aux primes qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés.

Toutes les mesures utiles doivent être prises sans retard pour limiter les conséquences du sinistre et hâter le rétablissement du membre participant qui doit se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état.

Le médecin mandaté par la MEP doit avoir libre accès auprès du membre participant pour constater son état. Le membre participant accepte que les informations médicales concernant son état de santé soient communiquées au médecin expert mandaté par la MEP. Tout refus non justifié de se conformer à ce contrôle, après mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception, pourra générer une indemnisation proportionnelle au dommage subi par la MEP qui incombera alors au membre participant. Le membre participant à la faculté de se faire assister du médecin de son choix. À défaut d'une déclaration dans les délais précités et dans le cas où la MEP subit un dommage du fait de l'absence de cette déclaration ou de son caractère tardif, la déchéance peut être opposée au membre participant si ce retard a causé un préjudice à l'assureur.

DISPOSITIONS DIVERSES

Expertise en cas de désaccord :

- s'il y a contestation d'ordre médical chaque partie désigne son médecin ;
 - si ces médecins ne parviennent pas à un accord, ils s'adjoignent un troisième médecin pour statuer définitivement ;
 - si l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les médecins représentant les parties ne s'entendent pas sur le choix du troisième médecin, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du membre participant.
- Chaque partie conserve à sa charge les honoraires et frais d'intervention du médecin qu'elle a désigné ; ceux de l'intervention du troisième médecin sont partagés par moitié entre elles. Lorsque les conséquences du sinistre sont aggravées par le refus ou la négligence du membre participant de se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état, l'indemnité est fixée d'après les suites que le même sinistre aurait eues chez une personne ayant suivi un traitement médical approprié.

Informatique et libertés : le membre participant peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la MEP. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de : MEP - Service CNIL - CS 40042 - 13417 Marseille Cedex 08 conformément à la loi du 6 janvier 1978.

Prescription : toutes les actions dérivant du présent contrat sont prescrites, c'est-à-dire ne peuvent plus être exercées au-delà de deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance. Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la MEP en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. La prescription est portée à dix ans en cas de garantie contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

■ Article 12 : Fonds d'entraide mutualiste

Définition

Dans le cadre de son action sociale et de solidarité, la MEP peut accorder des allocations exceptionnelles à ses membres participants ainsi qu'à leurs ayants droit lorsque leur situation le justifie.

Les bénéficiaires

- les membres participants de la MEP ;
- leurs ayants droit.

Ces qualités s'apprécient à la date retenue pour l'examen du droit aux prestations.

Domaines d'intervention

- aider les membres participants subissant des difficultés exceptionnelles en prenant en charge une partie de leurs cotisations du régime complémentaire maladie ;
- permettre le remboursement de prestations non statutaires chaque fois que le membre participant de la MEP se trouve dans une situation exceptionnelle et d'une particulière gravité.

Modalités d'attribution

Toute personne souhaitant être bénéficiaire d'une allocation au titre du fonds d'entraide soumet au Conseil d'Administration de la MEP une demande motivée et étayée par des pièces justificatives.

C'est au Conseil d'Administration en premier et en dernier ressort qu'il appartient d'étudier les demandes qui lui sont soumises soit pour les accepter, soit pour les rejeter, et ce totalement ou partiellement.

Constitution du fonds

La constitution du « Fonds d'Entraide Mutualiste » est assurée par une dotation votée annuellement par l'Assemblée Générale.

■ Article 13 : Modalités de résiliation

Résiliation annuelle

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en adressant, au siège social de la mutuelle, une lettre recommandée avec avis de réception, au moins 2 mois avant le 31 août de chaque année, date d'échéance du contrat mutualiste (soit donc avant le 30 juin de la même année), le cachet de la Poste faisant foi, ou sauf si la loi ou le règlement en disposait autrement.

Cas de résiliations exceptionnelles en cours d'année

Cadre général

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en adressant, au siège social de la mutuelle, une lettre recommandée avec avis de réception accompagnée de toutes les pièces justifiant sa demande de résiliation. La nature des pièces attendues est précisée dans les paragraphes suivants pour chacun des cas de résiliation autorisés.

La prise en compte de la demande de résiliation anticipée ne peut intervenir qu'une fois que la mutuelle sera en possession de toutes les pièces justificatives.

La garantie complémentaire prend alors fin le dernier jour du mois en cours.

La mutuelle rembourse au membre participant la partie des cotisations correspondant à la période non couverte par la garantie, période calculée à compter de la date de fin de la garantie jusqu'à la fin initialement convenue et/ou théorique de la garantie, si celle-ci n'avait pas fait l'objet d'une résiliation anticipée.

Résiliation suite à l'adhésion d'un contrat collectif obligatoire

Justificatif attendu : attestation tamponnée et signée de l'employeur précisant le caractère obligatoire et collectif du contrat.

Résiliation suite à l'obtention de la Couverture Maladie Universelle (CMU)

Justificatif attendu : attestation de droits à la CMU délivrée par le Régime Obligatoire (RO).

Résiliation suite à la souscription à une complémentaire santé entrant dans le dispositif ACS

Justificatif attendu : attestation de souscription au contrat ACS mentionnant la date de début des droits de la garantie.

Résiliation pour un départ à l'étranger

La mutuelle accepte les demandes de résiliation en cours d'année pour cause de départ à l'étranger si la durée du séjour chevauche d'au moins 6 mois la durée de la garantie.

La garantie prend fin le dernier jour du mois au cours duquel le départ à l'étranger a lieu, seulement si la demande de résiliation est antérieure à la date de départ prévue.

Justificatif attendu : billet d'avion, bail à l'étranger, contrat de travail à l'étranger ou tout justificatif attestant d'un séjour à l'étranger.

Résiliation suite à une affiliation à un régime spécial

Justificatif attendu : attestation de l'affiliation à un régime spécial de Sécurité sociale et à la complémentaire santé du même organisme.

Résiliation suite à la souscription à une garantie complémentaire MIS Santé

Toute souscription à une garantie complémentaire MIS Santé

entraîne la résiliation de la garantie complémentaire MEP dès lors que le délai de rétractation est dépassé.

Résiliation suite au changement ou à la disparition des conditions d'adhésion liées au champ de recrutement

Ainsi que l'édicte l'article L 221-17 du Code de la mutualité, pour les opérations individuelles, et sous réserve des dispositions législatives en vigueur, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

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

Il peut être mis fin à l'adhésion pour chacune des garanties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

■ Article 14 : Traitement des réclamations - Médiation - Autorité de Contrôle

Sur les réclamations

Pour toutes les réclamations concernant votre complémentaire santé (commercialisation, contrat, règlement mutualiste, remboursement,...) trois moyens de contact sont à votre disposition :

- par téléphone, du lundi au vendredi de 9 h à 18 h, au 04 26 317 929 (appel non surtaxé) ;
- par courrier à l'adresse suivante : MEP - Réclamation complémentaire santé - CS 40042 - 13417 Marseille Cedex 8 ;
- par email : via notre formulaire de contact à l'adresse www.mep.fr/formulaire-de-contact, rubrique « Information/Réclamation ».

La mutuelle s'engage à accuser réception de votre réclamation sous 7 jours puis une réponse sera adressée le plus rapidement possible, dès transmission de votre part de la totalité des pièces nécessaires à l'instruction et au traitement de votre réclamation, et ce sous un délai maximum d'un mois.

Sur la médiation

La médiation est un mode de règlement des litiges, hors des voies judiciaires et contentieuses, privilégiant la recherche d'une entente entre les parties.

Elle permet par l'intervention d'un tiers indépendant et impartial, le médiateur, de résoudre le différend grâce à un processus amiable et confidentiel. Le médiateur ne peut être saisi par l'adhérent ou par la mutuelle, sous peine d'irrecevabilité, qu'après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à la mutuelle et ce dans un délai maximum d'un an à compter de la réclamation que l'adhérent a adressé à la mutuelle.

Le médiateur intervient dans le cadre des offres de complémentaire santé uniquement.

Les modalités de saisine du médiateur sont les suivantes. Toute demande de médiation doit être formulée soit :

- par écrit, à l'adresse suivante : Médiateur de la FNIM - 4, Avenue de l'Opéra - 75001 Paris ;
- par email : mediateur@fnim.fr.

Pour consulter la charte de médiation :

www.fnim.fr/mediation-de-la-fnim.html

Sur l'autorité de contrôle

En application de l'article L 510-1 du Code de la mutualité le contrôle de l'Etat sur les mutuelles, unions et fédérations régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

Pour joindre cette Autorité Administrative Indépendante (AAI) :

- adresser un courrier à l'adresse suivante : ACPR - 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 ;
- téléphoner au 08 111 901 801 (prix d'un appel local à partir de la France métropolitaine de 8 h à 18 h, du lundi au vendredi) ;
- se rendre sur son site internet : www.abe-infoservice.fr.

STATUTS DE LA MUTUELLE DES ÉTUDIANTS DE PROVENCE (MEP)

ADOPTÉS PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE EN DATE DU 3 MARS 2018

■ Article 1

Une mutuelle, appelée Mutuelle des Étudiants de Provence (MEP) est établie au 10, rue Léon Paulet - CS 40042 - 13417 Marseille Cedex 08. Elle est régie par le Code de la mutualité et est soumise notamment aux dispositions du livre II dudit Code. Conformément à l'article R.414-1 du Code de la mutualité, elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro 782 814 826.

■ Article 2

La mutuelle est un groupement de personnes de droit privé à but non lucratif qui, notamment aux moyens des cotisations de ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, a pour objet, outre la gestion du régime obligatoire étudiant, de réaliser, les opérations d'assurance suivantes : la couverture des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie. Ces opérations d'assurances menées par la mutuelle sur les branches 2, Maladie, et 1, Accidents, sont garanties directement par la mutuelle et peuvent aussi être réassurées. La MEP dispose d'un agrément pour chacune de ces branches. En l'état d'une convention de substitution, la mutuelle est garante et caution solidaire de l'intégralité des engagements souscrits, à l'égard de ces membres participants et bénéficiaires, par la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS Santé), pour les opérations d'assurances sur les branches 2 et 1, tels que ces engagements résultent du règlement mutualiste de MIS Santé. La mutuelle étant soumise aux dispositions du livre II, elle ne peut mener des actions sociales que dans la mesure où ces

activités sont accessoires.

■ Article 3

En application de l'article L.114-1 et L.114-17 du Code de la mutualité, les règlements mutualistes adoptés par le Conseil d'Administration définissent le contenu des engagements contractuels (droits et obligations) existant entre chaque membre participant et honoraire d'une part et la mutuelle d'autre part.

■ Article 4

Les instances dirigeantes de la mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité tels que les définit l'article L.111-1 du Code de la mutualité.

■ Article 5

La mutuelle admet des membres participants et des membres honoraires. Les membres participants de la mutuelle sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré. Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui paient une cotisation, ou font des dons ou ont donné une contribution sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la mutuelle, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif. La qualité de membre honoraire s'acquiert sur proposition du Président de la mutuelle par une décision du Conseil d'Administration. Acquièrent la qualité d'adhérent à la mutuelle en qualité de membre participant les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 7 des présents statuts et qui font acte d'adhésion, dans les conditions définies législativement ou réglementairement, et reçoivent leur bulletin d'adhé-

tion, et préalablement à leur adhésion, une copie des statuts, du règlement mutualiste de la mutuelle et des notices d'information concernant les produits d'assurance en inclusion automatique dont le risque n'est pas porté par la mutuelle.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste et les notices d'information. Par dérogation aux alinéas précédents, les droits et obligations résultants d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

Un décret en Conseil d'État détermine les mentions que doivent impérativement comporter les règlements et contrats collectifs. L'acte d'adhésion se fera dans le respect des dispositions prévues par le Code de la mutualité, les présents statuts et le règlement mutualiste. Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts et règlements sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

■ Article 6

Aucune rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un Administrateur ou au Dirigeant Effectif Opérationnel.

Lorsqu'une mutuelle traite avec un mandataire, autre qu'un Administrateur ou le Dirigeant Effectif Opérationnel, désigné par une personne morale souscriptrice d'un contrat collectif, elle peut lui verser une commission. Cette personne morale est informée du montant et du destinataire de la commission.

■ Article 7**7.1 Conditions d'admission à la mutuelle**

Peuvent adhérer à la mutuelle en qualité de membre participant :

- toute personne physique résidant dans un état membre de l'Union Européenne ;
- le conjoint, le concubin de l'adhérent, le co-contractant d'un PACS avec l'adhérent, son ou ses ayants droits définis par les dispositions des articles L.161-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale ;
- toute personne physique, soit dans le cadre d'une opération de prévoyance collective, soit en vertu d'un contrat de travail lorsque celui-ci le stipule, soit en application d'une convention ou d'un accord collectif.

La qualité d'ayant droit n'induit pas la gratuité des cotisations qui sont affectées à la couverture des prestations versées par la mutuelle. A leur demande faite auprès de la mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membre participant sans l'intervention de leur représentant légal. Sauf refus express de leur part, les ayants droit de plus de 16 ans, sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre les droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

7.2 Conditions de résiliation du contrat mutualiste

Pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriteuse, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la mutuelle au plus tard deux mois avant la date d'échéance.

En application de la loi Chatel n° 2005-67 du 28 janvier 2005, reprise dans les dispositions de l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité, pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles, la date limite d'exercice par le membre participant du droit de dénonciation de l'adhésion sera rappelée à chaque avis d'échéance annuel.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant est informé qu'il dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis, pour dénoncer la reconduction. Le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la Poste.

Concernant les cas de résiliation exceptionnels en cours d'année, en exécution de l'article L.221-17 du Code de la mutualité, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des cas suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation patrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité. Il peut être mis fin à l'adhésion pour chacune des garanties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qu'il ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en adressant au siège social de la mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception accompagnée de toutes les pièces justifiant sa demande de résiliation.

La garantie prend alors fin le dernier jour du mois en cours. La mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période non couverte par la garantie, période calculée à compter de la date de fin de garantie.

La fin de l'adhésion ou la résiliation anticipée du contrat mutualiste ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

Passé ce délai, aucune demande de résiliation anticipée ne sera prise en compte.

■ Article 8

La mutuelle peut présenter des garanties de tous types dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance.

La mutuelle peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

Lorsqu'un intermédiaire d'assurance a été désigné par une personne morale souscriteuse, la mutuelle informe cette dernière du montant et du destinataire de la rémunération versée.

La mutuelle peut déléguer de manière totale ou partielle la gestion d'un contrat collectif.

■ Article 9

I. « Dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu le défaut de paiement peut entraîner la résiliation des garanties. La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractions de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement ».

II. « Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale. Dans la lettre de mise en demeure, la mutuelle informe des conséquences de ce défaut de paiement sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entend de se substituer à

l'employeur ou à la personne morale souscriteuse pour le paiement des cotisations. La mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours susmentionné. Le contrat collectif non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement les frais de poursuites et de recouvrements ».

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

L'exclusion ne peut faire obstacle au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La procédure prévue au II est applicable à l'employeur ou à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas la mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences et rembourse le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque ».

« Pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif :

- Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ;
- à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

● Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés ».

Sont également exclus, les membres participants dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L.221-17 du Code de la mutualité étant précisé que ces résiliations ne sont valables que si lesdites adhésions ont pour objet la garantie de risque en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la nouvelle situation.

■ Article 10

Sous Réserve des dispositions propres au livre II du Code de la mutualité, peuvent être exclus les membres participants et honoraires qui auraient causé volontairement aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté. Le membre dont l'exclusion est prononcée pour ce motif est convoqué par devant le Conseil d'Administration pour y être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer son exclusion peut être prononcée d'office par le Conseil d'Administration

■ Article 11

Hormis les cas envisagés à l'article L.221-17 du Code de la mutualité, la démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf dans le cadre d'une démission suite à l'obtention d'une complémentaire CMU.

■ Article 12

Il est expressément reconnu tant par la mutuelle que par l'adhérent que le lieu d'exécution de la prestation de service délivré et effectuée par la mutuelle conformément au contrat mutualiste est en son siège social.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

■ Article 13

Une commission électorale est nommée par le Conseil d'Administration de la mutuelle lorsqu'a lieu l'élection des membres de l'Assemblée Générale de la mutuelle.

Cette commission électorale est nommée avant l'organisation des opérations électorales. La commission électorale obéit aux règles fixées par les statuts et est composée comme suit :

- 4 membres participants ou honoraires ;
- 2 membres du Conseil d'Administration de la mutuelle.

Tous les membres participants et honoraires de la mutuelle sont répartis en une ou plusieurs sections de vote géographiques. La commission électorale valide les listes de candidats aux fonctions de Délégué de la ou des sections de vote. Chaque section de vote élit ses Délégués. L'étendue de la ou des sections de vote sont déterminées par le Conseil d'Administration.

Le droit de vote des membres participants mineurs de plus de 16 ans est exercé par lui-même. Le droit de vote des membres participants mineurs de moins de 16 ans est exercé par le titulaire de l'autorité parentale.

La Commission électorale a compétence sur l'ensemble des opérations électorales et bénéficie des attributions suivantes :

- fixation de la date de scrutin ;
- établissement du calendrier électoral sur proposition du Conseil d'Administration ;
- contrôle et arrêt des listes électorales de chaque section de vote ;
- détermination du nombre de Délégués à l'Assemblée Générale titulaires et suppléants par section de vote dans les conditions prévues par l'article 18 des présents statuts ;
- contrôle et veille de la régularité et de l'organisation matérielle de toutes les opérations électorales ;

- la réception des actes de candidatures et des professions de foi ;
- l'organisation des opérations de dépouillement ;
- la proclamation des résultats ;
- l'examen des réclamations éventuelles.

La Commission élit parmi ses membres un Président.

Les membres de la Commission Électorale sont désignés pour la durée des opérations électorales. Les décisions de la Commission sont prises à la majorité simple. En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante. En cas de décès, démission ou perte de statut nécessaire à l'exercice de leurs fonctions, il est pourvu à la désignation de leur remplaçant pour la durée des opérations électorales.

Le remplaçant est nommé par le Conseil d'Administration. La Commission Électorale est soumise à un quorum de 3 personnes.

■ Article 14

L'Assemblée Générale est composée des Délégués des sections de vote.

■ Article 15

Tous les membres participants et honoraires de chaque section de vote élisent les Délégués et leurs suppléants à l'Assemblée Générale de la mutuelle. Le droit de vote des membres participants mineurs de plus de 16 ans est exercé par eux-mêmes. Les sections de vote sont définies quant à leur nature et leur étendue par le Conseil d'Administration.

Les Délégués titulaires et les suppléants sont élus pour 6 ans, l'élection des Délégués titulaires et des suppléants a lieu suivant le mode de scrutin de liste majoritaire à un tour sans panachage. Il est procédé à l'élection des Délégués titulaires et des suppléants par correspondance.

Chaque Délégué dispose d'une voix à l'Assemblée Générale. Chaque liste, pour être recevable, doit comporter un nombre de candidats égal au double du nombre de postes à pourvoir (titulaires plus suppléants en nombre égal).

■ Article 16

En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission ou pour toute autre cause d'un Délégué de section, celui-ci est remplacé par le Délégué suppléant figurant sur la même liste immédiatement après le dernier candidat titulaire.

■ Article 17

En cas de vacance en cours de mandat, par décès, démission ou pour toute autre cause d'un Délégué de section et en l'absence de Délégués suppléants, il est procédé avant la prochaine Assemblée Générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau Délégué qui achève le mandat de son prédécesseur.

■ Article 18

Chaque section de vote élit un Délégué pour 1000 ou fraction de 1000 membres participants ou honoraires.

La formule utilisée est la suivante : Nombre de Sociétaires / 1000 = X Délégués arrondis au chiffre supérieur. Chaque Délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée Générale.

■ Article 19

Conformément à l'article L.114-13 du Code de la mutualité, les Délégués titulaires empêchés d'assister à l'Assemblée Générale peuvent être représentés.

Le Délégué titulaire empêché d'assister à l'Assemblée Générale peut se faire représenter dans ses fonctions par un Délégué titulaire présent disposant du droit de vote en lui confiant un mandat. Un même Délégué titulaire ne peut porter un nombre de mandats supérieur à trois.

■ Article 20

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration. À défaut d'une telle convocation, le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

■ Article 21

L'Assemblée Générale peut également être convoquée par :

- la majorité des Administrateurs composant le Conseil,
- les Commissaires aux comptes,
- la Commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la mutualité, d'office ou à la demande d'un membre participant,
- un Administrateur provisoire nommé par la Commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la mutualité, à la demande d'un ou plusieurs membres participants,
- les liquidateurs.

À défaut d'une telle convocation, le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

■ Article 22

L'Assemblée Générale doit être convoquée dans les conditions et délais fixés par décret en Conseil d'État. À défaut de quorum lors de la première Assemblée Générale, une seconde Assemblée Générale doit être convoquée dans les conditions et délais fixés par décret en Conseil d'État. Au cas où une réunion en seconde convocation peut être statutairement requise, les dates des deux réunions peuvent être arrêtées dès la convocation de la première des deux assemblées.

Les membres composant l'Assemblée Générale reçoivent les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité. À défaut de communication des documents prévus, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé, peut enjoindre sous astreinte les membres du Conseil d'Administration de la communiquer ou de désigner un mandataire chargé de procéder à cette communication et, le cas échéant, de reporter la date de l'Assemblée Générale. L'ordre du jour des Assemblées Générales est fixé par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations.

Toutefois, les Délégués peuvent, dans les conditions définies par décret, requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale de projets de résolution. L'Assemblée Générale ne délibère que sur des questions inscrites à l'ordre du jour. L'Assemblée Générale peut en toutes circonstances, révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement. Elle prend, en outre, en toute circonstance, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre

financier de la mutuelle et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

■ Article 23

Pour l'exercice des attributions autres que celles mentionnées à l'article 24 des présents statuts, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses Délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du nombre total des Délégués participants ou honoraires. À l'exception des décisions mentionnées à l'article 24 des présents statuts qui sont adoptées à la majorité des deux tiers des membres présents, les décisions sont adoptées à la majorité simple des membres. Si lors de la première convocation, le quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée, qui délibère valablement quel que soit le nombre des Délégués présents ou représentés.

■ Article 24

Lorsque l'Assemblée Générale se prononce sur les modifications statutaires, les activités exercées, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'Assemblée Générale de la mutuelle ne délibère valablement que si le nombre de ses Délégués présents ou représentés est au moins égal à la moitié du nombre total des Délégués. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni le quorum fixé au présent article, une seconde Assemblée Générale est convoquée, qui délibère valablement si le nombre de ses Délégués présents ou représentés représente au moins le quart du nombre total des Délégués participants et honoraires. Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des Délégués présents ou représentés.

■ Article 25

La scission de la mutuelle ou la dissolution sont prononcées par une Assemblée Générale Extraordinaire dans les conditions prévues à l'article 24 des présents statuts. La délibération concernant la scission est précédée de l'examen d'un rapport établi par un commissaire à la scission désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance. Le commissaire à la scission se prononce sur les méthodes d'évaluation et sur la valeur de l'actif et du passif des organismes concernés et expose les conditions financières de la scission. Pour l'exercice de sa mission, le commissaire à la scission peut obtenir auprès de chacun de ces organismes communication de tous documents utiles et procéder aux vérifications nécessaires. Concernant la dissolution de la mutuelle, l'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu, par décision de l'Assemblée Générale dans les conditions prévues à l'article 24 des présents statuts, à d'autres mutuelles, unions ou fédérations ou au fonds de solidarité et d'action mutualiste mentionné à l'article L.421-1 du Code de la mutualité ou au fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la mutualité.

À défaut de réunion de l'Assemblée Générale Extraordinaire malgré deux convocations successives, la dissolution de la mutuelle peut être prononcée par la Commission de Contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la mutualité. Conformément à l'article L.212-14 du Code de la mutualité, la dissolution volontaire comporte pour la mutuelle l'engagement de ne plus réaliser, pour l'ensemble des agréments qui lui avaient été accordés, de nouvelles opérations. La mutuelle en informe immédiatement l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09. Dans le mois de la décision concernant la caducité de l'agrément, la mutuelle soumet à l'ACPR un programme de liquidation précisant notamment les délais prévisibles et les conditions financières de la liquidation ainsi que les moyens en personnel et matériel mis en œuvre pour la gestion des engagements résiduels. Lorsque la gestion des engagements résiduels est déléguée à un tiers, le projet de contrat de délégation et un dossier décrivant la qualité du délégataire et de ses dirigeants, son organisation, sa situation financière et les moyens mis en œuvre sont communiqués à la commission qui peut, dans les conditions mentionnées à l'article L.510-7 du Code de la mutualité, réaliser tous contrôles sur pièces et sur place du délégataire, jusqu'à liquidation intégrale des engagements.

■ Article 26

L'Assemblée Générale procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation. L'Assemblée Générale peut procéder directement à l'élection du Président de la mutuelle.

L'Assemblée Générale est appelée à se prononcer sur :

- les modifications statutaires,
- les activités exercées,
- l'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle ou d'une union,
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cessions de réassurance ;
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés ou obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la mutualité,
- le transfert de tout ou partie des portefeuilles de garanties, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
- le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
- le rapport de gestion du groupe et les comptes combinés ou consolidés de l'exercice dans l'hypothèse où ce rapport et ces comptes devraient être établis en application des textes législatifs et réglementaires en vigueur,
- le rapport général du Commissaire aux comptes de la mutuelle,
- le rapport spécial du Commissaire aux comptes sur les conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la mutualité,
- les indemnités éventuelles allouées au Président du Conseil d'Administration, ou à des Administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées dans les conditions définies à l'article L.114-26 du Code de la mutualité,
- la dotation du fond d'entraide mutualiste,
- le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régit par les livres II et III auquel est joint le rapport du Commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du Code de la mutualité,

- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au grand III de l'article L.221-2 du Code de la mutualité,
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au grand II de l'article L.221-2 du Code de la mutualité,
- la nomination des Commissaires aux comptes sauf dans les cas où la loi l'écarte,
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle prononcée conformément aux dispositions statutaires,
- les apports fait aux mutuelles ou et aux unions créées en vertu de l'article L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité.

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres participants sous réserve de leurs conformités à l'objet de la mutuelle et au Code de la mutualité.

■ Article 27

Un rapport sur l'observance des règles générales devant présider aux opérations individuelles et collectives d'assurance est établi par le Conseil d'Administration. Ce rapport est soumis à l'Assemblée Générale qui se prononce sur le suivi de ces règles par le Conseil d'Administration lors de l'établissement des règlements mutualistes, règles telles qu'établies par l'Assemblée Générale.

■ Article 28

La mutuelle est administrée par un Conseil dont les membres sont élus par l'Assemblée Générale parmi les membres participants à jour de leurs cotisations et les membres honoraires. Pour être éligibles au Conseil d'Administration, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans révolus,
- ne pas être âgé de plus de 70 ans,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation, sanction ou mesure, prévue à l'article L.114-21 du Code de la mutualité,
- produire un état descriptif de leurs activités, indiquant notamment l'ensemble des éléments décrits à l'article L.114-30 du Code de la mutualité,
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la mutuelle au cours des trois années précédant l'élection ou la cooptation,
- ne pas être atteint par le cumul de mandats prévu à l'article L.114-23 du Code de la mutualité,
- avoir reçu lors de la première année d'exercice une formation à la gestion, formation proposée par la mutuelle. Le membre atteint par la limite d'âge est considéré comme démissionnaire d'office.

■ Article 29

La mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé de 12 Administrateurs. Le Conseil d'Administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants. Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'Administrateurs exerçant des fonctions d'Administrateur, de dirigeant ou d'associé dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article R.345-1-1 du Code des assurances.

Dans le respect de la convention collective de la mutualité et des textes législatifs et réglementaires en vigueur, un représentant du personnel assiste avec voix consultative aux séances du Conseil d'Administration. Dans le cas où la mutuelle emploie au moins cinquante salariés, deux représentants de ceux-ci, assistent avec voix consultative aux séances du Conseil d'Administration. En l'absence de délégué du personnel et de comité d'entreprise, il appartient à l'ensemble du personnel d'élire leur représentant parmi les salariés pour une durée de 3 ans. Dans l'hypothèse où la mutuelle serait dotée de délégués du personnel ou d'un comité d'entreprise, il appartiendrait soit aux délégués du personnel, soit au comité d'entreprise, de désigner leur(s) représentant(s) parmi les salariés pour une durée de 3 ans. Dans l'hypothèse où un représentant du personnel cesserait d'être salarié de la mutuelle, une nouvelle élection interviendrait dans un délai d'un mois suivant le départ du salarié. Les représentants du personnel sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour.

Les Administrateurs sont élus à bulletin secret par l'Assemblée Générale pour un an au scrutin uninominal majoritaire à deux tours. Au deuxième tour, dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus âgé. Les membres sortants sont rééligibles.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle,
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 28 des présents statuts,
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du Code de la mutualité relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la mutualité.

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

■ Articles 30 et 31

Articles réservés

■ Article 32

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause de l'Administrateur, il est pourvu provisoirement par le Conseil à la nomination d'un Administrateur au siège devenu vacant. L'Administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur. Dans le cas où le nombre d'Administrateurs viendrait à devenir inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée Générale est convoquée par le Président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux Administrateurs.

■ Article 33

Le Président convoque le Conseil d'Administration, au moins 3 fois par an, et en établissant l'ordre du jour. Les Administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'Administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le Président ou le Dirigeant Effectif Opérationnel.

■ Article 34

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Le Conseil d'Administration vote obligatoirement à bulletin secret pour les propositions de délibérations qui intéressent directement un Administrateur ou le Dirigeant Effectif Opérationnel. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

■ Article 35

Article réservé

■ Article 36

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application.

Le Conseil d'Administration de la mutuelle établit les règlements mutualistes afférant aux opérations d'assurance présentées par la mutuelle. Le Conseil d'Administration rend compte de cette mission à l'Assemblée Générale dans le cadre d'un rapport qui atteste que lesdits règlements mutualistes ont été établis conformément aux règles générales fixées en Assemblée Générale, règles auxquelles doivent obéir lesdits règlements mutualistes.

Le Conseil d'Administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle. Chaque Administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles. Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

Le Conseil d'Administration nomme le Dirigeant Effectif Opérationnel et détermine ses attributions. Il en fait la déclaration auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité. Il fixe sa rémunération. Le Conseil d'Administration peut le révoquer à tout moment. Le Dirigeant Effectif Opérationnel assiste à chaque réunion du Conseil d'Administration.

■ Article 37

À la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels établis conformément à la loi et aux textes législatifs et réglementaires régissant la matière et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte sur :

- des prises de participation dans les sociétés soumises aux dispositions du livre II du commerce,
- de la liste des organismes avec lesquels la mutuelle constitue un groupe au sens de l'article R.345-1-1 du Code des assurances,
- de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L.114-26 ; un rapport distinct, certifié par le Commissaire aux comptes de la MEP et également présenté à l'Assemblée Générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque Administrateur,
- de l'ensemble des rémunérations versées au Dirigeant Effectif Opérationnel,
- de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des Administrateurs de la mutuelle,
- des transferts financiers entre mutuelles et unions.

■ Article 38

Le Conseil d'Administration peut confier l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle, soit au Président, soit à un ou plusieurs Administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions. Le Conseil d'Administration peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions. Les modalités de vote se font dans les conditions énumérées à l'article 34 des présents statuts.

■ Article 39

Article réservé

■ Article 40

Les fonctions d'Administrateurs sont gratuites. La mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses Administrateurs auxquels des attributions permanentes ont été confiées. La mutuelle rembourse aux Administrateurs les frais de déplacement et de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la mutualité. Toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses Administrateurs ou de son Dirigeant Effectif Opérationnel, ou une personne morale à laquelle la mutuelle a délégué tout ou partie de sa gestion, est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration. Il en va de même des conventions auxquelles un Administrateur ou le Dirigeant Effectif Opérationnel est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la mutuelle par personne interposée ainsi que les conventions intervenant entre la mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des Administrateurs de la mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, Administrateur, Dirigeant Effectif Opérationnel, membre du directoire, du conseil de surveillance ou de façon générale, dirigeant de ladite personne morale. Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un Administrateur ou le Dirigeant Effectif Opérationnel et toute personne morale appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article R.345-1-1 du Code des assurances. Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L.114-35 du Code de la mutualité.

Le Conseil d'Administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisation qui lui sont adressées au plus tard lors de sa réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice. Les conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la mutuelle et l'un de ses Administrateurs ou le Dirigeant Effectif Opérationnel, telles que définies par un décret pris en Conseil d'État, sont communiquées par ce dernier au Président de la mutuelle. La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le Président aux membres du Conseil d'Administration et aux Commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'Assemblée Générale.

■ Article 41

Il est interdit aux Administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice

de leurs fonctions toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du Code de la mutualité. Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quel que titre que ce soit à un Administrateur.

Les Administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la Loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel. Les Administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'Administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard. Les Administrateurs sont tenus de faire connaître à la mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la mutualité.

■ Article 42

Les membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai de un an à compter de la fin de leur mandat. Un ancien salarié de la mutuelle ne peut être nommé Administrateur de celle-ci pendant une durée de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.

■ Article 43

Le Président est élu parmi les membres du Conseil d'Administration à bulletin secret dans les conditions énumérées à l'article 34 des présents statuts. Le Président est élu pour un an par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration jusqu'à la prochaine Assemblée Générale. Le Conseil d'Administration peut élire, à bulletin secret et dans les conditions énumérées à l'article 34 des présents statuts, parmi les membres du Conseil d'Administration, des Administrateurs à qui le Conseil d'Administration confie l'exécution de certaines missions sous sa responsabilité et son contrôle, conformément à l'article 38 des présents statuts.

■ Article 44

Conformément à l'article 43 des présents statuts, les Administrateurs à qui le Conseil d'Administration délègue certaines missions sont les suivants :

- 1^{er} Administrateur : délégué à la première Vice-Présidence, dont les missions et attributions sont précisées à l'article 46 des présents statuts ;
- 2^{ème} Administrateur : délégué au secrétariat général dont les missions et attributions sont précisées à l'article 47 des présents statuts ;
- 3^{ème} Administrateur : délégué à la trésorerie dont les missions et attributions sont précisées à l'article 48 des présents statuts ;
- 4^{ème} Administrateur : délégué à la deuxième Vice-Présidence en charge des opérations de prévention et d'éducation à la santé ;
- 5^{ème} Administrateur : délégué à la Présidence du Comité d'Audit.

■ Article 45

Le Président représente la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il veille à la régularité du fonctionnement de la mutuelle, conformément au Code de la mutualité et aux statuts. Il préside les réunions du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales. Il engage les dépenses. Le Président du Conseil d'Administration organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale. Il informe le cas échéant le Conseil d'Administration des procédures envisagées en application de l'article L.510-1 du Code de la mutualité. Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les Administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées. Le président convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour. Il donne avis aux Commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées. Il engage les recettes et les dépenses. À l'égard des tiers, la mutuelle est engagée même par les actes du Président du Conseil d'Administration ou du Dirigeant Effectif Opérationnel qui ne relève pas de son objet, à moins que la mutuelle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou s'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances.

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil d'Administration est convoqué immédiatement à cet effet par le 1^{er} Administrateur délégué à la Vice-Présidence. Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le 1^{er} Administrateur délégué à la Vice-Présidence.

■ Article 46

Le 1^{er} Administrateur délégué à la première Vice-Présidence seconde le Président qu'il supplée en cas d'empêchement de celui-ci avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions. Les dirigeants salariés peuvent se voir déléguer par le Président ou un Administrateur, dans la limite de leurs attributions respectives, le pouvoir de passer en leur nom certains actes ou de prendre certaines décisions. Ces délégations doivent être autorisées par le Conseil d'Administration, par décision expresse et déterminée quant à leur objet. Le Conseil d'Administration peut également consentir, pour les nécessités imposées par l'activité de la mutuelle, une délégation au profit d'autres salariés. Le 4^{ème} Administrateur délégué à la deuxième Vice-Présidence en charge des opérations de prévention et d'éducation à la santé en assure le suivi et leurs réalisations.

■ Article 47

Le 2^{ème} Administrateur délégué au Secrétariat Général est chargé par le Conseil d'Administration et sous son contrôle des convocations aux réunions de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des adhérents. Le 2^{ème} Administrateur délégué au Secrétariat Général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au Dirigeant Effectif Opérationnel de la mutuelle l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

■ Article 48

Le 3^{ème} Administrateur délégué à la Trésorerie est chargé par le Conseil d'Administration d'effectuer les opérations financières de la mutuelle et de tenir la comptabilité. Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président et fait encaisser les sommes dues à la mutuelle. Il fait procéder selon les directives du Conseil d'Administration

à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs. Il prépare et soumet à l'approbation du Conseil d'Administration :

- les comptes annuels et les documents, états, tableaux qui s'y rattachent ;
- les prises de participation dans les sociétés soumises aux dispositions du livre II du Code de commerce ;
- l'ensemble des sommes versées aux Administrateurs en application de l'article 40 des présents statuts ;
- l'ensemble des rémunérations versées au Dirigeant Effectif Opérationnel ;
- les transferts financiers entre la mutuelle et des organismes mutualistes ;
- un rapport synthétique sur la situation financière de la mutuelle.

Le 3^{ème} Administrateur délégué à la Trésorerie peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier à un ou des salariés qui n'ont pas le pouvoir d'ordonnement, notamment le chef du service comptable, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

■ Article 49

Les recettes de la mutuelle comprennent :

1. les droits d'admission et les cotisations des membres participants ;
 2. les cotisations des membres honoraires ;
 3. les produits résultant de l'activité de la mutuelle ;
 4. les dons et legs mobiliers et immobiliers.
 5. plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi.
- Pour l'acceptation des dons et legs mobiliers et immobiliers, celle-ci est soumise à l'autorisation de l'autorité administrative. La décision d'acceptation pourra exiger l'aliénation de tout ou partie des éléments compris dans la libéralité.

■ Article 50

Les dépenses comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants,
- les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,
- les versements faits aux unions et fédérations,
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination,
- les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L.111-5 du Code de la mutualité,
- la redevance prévue à l'article L.510-1 du Code de la mutualité et affectée aux ressources de l'ACPR pour l'exercice de ses missions,
- plus généralement, toutes autres dépenses non interdites par la loi.

■ Article 51

Les dépenses de la mutuelle sont engagées par le Président et payées par le Trésorier ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues aux articles 46 et 48 des présents statuts. Le responsable de la mise en paiement s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la mutuelle.

■ Article 52

Le Conseil d'Administration décide du placement et du retrait des fonds de la mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'Assemblée Générale. Conformément aux dispositions de l'article L.212-1 du Code de la mutualité, la mutuelle, régie par le livre II du Code constitue des provisions techniques dont le niveau permet d'assurer le règlement intégral des engagements pris par la mutuelle ; détient des actifs d'un montant au moins équivalent aux engagements réglementés, dont la mutuelle doit à tout moment justifier une évaluation ; dispose à tout moment d'une marge de solvabilité.

■ Article 53

La mutuelle doit justifier d'une marge de solvabilité suffisante relative à l'ensemble de ses activités. La marge de solvabilité est définie comme un ensemble de fonds propres et de ressources à long terme permettant de faire face aux aléas qui pèsent sur toutes les activités d'assurance.

■ Article 54

La mutuelle constitue un fonds d'établissement fixé à la somme de 250 000 €. Son montant peut être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions de l'article 24 des présents statuts, sur proposition du Conseil d'Administration.

■ Article 55

Conformément à l'article L.114-9 du Code de la mutualité, la mutuelle adhère à la Fédération des Mutuelles Interprofessionnelle de Prévoyance. Conformément aux dispositions des articles L.111-6 et L.431-1 du Code de la mutualité, la mutuelle adhère à un Système Fédéral de Garantie, géré par une fédération mutualiste. Si la mutuelle cesse d'être membre du Système Fédéral de Garantie choisi par son Assemblée Générale ou si elle adhère à un Système Fédéral de Garantie géré par une autre fédération, la mutuelle en informe le Ministre chargé de la Mutualité et l'ACPR.

■ Article 56

En vertu de l'article L.114-38 du Code de la mutualité, l'Assemblée Générale nomme au moins un Commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.225-219 du Code de commerce pour une durée de six ans. Le Président convoque le Commissaire aux comptes à toute Assemblée Générale. Le Commissaire aux comptes : certifie le rapport établi par le Conseil d'Administration et présenté à l'Assemblée Générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque Administrateur ; certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'Administration ; prend connaissance de l'avis donné par le Président du Conseil d'Administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L.114-32 du Code de la mutualité ; établit et présente à l'Assemblée Générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la mutualité ; fournit à la demande de la commission de contrôle des mutuelles tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel ; signale sans délai à la commission tout fait et décision mentionnée à l'article L.510-6 du Code de la mutualité dont il a connaissance ; porte à la connaissance

du Conseil d'Administration et de la Commission de Contrôle les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le Code de commerce ; signale dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission ; joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides.

■ Articles 57

Définition :

Dans le cadre de son action sociale et de solidarité, la mutuelle peut accorder des allocations exceptionnelles à ses membres ainsi qu'à leurs ayants droit lorsque leur situation le justifie.

Bénéficiaires :

- les membres participants de la Mutuelle des Étudiants de Provence ;
- leurs ayants droit cotisants ou non cotisants.

Ces qualités s'apprécient à la date retenue pour l'examen du droit aux prestations.

Domaines d'interventions :

- aider les adhérents subissant des difficultés exceptionnelles en prenant en charge une partie de leurs cotisations du régime complémentaire maladie.
- permettre le remboursement de prestations non statutaires chaque fois que l'adhérent de la mutuelle se trouve dans une situation exceptionnelle et d'une particulière gravité.

Modalités d'attribution

Toute personne souhaitant être bénéficiaire d'une allocation au titre du fonds d'entraide soumet au Conseil d'Administration de la Mutuelle des Étudiants de Provence une demande motivée et étayée par des pièces justificatives.

C'est au Conseil d'Administration qu'il appartient d'étudier les demandes qui lui sont soumises soit pour les accepter, soit pour les rejeter, et ce totalement ou partiellement.

Constitution du fonds

La constitution du « Fonds d'Entraide Mutualiste » est assurée par une dotation votée annuellement par l'Assemblée Générale.

■ Article 58

Article réservé

■ Article 59 à 63

Articles réservés

■ Article 64

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

■ Article 65

Chaque adhérent reçoit gratuitement un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance. Dans le cadre des opérations collectives, la mutuelle établit une notice qui définit les garanties prévues par les opérations collectives et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice et les statuts de la mutuelle à chaque membre participant. Pour les opérations collectives facultatives, tout membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son adhésion en raison de ces modifications. Les comptes annuels sont communiqués par la mutuelle à toute personne qui en fait la demande, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité. Cet arrêté définit les états, tableaux, et documents transmis à la commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du Code de la mutualité, qui sont communiqués en réponse à une telle demande.

■ Article 66

Dans le respect de l'article L.212-11 du Code de la mutualité, la mutuelle peut être autorisée à transférer tout ou partie de son portefeuille à une ou plusieurs mutuelles régies par le Code de la mutualité, à une ou plusieurs Institutions de Prévoyance régies par le Code de la Sécurité sociale ou à l'article L.727-2 du Code rural, et à une ou plusieurs entreprises d'assurance régies par le Code des assurances. Le nouvel assureur devra respecter les garanties concernant les activités transférées, telle que la mutuelle les avaient établies. L'Assemblée Générale de la mutuelle se prononce sur la demande de transfert dans les conditions énumérées à l'article 24 des présents statuts. La demande de transfert doit être approuvée par l'autorité administrative par arrêté et doit être publiée au Journal Officiel dans le but de la porter à la connaissance des créanciers. L'approbation rend le transfert opposable aux membres participants ainsi qu'aux créanciers à partir de la date de publication au Journal Officiel de l'arrêté mentionné. Les membres participants ont la faculté de résilier leur adhésion dans le délai d'un mois, suivant la date de publication au Journal Officiel.

En application de l'article L.113-2 du Code de la mutualité, la fusion de plusieurs mutuelles ou unions résulte de délibérations concordantes de leurs assemblées générales. Ces délibérations sont précédées de l'examen d'un rapport établi par un commissaire à la fusion désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance.

■ Article 67

Toutes actions dérivant des opérations régies par le livre II du Code de la mutualité sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ; en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

INFORMATIONS CONCERNANT LES GARANTIES DONT LE RISQUE EST PORTÉ

PAR UN AUTRE ORGANISME HABILITÉ À PRATIQUER DES OPÉRATIONS D'ASSURANCE

PREAMBULE

Le présent contrat garantit l'Assuré tel qu'il est défini ci-dessous. Les garanties du présent contrat ne seront plus acquises aux Assurés dès qu'ils cesseront d'être bénéficiaires de l'une des garanties souscrites précédemment citées, soit pour des raisons statutaires, soit pour non renouvellement de leur adhésion.

Les garanties objet de la présente notice d'information ont été souscrites par S2C - Sud Courtage et Conseil - 432, Bd Michelet - 13009 Marseille - Tel 04.91.16.47.12, fax 04.91.16.47.11 - Email : gestion@sud-courtage.fr - SARL de courtage d'assurances au capital de 7622,45€ - RCS Marseille B 395 214 646 00022 - Code APE 672 Z - N° ORIAS 07 030 727, et dont les missions sont les suivantes : conception des garanties, rédaction des conditions particulières, négociation tarifaire, suivi des sinistres, avis d'échéances et encaissement des primes globales auprès de la MEP, règlements compagnie.

CHAMP D'APPLICATION DES GARANTIES

Prise d'effet des garanties

Le lendemain du jour de l'adhésion à 0h00. Toutefois, pour toute nouvelle adhésion d'une durée de 12 mois souscrite à la MEP antérieurement au 01/06, il est précisé que la garantie Responsabilité Civile sera acquise du 01/06 de l'année en cours jusqu'au 31 août de l'année suivante.

Exemples :

- Pour une adhésion d'une durée de 3 mois souscrite à la MEP le 10/05 de l'année en cours, la garantie prendra effet le 11/05 à 0h00 de l'année en cours pour se terminer le 31 août de l'année en cours.
- Pour une adhésion d'une durée de 12 mois souscrite à la MEP le 10/05 de l'année en cours, la garantie prendra effet le 01/06 à 0h00 de l'année.
- Pour une adhésion au 15/06 de l'année en cours, la garantie prendra effet le 16/06 à 0h00 de l'année en cours pour se terminer le 31 août de l'année suivante.

Cessation d'effet des garanties

Lorsque l'Assuré cesse d'être adhérent de la Mutuelle signataire.

Étendue territoriale

Les garanties Responsabilité Civile (RC) et Défense Recours s'exercent dans le monde entier, à l'exclusion des Etats-Unis et du Canada en ce qui concerne la RC Médicale et la Protection Juridique médicale.

Les garanties Individuelle Accident (IA)/Décès sont acquises quel que soit le lieu de survenance du sinistre.

La garantie Assistance Monde Entier produit ses effets partout dans le monde à l'exclusion des pays en état de guerre ou d'instabilité politique notoire ou qui restreignent strictement la libre circulation des personnes dans leur territoire. Sont également exclus les pays dont est ressortissant l'Assuré de nationalité étrangère ou de double nationalité.

Période de garantie

La garantie s'applique aux sinistres dont le fait générateur se situe pendant la période de validité du contrat, c'est-à-dire entre la date de prise d'effet telle que précisée précédemment et la date d'expiration ou de résiliation du contrat.

VOTRE CONTRAT D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

La MEP adhère au contrat groupe N° 1743420304 souscrit par S2C, auprès de l'assureur AXA France IARD - siège social : 313, terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre cedex - SA au capital de 214 799 030 € - 722 057 460 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances.

DÉFINITIONS

Accident

Événement soudain, imprévu et extérieur à la victime et à la chose endommagée constituant la cause de dommages corporels ou matériels.

Assuré

Les membres participants qui ont souscrit à l'un des contrats mutualistes proposés par la MEP, à l'exception de la garantie « T'es Bien » qui ne comprend que des forfaits, bénéficient de l'assurance Responsabilité Civile. Les enfants mineurs d'un adhérent, s'ils sont fiscalement à sa charge. Toutes personnes assurées la garde bénévole des enfants et seulement dans le cas d'un dommage causé par l'un de ces enfants.

Dommages

- Corporels : toute atteinte corporelle subie par une personne physique.
- Matériels : détérioration ou destruction d'une chose ou substance, toute atteinte physique à un animal.
- Immatériels : préjudice pécuniaire résultant de la privation de jouissance d'un droit, de l'interruption d'un service rendu par une personne ou par un bien meuble ou immeuble, de la perte de bénéfice réel, lorsqu'ils sont directement consécutifs à un dommage corporel ou matériel garanti par ce contrat.
- Exceptionnels : dommages résultant de l'action du feu, de l'eau, des gaz et de l'électricité, de la pollution, de l'effondrement des ouvrages ou constructions, des glissements de terrain, des avalanches, des intoxications alimentaires, de l'écrasement ou de l'étouffement dus à la panique, de l'utilisation des moyens de transports publics quels qu'ils soient.

Franchise

La somme qui reste en tout état de cause à la charge de l'Assuré sur le montant de l'indemnité due par AXA France. La franchise s'applique par sinistre, quel que soit le nombre de victimes.

Sinistre

Événement susceptible de mettre en jeu la garantie.

Tiers

Toute personne autre que :

- l'Assuré tel qu'il est défini ci-dessus ;
- les ascendants ou descendants de l'Assuré responsable du sinistre. Toutefois, en cas de dommages subis par les membres de la famille ayant la qualité d'Assuré, ou les ascendants et descendants visés à l'alinéa précédent, la garantie s'applique aux prestations que la Sécurité sociale

ou tout autre organisme de prévoyance pourrait réclamer au souscripteur ou à toute autre personne assurée ;

- les préposés de l'Assuré responsable dans l'exercice de leurs fonctions sauf dans le cadre des recours de droit commun.

Événements couverts

- Les activités de la vie privée (y compris scolaires et universitaires) ;
- les activités sportives, à l'exception de celles exclues par ailleurs ;
- les stages rémunérés ou non, conseillés ou ordonnés par l'établissement d'enseignement.

■ Article 1 : Objet de la garantie

AXA France garantit l'Assuré contre les conséquences pécuniaires de la Responsabilité Civile pouvant lui incomber en application des articles 1240 à 1244 du Code Civil en raison des dommages corporels, matériels et immatériels qui en sont directement la conséquence, causés aux Tiers au cours ou à l'occasion des activités définies ci-dessus et provenant du fait :

- de l'Assuré ;
- de son personnel domestique en service ;
- des animaux domestiques lui appartenant ou dont il a la garde à titre gratuit ;
- des choses lui appartenant ou dont il a la garde, notamment :
 - de l'usage des cycles sans moteur et de leurs remorques ;
 - de tous véhicules mus à la main ;
 - de remorques de camping ou de caravanes sauf lorsque, attachées ou non à un véhicule automobile tracteur, elles sont assujetties à l'obligation d'assurance automobile selon les termes des articles L.211-1 et suivants du Code des Assurances, de l'outillage et des appareils ménagers, de l'outillage de jardin avec ou sans moteur, sous réserve que ce matériel ne soit pas soumis à l'obligation d'assurance automobile ;
 - de l'immeuble constituant sa résidence principale ;
 - des agencements intérieurs ou extérieurs des locaux d'habitation qu'il occupe, à titre privé ;
 - des dépendances, antennes de télévision et de radio ;
 - d'émanations de gaz provoquées par son installation domestique.

Cette garantie ne peut trouver application que si l'Assuré justifie avoir procédé à l'exécution régulière des opérations normales d'entretien.

- de l'intoxication ou de l'empoisonnement causés par les boissons et aliments servis à sa table ;
- de l'usage, à son insu ou à l'insu de son conjoint, par un de ses enfants mineurs d'un véhicule terrestre à moteur ne lui appartenant pas et dont il n'est pas gardien autorisé. Cette garantie s'applique également aux dommages subis par le véhicule. Dans tous les cas, la garantie s'applique tant aux dommages causés aux Tiers qu'à ceux subis par le véhicule à la suite d'un accident. Toutefois, elle n'interviendra qu'en l'absence de tout contrat d'assurance relatif au véhicule considéré.
- de la pratique de tous les sports non exclus ci-après, même au cours de compétitions, pourvu qu'elles soient réservées à des amateurs ;
- d'une personne qui lui prête assistance à titre gratuit, sous réserve toutefois que l'intervention de cette personne soit occasionnelle et inopinée ;
- des dommages causés à un enfant dont il aurait la garde en qualité de simple particulier et à titre gratuit. Cette garantie est étendue à la pratique occasionnelle ou régulière du babysitting ;
- des dommages occasionnés au matériel (animaux compris) dont il a l'usage, lorsque ce matériel lui est confié dans le cadre d'un stage de formation, rémunéré ou non, ordonné ou conseillé par l'établissement d'enseignement (y compris les stages de formation agricole) ;
- des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux Tiers, à l'occasion de ses activités de stagiaire qu'il est appelé à effectuer en sa qualité d'étudiant, y compris au cours de déplacements, notamment par les SAMU, SMUR, lors de convois sanitaires. La garantie s'applique également aux accidents de trajet. Sont notamment considérées comme Tiers les personnes physiques et morales de droit privé ou de droit public accueillant l'Assuré (y compris leur personnel). Il est précisé que AXA France renonce au recours que, comme subrogé dans les droits de l'Assuré, il serait en droit d'exercer contre ces personnes.

■ Article 2 : Défense et Recours

Objet de la garantie

En cas de litige opposant l'Assuré à un Tiers, AXA France garantit :

- la mise en oeuvre, par les voies amiables ou judiciaires, des moyens nécessaires à la sauvegarde des droits et intérêts de l'Assuré ;
- la prise en charge, dans la limite de la garantie, du coût d'intervention de tout auxiliaire de justice, des frais et dépens, y compris les frais d'expertise qui incombent à l'Assuré.

Champ d'application

AXA France intervient :

- pour votre défense pénale, si vous êtes l'objet de poursuites ayant pour fait générateur un événement dont la garantie est prévue au contrat, ou à la suite d'un délit ou d'une contravention en matière de circulation des piétons et des bicyclettes sans moteur ;
- en recours amiable ou judiciaire à l'encontre du responsable identifié du dommage corporel ou matériel subi par vous, dès lors que ce préjudice est survenu dans le cadre de l'un des événements ou situations de la vie privée à l'article 1 « Responsabilité Civile », ou à la suite d'un dommage corporel subi par l'Assuré en tant que piéton du fait d'un véhicule terrestre à moteur dont il n'a ni la propriété, ni la conduite, ni la garde, et dont il n'est pas le passager lors du sinistre.

Débours pris en charge

À condition d'avoir donné son accord préalable sur l'engage-

ment de ces frais, AXA France acquitte directement :

- les frais de constitution de dossier, à l'exception des frais engagés pour vérifier la réalité du préjudice ou en faire la constatation ;
- les honoraires d'experts judiciaires ;
- les frais et honoraires des auxiliaires de justice.

Libre choix de l'avocat

Si un litige implique l'intervention d'un avocat, vous pouvez le choisir parmi ceux inscrits au Barreau du Tribunal saisi ou demander à AXA France de vous en proposer un.

Divergences d'intérêts

En cas de désaccord entre vous et AXA France sur l'opportunité d'engager ou de poursuivre une action en justice, la procédure prévue par l'article L.127-4 du Code des Assurances est appliquée ; en voici le résumé : « Le différend est soumis à l'appréciation d'une tierce personne choisie d'un commun accord ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance (TGI). Sauf décision contraire, c'est AXA France qui supporte, dans la limite de la garantie, les frais de cette procédure ». Les mêmes modalités sont appliquées en cas de survenance, entre vous et AXA France, de divergences d'intérêts au sens de l'article L.127-5 du Code des Assurances.

■ Article 3 - Exclusions

A - Responsabilité Civile

AXA France ne garantit pas :

- votre résidence secondaire ;
- votre activité d'assistante maternelle ;
- les immeubles ou parties d'immeubles dont vous n'êtes pas occupant ;
- les accidents :
 - résultant d'une activité professionnelle, étant précisé que les accidents causés au cours de trajets, pour vous rendre sur les lieux de l'établissement scolaire ou en stage, ne sont pas considérés comme résultant d'une activité professionnelle ;
 - résultant d'une fonction publique, politique ou sociale ou de dirigeant d'association ;
 - résultant de la pratique de la chasse (la chasse sous-marine restant garantie), de l'équitation avec des chevaux vous appartenant, du bobsleigh, des sports aériens, du polo, du yachting avec des voiliers de plus de 5,50 m ou résultant de toute participation à des compétitions de yachting avec des embarcations de plaisance à voiles ou à rames quelles qu'elles soient ;
 - résultant de la pratique de tout sport à titre professionnel ;
 - causés par les armes à feu et leurs munitions de 1^{ère} ou de 4^{ème} catégorie dont la détention est interdite et dont vous seriez sciemment possesseur ou détenteur sans autorisation préfectorale ;
 - causés par les véhicules à traction animale, par les véhicules, leurs remorques et semi-remorques soumis à la législation sur l'assurance automobile obligatoire (tels que les karts, les tondeuses avec siège, les véhicules à moteur destinés aux enfants), par les appareils nautiques de plus de 6 CV et par tout engin ou appareil aérien autre que les engins d'aéromodélisme jusqu'à 5 kg et 10 cm³ dont vous ou les personnes dont vous êtes civilement responsable ont la propriété, la conduite ou la garde ;
 - causés aux biens ou animaux, dont vous ou les personnes dont vous êtes civilement responsable avez la propriété, l'usage ou la garde (sauf dans le cadre des stages) ;
 - matériels et immatériels consécutifs causés par les eaux, un incendie ou une explosion s'ils résultent de sinistres ayant pris naissance dans les locaux ou caravane dont vous êtes propriétaire, locataire ou occupant à titre quelconque.

B - Défense et Recours

Outre les exclusions générales du contrat et celles spécifiques à la garantie Responsabilité Civile, l'extension Défense et Recours ne s'applique pas aux :

- litiges dont l'intérêt financier en principal porte sur un montant inférieur à 225 €, montants des condamnations tant civiles que pénales ;
- litiges relevant d'un acte intentionnel ou de la procédure dite des « amendes de composition » ;
- litiges dont le fait générateur est survenu soit avant la prise d'effet du contrat, soit après la date de prise d'effet de la résiliation, soit au cours d'une période de suspension des garanties ;
- litiges de mitoyenneté ;
- litiges découlant d'opération de construction, de restauration ou de réhabilitation immobilières dans les risques assurés ou dans les risques voisins ;
- litiges intervenant dans le cadre d'une succession, d'une cessation d'indivision, d'une opération de partage familial ;
- litiges provoqués par une interruption d'activité, une dissolution de société ou d'association ; procédures engagées sans l'accord préalable de l'Assureur.

■ Article 4 : Tableau des garanties

TABLEAU DE GARANTIES (sauf RC médicale)	MONTANTS	FRANCHISE
Dommages corporels	20 000 000 €	néant
Dommages exceptionnels	4 575 000 €	néant
Intoxication alimentaire	763 000 €	néant
Dommages matériels et immatériels	763 000 €	91 €
Dommages aux biens confiés lors de stages (y compris dommages immatériels consécutifs)	15 250 €	121 €
Dommages au matériel informatique confié par les Universités et Facultés (à l'exclusion du vol et de la perte)	2 500 €	150 €
Défense recours	compris dans le montant ci-dessus	seuil d'intervention 225 €

■ Article 5 : RC médicale

Les garanties du contrat sont étendues aux conséquences pécuniaires de la Responsabilité Civile pouvant incomber à l'Assuré en raison des dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs causés aux Tiers au cours de toutes activités liées à l'exercice de professions médicales, chirurgicales et paramédicales.

Ces dommages sont couverts dans le cadre de stages, gardes, soins, imposés ou non, rémunérés ou non, en externat ou internat, que l'Assuré pourra effectuer dans un service hospitalier, une clinique ou auprès d'un professionnel exerçant en libéral, dans la limite des actes qu'il est légalement autorisé à pratiquer.

Sont notamment garanties les activités de dissection et les travaux pratiques d'anatomie. Cette extension de garantie est acquise uniquement pour les Assurés inscrits dans l'une des quatre premières années d'études en : Médecine, Pharmacie, Orthophonie, Orthoptie, Kinésithérapie, Dentaire, Écoles d'Infirmiers, Sages-femmes, Puéricultrices, Aides-soignantes, Manipulateurs radiés, préparation universitaire ou en école privée ou publique au diplôme d'État d'Ergothérapeute, à l'exclusion de tout autre.

Les garanties sont accordées jusqu'à la cinquième année d'études pour les disciplines suivantes : Psychologie, Pharmacie et Sages-femmes. Les garanties sont accordées jusqu'à la sixième année d'études pour les disciplines suivantes : Ostéopathes ; La préparation universitaire ou en école privée ou publique au diplôme d'État d'Ergothérapeute ; La préparation universitaire ou en école privée au diplôme d'État en Psychomotricité.

Montant des garanties

- Dommages corporels : 6 100 000 € - Franchise néant.
- Intoxication alimentaire : 6 100 000 € - Franchise néant.
- Dommages matériels et immatériels : 458 000 € - Franchise 45 €.
- Défense : comprise dans les montants ci-dessus.
- Recours : 15 250 € - Seuil d'intervention : 305 €.

Extensions

- RC du fait des salariés et préposés légalement autorisés.
- Fonctions hospitalières : la garantie est étendue à la responsabilité que l'Assuré peut encourir à titre personnel dans le cadre de ses fonctions hospitalières au sein d'un établissement public à la suite d'une faute détachable de ses fonctions.

Période de garantie

La garantie s'applique aux réclamations formulées à quelque époque que ce soit, dans la mesure où elles se rattachent à des faits survenus entre les dates de prise d'effet et de cessation du contrat.

Inopposabilité des déchéances

Aucune déchéance motivée par un manquement de l'Assuré à ses obligations commis postérieurement au sinistre n'est opposable aux personnes lésées ou à leurs ayants droit. AXA FRANCE conserve néanmoins la faculté d'exercer contre l'Assuré une action en remboursement de toutes les sommes qu'elle aura payées ou mises en réserve à sa place.

Délai de règlement

Paiement des indemnités dans les 15 jours suivant l'accord amiable ou la décision judiciaire exécutoire. En cas d'opposition, ce délai ne court qu'à compter du jour de la mainlevée.

Exclusions

Outre les exclusions prévues dans le cadre de la garantie Responsabilité Civile énumérées à l'article 3, sont exclus de la présente extension de garantie :

- les dommages résultant d'actes professionnels prohibés par les dispositions légales ou réglementaires, ou exécutés par des personnes non habilitées à les faire ;
- les conséquences de faits antérieurs à la présente extension et les actions engagées à leur sujet ;
- la faute intentionnelle de l'Assuré, sauf recours intenté par la Sécurité sociale en vertu des articles L.452-2, L.452-5 du Code de la Sécurité sociale ;
- les dommages engageant la responsabilité de l'Assuré à l'égard de personnes se prêtant à des recherches biomédicales lorsque la responsabilité de l'Assuré est recherchée à titre de promoteur (loi du 20/12/1988) ;
- les dommages résultant de la prescription de spécialités ;
- les conséquences d'un acte à finalité purement esthétique ;
- les dommages qui proviendraient directement ou indirectement de :
 - prélèvement, transformation, traitement ou fourniture de sang ou de tout produit dérivé de celui-ci et de toute sécrétion ou cellule humaine effectués pour le compte et/ou dans le cadre de tout service ou organisme chargé de cette activité ;
 - activités consistant à concevoir, étudier, créer de nouveaux médicaments, équipements, produits destinés à tous usages de soins ou de cosmétiques ainsi que toutes expérimentations et tests associés ;
- les dommages dus aux effets directs ou indirects d'explosions ou irradiations provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de radioactivité, accélération artificielle des particules.

L'Assuré est cependant garanti en cas d'usage médical de la radioactivité en sa qualité d'utilisateur de substances radioactives et des installations les contenant, de propriétaire ou gardien de substances radioactives et des installations les contenant lorsque l'activité « corrigée » des substances radioactives se trouvant ensemble dans un même établissement ne dépasse pas un curie ;

- les conséquences d'engagements contractuels dans la mesure où elles excèdent celles auxquelles serait tenu l'Assuré en vertu des textes légaux ou réglementaires sur la Responsabilité Civile ;
- les dommages matériels et dommages immatériels qui ne sont pas la conséquence de dommages corporels subis par les Assurés lorsqu'ils ont la qualité de Tiers entre eux ;
- les conséquences pécuniaires de la responsabilité incombant à l'Assuré du fait des dommages qui trouvent leur origine dans un dysfonctionnement provenant ou affectant des matériels électroniques ou informatiques, dès lors que ce dysfonctionnement est imputable au codage ou à la gestion des dates.

Défense

En cas d'action mettant en cause une responsabilité assurée par la présente extension :

- devant les juridictions civiles, commerciales ou administratives, AXA FRANCE, dans la limite de sa garantie, assume la défense de l'Assuré, dirige le procès et exerce toutes voies de recours ;
- devant les juridictions pénales, si la ou les victimes n'ont pas été désintéressées, AXA FRANCE a, dans la limite de sa garantie, la faculté, avec l'accord de l'Assuré, de s'associer à sa défense sur le plan pénal.

À défaut de cet accord, AXA FRANCE peut néanmoins assumer la défense des intérêts civils de l'Assuré. AXA FRANCE peut exercer toute voie de recours au nom de l'Assuré, y compris le pourvoi en cassation, lorsque l'intérêt pénal de l'Assuré n'est plus en jeu. Dans le cas contraire, elle ne peut les exercer qu'avec l'accord de l'Assuré. AXA FRANCE choisit les auxiliaires de justice à qui sont confiés les dossiers et les rémunère en totalité.

Si l'Assuré avait l'intention de choisir lui-même ses auxiliaires, il devrait en aviser AXA FRANCE :

- si AXA FRANCE accepte, elle prendra en charge les frais et honoraires de ces conseils sur production des pièces justificatives dans la limite de 4 600 € TTC par sinistre ;
- si AXA FRANCE fait intervenir ses conseils aux côtés de ceux de l'Assuré, ce dernier fera son affaire personnelle des frais et honoraires des conseils qu'il aura choisis.

Protection juridique professionnelle

Ce contrat garantit la protection juridique, c'est-à-dire la prise en charge de tout litige entendu comme une situation conflictuelle conduisant l'Assuré devant une juridiction, pour y faire valoir un droit, résister à une prétention ou s'y défendre, lorsque le litige résulte de l'activité faisant l'objet de la présente convention.

En cas de décès de l'Assuré, AXA FRANCE poursuit et soutient jusqu'à leur liquidation les actions engagées du vivant de l'Assuré. L'assistance d'AXA FRANCE est accordée au conjoint et aux héritiers, à condition qu'ils se conforment aux mêmes obligations que celles incombant à l'Assuré pour tout procès en demande ou en défense fondé sur des faits antérieurs au décès.

Procédure

L'Assuré doit obtenir l'accord d'AXA FRANCE relatif au litige auquel il est confronté. Il peut faire appel à l'avocat de son choix. S'il choisit l'un des avocats correspondants de AXA FRANCE, celle-ci prend en charge la totalité de ses frais et honoraires. Si l'Assuré choisit un avocat personnel, AXA FRANCE lui rembourse les frais judiciaires, sur présentation des pièces justificatives et des mémoires d'honoraires d'avocat, d'huissier, dans un délai de deux mois de la production desdites pièces dûment taxées et moyennant les sommes maximum suivantes TTC prévues au barème ci-après :

- référé : 382 € ;
- jugement de 1ère instance ou transaction en cours de procédure : 1 150 € ;
- décision d'appel : 1 220 € ;
- procédure en cours de cassation, Conseil d'État ou juridiction européenne : 1 530 €.

En cas de prétention insoutenable en fait ou en droit, lorsque les frais envisagés sont hors de proportion avec l'intérêt pécuniaire du litige ou lorsqu'elle juge raisonnable les offres de l'adversaire, AXA FRANCE peut à tout moment refuser ou retirer son appui dans une procédure par décision motivée.

En cas de pareil désaccord entre AXA FRANCE et l'Assuré pour régler un différend, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'un arbitre désigné d'un commun accord par les deux parties, ou, à défaut par le Président du Tribunal de Grande Instance (TGI) statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en oeuvre de cette faculté sont à la charge d'AXA FRANCE, sauf si le Président du TGI en décide autrement (mise en oeuvre abusive). En tout état de cause, l'Assuré conserve la pleine liberté d'action. 6 000 € x taux d'invalidité ; S'il obtient une solution plus favorable que celle proposée par AXA FRANCE ou l'arbitre, AXA FRANCE lui rembourse les frais exposés pour l'exercice de cette action dont le montant n'a pas été supporté par l'adversaire, dans la limite du montant de la garantie. D'une manière générale, l'Assuré a la liberté de choisir un avocat ou une personne qualifiée pour l'assister à chaque fois que survient un conflit d'intérêt entre lui-même et AXA FRANCE.

Exclusions supplémentaires propres à la Protection juridique

Outre les exclusions prévues dans le cadre de la garantie Responsabilité Civile, restent exclus :

- les litiges dont la valeur pécuniaire est inférieure à 305 € ;
- les amendes de toute nature ;
- les actions en recouvrement d'honoraires ou de créances.

Obligations de l'Assuré

Si les risques garantis par ce contrat viennent à être couverts par une autre assurance, l'Assuré doit obligatoirement le déclarer à AXA FRANCE en identifiant l'autre assureur et en détaillant le montant des garanties souscrites. En cas de sinistre, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation des dommages en s'adressant à l'assureur de son choix.

INDIVIDUELLE ACCIDENT / DÉCÈS

La MEP adhère au contrat groupe 5140740 souscrit par S2C, auprès de l'assureur CHUBB European Group Limited - Siège Social : 100 Leadenhall Street - Londres, EC3A 3BP - Royaume-Uni. Société de droit étranger au capital de 544 741 144 £ enregistrée au registre de commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles sous le numéro : 1112892. Autorité de contrôle : Financial Services Authority - 25 The North Colonnade - Canary Wharf - Londres, E14 5HS - Royaume-Uni. Dans certains cas, le contrôle peut être exercé dans des conditions différentes de celles applicables au Royaume-Uni. Votre contrat est soumis à la loi française et à la réglementation du Code des Assurances. Direction Générale pour la France : Le Colisée - 8, avenue de l'Arche - 92419 Courbevoie Cedex. Numéro d'identification 450 327 374 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z.

■ Article 1 : Natures et montants des garanties**Individuelle Accident/Décès**

- pour une invalidité de 0 % à 10 % (inclus) : pas de capital versé ;
- pour une invalidité de 11 % à 15 % (inclus) : 2 000 € x taux d'invalidité ;

- pour une invalidité de 16 % à 20 % (inclus) : 6 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 21 % à 30 % (inclus) : 12 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 31 % à 50 % (inclus) : 15 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 51 % à 75 % (inclus) : 20 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 76 % à 90 % (inclus) : 25 000 € x taux d'invalidité ;
- pour une invalidité de 91 % à 100 % (inclus) : 35 000 € x taux d'invalidité.

Le taux est un pourcentage (%). A titre d'exemple, pour 60 % d'invalidité, il sera donc versé un capital de 12 000 € (20 000 € x 0,60). La Mutuelle intervient en tant que co-assureur à hauteur de 20 % des montants ci-dessus indiqués (cf règlement mutualiste supra), CHUBB European Group Limited intervenant en qualité de co-assureur à hauteur de 80 % des montants ci-dessus indiqués. Le taux d'invalidité est fixé à dire d'expert inscrit auprès de la Cour d'Appel et en se fondant uniquement sur le Guide Barème Européen d'Évaluation Médicale des Atteintes à l'Intégrité Physique et Psychique, consultable dans les accueils MEP ou via Internet sur www.mep.fr.

Capital en cas de décès consécutif à un accident

- 610 € pour les adhérents célibataires ;
- plus 305 € pour les adhérents mariés ;
- plus 305 € par enfant à charge, avec un maximum de 1 525 € (soit 2 enfants à charge).

Les enfants sont considérés comme étant à charge dans les seuls cas énumérés ci-dessous :

- s'ils sont âgés de moins de 21 ans ;
- s'ils ont plus de 21 ans et moins de 25 ans et qu'ils poursuivent leurs études. Les revenus ou rémunérations éventuellement perçus annuellement par ceux-ci devront être inférieurs au montant minimum imposable au titre de l'I.R.P.P. ;
- s'ils sont infirmes (hors d'état de subvenir eux-mêmes à leurs besoins, quel que soit leur âge) ;
- s'ils ont été conçus dès viables dans les trois cent jours suivant la date de l'accident ayant entraîné le décès de l'Assuré.

DÉFINITIONS**Assuré bénéficiaire**

Les Assurés (vous) bénéficiant de l'assurance Individuelle Accident/Décès sont les personnes qui ont souscrit l'un des contrats mutualistes proposé par la MEP, à l'exception de celles qui ont souscrit la garantie « T'es Bien », cette garantie ne comprenant que des forfaits. Le bénéficiaire est la personne qui reçoit de l'Assureur les sommes dues au titre des sinistres. En cas de décès de l'Assuré, à moins qu'une autre personne n'ait été désignée par l'Assuré, le bénéficiaire est le conjoint survivant, ni divorcé, ni séparé de corps judiciairement et à défaut ses ayants droit.

Dans les autres cas, les sommes dues seront payées à l'Assuré. Sont exclues du bénéfice de l'assurance les personnes qui auraient volontairement provoqué l'Accident.

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un Assuré, provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure et toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle, sous réserve des exclusions énumérées ci-après.

Sont assimilés aux Accidents :

- les infections causées directement par un Accident garanti, à l'exclusion de toute infection résultant de l'intervention humaine après un Accident garanti ;
- les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives ;
- l'asphyxie due à l'action imprévue de gaz ou de vapeurs ;
- la noyade et les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute dans l'eau ou dans un liquide infecté ;
- les gelures, coups de chaleur, insulations ainsi que l'innation et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écoulement, avalanche, et inondation ;
- les lésions corporelles résultant d'agression ou d'attentat dont l'Assuré serait victime sauf s'il est prouvé qu'il aurait pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements.

Maladie

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

Déchéance

Privation du droit aux sommes prévues dans le contrat par suite du non-respect par l'Assuré de certaines obligations qui lui sont imposées. L'assurance ne couvre pas les sinistres :

- causés ou provoqués intentionnellement par l'Assuré ;
- dus à la conduite en état d'ivresse lorsque le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à celui légalement admis dans le pays où a lieu l'accident ;
- dus à l'usage par l'Assuré de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
- survenus lorsque l'Assuré présente un taux d'alcoolémie supérieur à 0,50 gramme/litre de sang lors de la survenance du sinistre et ce qu'importe que le taux d'alcoolémie n'ait pas été la cause exclusive et/ou aggravante du sinistre ;
- causés par le suicide ou la tentative de suicide de l'Assuré ;
- résultant de la participation de l'Assuré à des paris de toute nature (sauf compétitions sportives), à des rixes (sauf en cas de légitime défense), à des crimes ;
- résultant de la pratique d'un sport en tant que professionnel ainsi que de la participation même en tant qu'amateur à des courses de véhicules à moteur ou des tentatives de records ;
- résultant de l'utilisation, comme pilote ou membre d'équipage d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs ou de la pratique de tous les sports aériens et notamment du delta plane, du parachutisme, du parapente ou de l'ULM ;
- survenus lorsque l'Assuré est passager d'un appareil de locomotion aérienne qui n'est pas agréé pour le transport de passagers ;
- provoqués par la guerre étrangère ; l'Assuré ou le bénéficiaire doit prouver que le sinistre résulte d'un autre fait ;

- provoqués par la guerre civile ; il appartient à l'Assureur de faire la preuve que le sinistre résulte de ce fait ;
- résultant de crise d'épilepsie, de rupture d'anévrisme, d'un infarctus du myocarde, d'une embolie cérébrale ou d'une hémorragie méningée ;
- dus aux effets d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ou à l'accélération artificielle de particules atomiques ou encore dus à la radiation provenant de radio-isotopes.

■ Article 3 : Déclaration de sinistre

L'Assuré ou le bénéficiaire doit déclarer le sinistre auprès de l'Assureur dans les trente jours ouvrés qui suivent la date à laquelle le sinistre est connu, sauf cas fortuit ou de force majeure.

La déclaration doit comprendre :

- une déclaration écrite précisant les circonstances de l'accident, le nom des témoins et l'identité de l'autorité verbalisante si un procès-verbal initial est dressé ;
- le certificat médical initial décrivant les blessures ;
- les pièces établissant la qualité du bénéficiaire en cas de décès et les nom et adresse du notaire chargé de la succession.

L'Assuré ou le bénéficiaire qui intentionnellement fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés dans l'intention de tromper CHUBB European Group, perd tout droit à la garantie pour le sinistre en cause. Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration de ces éléments est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, dans les conditions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances :

- en cas de mauvaise foi, par la nullité du contrat ;
- si la mauvaise foi n'est pas établie, par une réduction de l'indemnité en fonction des cotisations payées par rapport aux primes qui auraient été dues si les risques avaient été exactement et complètement déclarés. Toutes les mesures utiles doivent être prises sans retard pour limiter les conséquences du sinistre et hâter le rétablissement de l'Assuré qui doit se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état.

Le médecin de l'Assureur doit avoir libre accès auprès de l'Assuré pour constater son état afin de pouvoir déterminer le taux d'invalidité. L'Assuré accepte que les informations médicales concernant son état de santé soient communiquées au médecin expert de CHUBB European Group. Tout refus non justifié de se conformer à ce contrôle, après mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception, pourra générer une indemnisation proportionnelle au dommage subi par la mutuelle qui incombera alors à l'Assuré. L'Assuré a la faculté de se faire assister du médecin de son choix. A défaut d'une déclaration dans les délais précités et dans le cas où l'Assuré subit un dommage du fait de l'absence de cette déclaration ou de son caractère tardif, la déchéance peut être opposée à l'Assuré si ce retard a causé un préjudice à l'Assureur.

■ Article 4 : Dispositions diverses

Expertise en cas de désaccord

S'il y a contestation d'ordre médical, chaque partie désigne son médecin. Si ces médecins ne parviennent pas à un accord, ils s'adjoignent un troisième médecin pour statuer définitivement. Si représentant les parties ne s'entendent pas sur le choix du troisième médecin, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. Chaque partie conserve à sa charge les honoraires et frais d'intervention du médecin qu'elle a désigné, ceux de l'intervention du troisième médecin sont partagés par moitié entre elles. Lorsque les conséquences du sinistre sont aggravées par le refus ou la négligence de l'Assuré de se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état, l'indemnité est fixée d'après les suites que le même sinistre aurait eues chez une personne ayant suivi un traitement médical approprié.

Informatique et libertés

L'Assuré peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la compagnie CHUBB Insurance S.A.-N.V. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé auprès de la Direction Générale pour la France de CHUBB European Group (Loi du 6 janvier 1978).

Prescription : conformément aux articles L.114-1 et L.114-2 du Code des Assurances, toutes les actions dérivant du présent contrat sont prescrites, c'est-à-dire ne peuvent plus être exercées au-delà de deux ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. La prescription est portée à dix ans en cas de garantie contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Médiation

En cas de difficultés relatives à l'adhésion ou aux conditions d'application de l'assurance, vous pouvez écrire à CHUBB Insurance S.A.-N.V. - 8, avenue de l'Arche 92419 COURBEVOIE Cedex. Si le désaccord persiste après la réponse donnée par CHUBB Insurance S.A.N. Vous pouvez demander l'avis du médiateur de la Fédération Française de l'Assurance.

Ses coordonnées vous seront communiquées sur demande préalable. Si un désaccord subsiste entre l'Assuré et l'Assureur sur l'exécution du présent contrat, l'Assureur mettra l'Assuré en relation avec le Médiateur des Assurances.

VOTRE ASSISTANCE MONDE ENTIER

La MEP adhère au contrat groupe 5140740 souscrit par : S2C, auprès de CHUBB European Group Limited - Siège Social : 100 Leadenhall Street - Londres, EC3A 3BP - Royaume-Uni. Société de droit étranger au capital de 544.741.144 £ enregistrée au registre de commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles sous le numéro : 1112892. Autorité de contrôle : Financial Services Authority - 25 The North Colonnade - Canary Wharf - Londres, E14 5HS - Royaume-Uni. Dans certains cas, le contrôle peut être exercé dans des conditions différentes de celles applicables au Royaume-Uni. Votre contrat est soumis à la loi française et à

la réglementation du Code des Assurances. Direction Générale pour la France : Le Colisée - 8, avenue de l'Arche - 92419 Courbevoie Cedex. Numéro d'identification 450 327 374 R.C.S. Nanterre - APE 6512Z.

Champ d'application

Les prestations d'assistance aux personnes s'appliquent lorsque vous voyagez ou êtes en déplacement pour une durée maximum de 120 jours consécutifs et ce pour des voyages ou déplacements de loisirs, à l'exclusion de tout déplacement à caractère professionnel. Les stages sont couverts dans la mesure où ils sont conseillés ou ordonnés par l'établissement scolaire ou universitaire dont dépend le bénéficiaire, qu'ils soient rémunérés ou non.

■ Article 1 : Objet de la garantie

Assistance aux personnes :

- transport/rapatriement ;
- présence hospitalisation ;
- prolongation de séjour ;
- frais de secours sur piste ;
- remboursement complémentaire des frais médicaux ;
- avance des frais d'hospitalisation ;
- assistance en cas de décès ;
- aide au voyage ;
- procédure judiciaire à l'étranger.

DÉFINITIONS

Assuré

Les Assurés (vous) sont les personnes qui ont souscrit l'un des contrats mutualistes proposés par la mutuelle et dénommés « Basic », « Déclick », « Pratic », « Dynamick », « Stratégick », « T'as Tout ». En revanche, les adhérents ayant souscrit une garantie « T'es Bien » ne bénéficient pas de l'assurance Assistance/Rapatriement, cette garantie ne comprenant que des forfaits.

Hospitalisation

Toute hospitalisation prescrite par un médecin consécutive à un Accident ou à une maladie survenant inopinément. Mise en oeuvre du service Le service est accessible par téléphone 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 à l'exception des prestations d'information accessibles du lundi au samedi de 9 H à 19 H.

Les prestations d'assistance

Lorsqu'un transport est organisé et pris en charge en application de la présente convention d'assistance, vous vous engagez à réserver à CHUBB ASSISTANCE France le droit d'utiliser le titre de transport que vous détenez ou à rembourser CHUBB ASSISTANCE des montants dont vous obtiendriez le remboursement auprès de l'organisme émetteur de ce titre de transport.

■ Article 2 : Assistance aux personnes

Transport/Rapatriement

Procédure préalable : la maladie ou les blessures doivent impérativement être signalées de manière préalable à CHUBB ASSISTANCE qui se charge alors d'organiser le meilleur parcours de santé possible de l'Assuré et notamment son transport. A cet égard, CHUBB ASSISTANCE se réserve le droit de demander le titre de transport de la personne concernée.

Mise en oeuvre

Le mode d'évacuation de la personne malade ou blessée, la date et le lieu de son hospitalisation, choisis et à la charge de CHUBB ASSISTANCE, sont adaptés en fonction de la gravité du cas. Le seul critère retenu pour ce choix est le critère médical.

Présence hospitalisation

Vous êtes hospitalisé sur le lieu de votre maladie ou de votre accident et nos médecins ne préconisent pas un transport avant 10 jours : nous organisons et prenons en charge le déplacement aller et retour par train en première classe ou avion de ligne en classe économique d'une personne choisie et résidant en France pour lui permettre de se rendre à votre chevet. Nous prenons également en charge les frais d'hôtel de cette personne sur place, à concurrence de 46 € TTC par nuit pendant 10 nuits maximum (chambre et petit déjeuner).

Cette personne doit :

- être domiciliée en France métropolitaine ou en Principauté de Monaco ou d'Andorre si vous y êtes domicilié ;
- être domiciliée dans le même département ou territoire d'Outre-Mer que vous, si vous êtes domicilié dans les DOM-TOM.

Prolongation de séjour

Nous organisons et prenons en charge vos frais de prolongation de séjour à l'hôtel et ceux d'une personne bénéficiaire demeurant à votre chevet si vous ne pouvez entreprendre votre retour à la date prévue pour des raisons médicales validées par notre service médical. Nous prenons en charge les frais d'hôtel à concurrence de 46 € TTC par nuit et par personne pour vous et votre accompagnant pendant 10 nuits maximum (chambre et petit déjeuner). Les prestations : retour d'un accompagnant », « présence hospitalisation » et « prolongation de séjour » ne sont pas cumulables entre elles.

Frais de secours sur piste

Lorsque vous êtes accidenté sur une piste de ski balisée ouverte aux skieurs au moment de l'Accident, nous prenons en charge les frais de secours sur piste de l'Accident jusqu'au centre de soins le plus proche à concurrence de 381 €. Les frais de recherche en montagne, s'il y a lieu, restent à votre charge.

Remboursement complémentaire des frais médicaux

Vous êtes malade ou blessé lors d'un déplacement hors de France : nous remboursons, à hauteur de 5 336 € TTC et de 76 225 € TTC pour les Etats-Unis, le Canada, l'Australie, le Japon et l'Asie du Sud-Est, par bénéficiaire et pendant la durée de validité du contrat, le montant des frais médicaux engagés hors de France et restant à votre charge après remboursement effectué par la Sécurité sociale, la mutuelle et/ou tout autre organisme de prévoyance. Une franchise de 31 € par bénéficiaire et par événement est appliquée dans tous les cas. Les soins dentaires sont remboursés dans les mêmes conditions avec un plafond de 77 € TTC.

Nature des frais médicaux

Honoraires médicaux, frais de médicaments prescrits par un médecin ou un chirurgien, frais d'ambulance ordonnée par un médecin pour un trajet local, frais d'hospitalisation tant que le bénéficiaire a été jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local. Le remboursement complémentaire de ces frais d'hospitalisation cesse à compter du jour où nous

sommes en mesure d'effectuer le transport du bénéficiaire, urgence dentaire.

Avance des frais d'hospitalisation

En cas de maladie ou de blessures lors d'un déplacement hors de France tant que vous vous trouvez hospitalisé, nous pouvons faire l'avance des frais d'hospitalisation dans la limite de 5 336 € et de 76 225 € pour les Etats-Unis, le Canada, le Japon, l'Australie et l'Asie du Sud-Est par bénéficiaire et pendant la durée de validité du contrat, sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- pour des soins prescrits en accord avec nos médecins ;
- tant que vous êtes jugé intransportable par décision de nos médecins prise après recueil des informations auprès du médecin local. Aucune avance n'est accordée à dater du jour où nous sommes en mesure d'effectuer votre transport.

■ Article 3 : Assistance en cas de décès

Quel que soit le prix (exception faite des frais de cercueil garantis à hauteur de 458 € TTC), CHUBB ASSISTANCE assure le transport du corps et les frais funéraires induits par le rapatriement et ce jusqu'au lieu d'inhumation devant se situer en France.

■ Article 4 : Aide au voyage

Avance de fonds à l'étranger

Une avance de fonds d'un montant pouvant atteindre 2 287 € est proposée à l'Assuré par CHUBB ASSISTANCE, après son accord préalable et contre un chèque certifié en cas de vol de vos moyens de paiement (carte(s) de crédit, chèque(s)).

Envoi de médicaments

Si, en cours de déplacement à l'étranger, l'Assuré est dans l'impossibilité de trouver des médicaments indispensables à son traitement ou d'obtenir leur équivalent, CHUBB ASSISTANCE met tout en oeuvre afin d'acheminer ces médicaments dont le coût reste dans tous les cas à la charge de l'Assuré.

■ Article 5 : Procédure judiciaire à l'étranger

Une assistance juridique est proposée à l'Assuré en cas de poursuites judiciaires dont il fait l'objet et résultant d'un accident de la circulation intervenu à l'étranger. Dans ce cas, CHUBB ASSISTANCE avance les honoraires d'avocat, à concurrence de 1 525 € maximum et la caution pénale à concurrence de 7 623 € TTC maximum, dont le remboursement doit intervenir dans un délai de trois mois à compter du jour de l'avance.

■ Article 6 : Exclusions

Sont exclus :

- les frais engagés sans notre accord préalable ou dont la prise en charge n'est pas prévue par la présente convention d'assistance ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- les sinistres survenus dans les pays exclus de la garantie ou en dehors des dates de validité des contrats ;
- les conséquences des incidents survenus au cours d'épreuves, courses ou compétitions motorisées (ou leurs essais) lorsque vous y participez en qualité de concurrent ;
- les maladies ou blessures préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance ;
- les maladies mentales ayant déjà fait l'objet d'un traitement ;
- les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;
- l'organisation et la prise en charge du transport/rapatriement pour des affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui ne vous empêchent pas de poursuivre votre déplacement ou votre séjour ;
- les frais liés aux appareillages médicaux et prothèses (prothèses dentaires notamment) ;
- les frais d'annulation de séjour ;
- les frais de cure thermique ;
- les frais liés à des interventions à caractère esthétique ;
- les frais de séjour en maison de repos ;
- les frais de rééducation, kinésithérapie, chiropraxie ;
- les frais d'achat de vaccins et les frais de vaccination ;
- les visites médicales de contrôle et les frais s'y rapportant ;
- les frais de services médicaux ou paramédicaux et d'achat de produits dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française ;
- les frais médicaux engagés en France ;
- les frais de recherche et de secours de personne en montagne, en mer ou dans le désert ;
- les frais de secours hors ski ;
- les frais de restaurant ;
- les frais de douane ;
- les dommages survenus aux bénéficiaires se trouvant sous la responsabilité de l'autorité militaire.
- les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants ou produits assimilés non ordonnés médicalement, de l'usage abusif d'alcool ;
- les conséquences d'actes intentionnels de votre part ou les conséquences d'actes dolosifs, tentatives de suicide ou suicide ;
- les incidents liés à un état de grossesse dont le risque était connu avant le départ et, dans tous les cas, les incidents dus à un état de grossesse à partir de la 28^{ème} semaine, les demandes d'assistance se rapportant à la procréation médicale assistée ou à l'interruption volontaire de grossesse ;
- les situations liées à des faits de grève ;
- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec vous ;
- les frais médicaux engagés en France, qu'ils soient ou non consécutifs à une maladie ou à un accident survenu hors de France ;
- les frais d'optique (lunettes ou verres de contact par exemple) ;

POUR TOUTE DEMANDE D'ASSISTANCE

1) Téléphoner ou télécopier à CHUBB ASSISTANCE aux numéros suivants :

- téléphone : 33 140 25 57 25 ;
- télex : 650 254 F ;
- télécopie : 33 1 402552 62.

2) Préciser impérativement votre numéro de convention d'assistance : 620.328/5140740.

3) Vous conformer aux solutions que nous préconisons.

Toute dépense engagée sans l'accord préalable de CHUBB ASSISTANCE ne donne lieu à aucun remboursement ou prise en charge a posteriori.

