



REGLEMENT
MUTUALISTE



RÈGLES
DE GESTION
PRÉVOYANCE



DÉCÈS - INVALIDITÉ - INCAPACITÉ

Règlement mutualiste applicable aux opérations individuelles à compter du 1^{er} janvier 2021



L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

RÈGLEMENT MUTUALISTE

RÈGLES DE GESTION GARANTIES PRÉVOYANCE

SOMMAIRE

TITRE I DISPOSITIONS COMMUNES 3

Article 1 : Objet du Règlement Mutualiste	3
Article 2 : Garanties de Prévoyance proposées aux Adhérents	3
Article 3 : Modalités d'adhésion et de dénonciation	3
Article 4 : Délai de renonciation	3
Article 5 : Montant des cotisations	3
Article 6 : Non-paiement des cotisations	3
Article 7 : Règlement des prestations	4
Article 8 : Prestations indues	4
Article 9 : Subrogation	4
Article 10 : Modifications administratives	4
Article 11 : Etendue territoriale	4
Article 12 : Prescription	4
Article 13 : Fausse déclaration intentionnelle	4
Article 14 : Fausse déclaration non intentionnelle	4
Article 15 : Lois applicables	4
Article 16 : Procédure d'examen des litiges	5
Article 17 : Protection des données personnelles	5

TITRE II DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES 5

CHAPITRE 1 GARANTIES INDEMNITÉS HOSPITALISATION 5

Article 1 : Garantie PROTECTO HOSPI	5
Article 2 : Garantie HOSPI PLUS	5
Article 3 : Conditions d'indemnisation	5

CHAPITRE 2 GARANTIE PROTECTO ACCIDENT 6

Article 1 : Définitions	6
Article 2 : Objet du contrat	6
Article 3 : Les garanties	6
Article 4 : Conditions d'indemnisation	7
Article 5 : Exclusions	7

TITRE I DISPOSITIONS COMMUNES

Au sein du présent règlement mutualiste :

Le terme «Adhèrent» désigne la personne physique mentionnée sur le certificat ou le bulletin individuel d'adhésion, chargée du paiement des cotisations et sur laquelle reposent les risques. La signature du certificat ou du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et du règlement mutualiste.

Le terme «bénéficiaire» est un terme désignant toute personne, Adhérente ou ayant droit, inscrite sur le certificat ou le bulletin d'adhésion.

Le terme «hospitalisation» désigne l'admission et le séjour dans un établissement hospitalier.

Le terme «accident» désigne toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Adhèrent, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure. N'est pas considérée comme accident la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident. Ne sont pas considérés comme des accidents les maladies chroniques ou aiguës telles que l'apoplexie, l'infarctus du myocarde, les ruptures d'anévrisme, l'épilepsie et les accidents vasculaires cérébraux ischémiques ou hémorragiques.

L'expression «indemnité hospitalisation forfaitaire journalière» désigne le montant forfaitaire journalier versé à l'Adhèrent afin de compenser la perte de revenu résultant du fait accidentel ayant entraîné l'arrêt de travail.

Le terme «invalidité» désigne l'incapacité pour l'Adhèrent de poursuivre une activité ou une capacité de travail très réduite. Elle s'apprécie par rapport à la capacité de travail restante et à l'ensemble des possibilités d'emploi existant pour l'Adhèrent.

L'expression «décès accidentel» désigne tout décès dû à un événement soudain, imprévisible et extérieur à l'Adhèrent et non intentionnel de sa part, cause exclusive, certaine et direct du décès.

La perte totale et irréversible d'autonomie est le fait pour l'assuré de se voir reconnu définitivement incapable d'exercer la moindre activité lui procurant gain ou profit et de requérir l'assistance permanente, totale et définitive d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie quotidienne.

ARTICLE 1 : OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE

Le présent Règlement Mutualiste définit le contenu des engagements entre les Adhérents du collège des individuels et la Mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations prévoyance conformément aux articles L112-1 et L114-1 du Code de la mutualité.

Le bulletin d'adhésion et le certificat d'adhésion précisent l'identité des personnes bénéficiaires des garanties et des prestations et les garanties choisies par l'Adhèrent.

Définitions des groupes

Le collège des individuels comprend :

- le groupe des particuliers qui sont les membres participants souscrivant, pour eux-mêmes et, le cas échéant, pour les personnes composant leur famille, la garantie correspondant à l'une des options décrites au titre II du présent règlement. L'adhésion se réalise dans le cadre d'un contrat individuel.
- le groupe des travailleurs non-salariés qui sont les membres participants souscrivant, pour eux-mêmes et, le cas échéant, pour les personnes composant leur famille, dans le cadre de leur activité professionnelle, la garantie correspondant à l'une des options décrites au titre II du présent règlement. L'adhésion se réalise également dans le cadre d'un contrat individuel.

ARTICLE 2 : GARANTIES DE PREVOYANCE PROPOSEES AUX ADHERENTS

- Protecto Hospi
- Hospi Plus
- Protecto Accident

dont les conditions sont détaillées au Titre II ci-après.

ARTICLE 3 : MODALITES D'ADHESION ET DE DENONCIATION

3.1 INFORMATION PRÉ-CONTRACTUELLE ET CONTRACTUELLE

Les futurs Adhérents reçoivent avant la signature du bulletin d'adhésion sur tout support durable, conformément aux dispositions de l'article L.221-4 du Code de la mutualité, les statuts et le présent règlement ou une fiche d'information qui décrit leurs droits et obligations.

En cas de vente à distance, ces informations sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

Toute modification des statuts et du présent règlement mutualiste est notifiée aux Adhérents sur tout support durable et pourra valablement être notifiée par voie électronique aux Adhérents ayant communiqué leur adresse courriel à la Mutuelle.

Pour toute demande d'information concernant son adhésion et ses prestations, le membre participant peut s'adresser par lettre simple à :
CCMO Mutuelle - Service Relations Adhérents - 6, avenue du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé - CS 50993 - 60014 Beauvais Cedex.

3.2 MODALITÉS D'ADHÉSION

L'Adhèrent souhaitant s'assurer peut adhérer aux garanties prévoyance proposées par la Mutuelle en fonction du type de contrat choisi dont l'adhésion est formalisée soit par écrit sur support papier ou tout support durable, soit par téléphone avec enregistrement.

3.3 CONVENTION SUR LA PREUVE

Conformément à l'article 1367 du Code civil, les parties conviennent en cas d'adhé-

sion à distance (notamment par téléphone ou internet) ou suite à un démarchage à domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à la demande de l'Adhèrent, que les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par la Mutuelle ou tout mandataire de son choix vaudront signature par l'Adhèrent. Par dérogation à l'article 1359 du Code civil, elles lui seront opposables ainsi qu'aux bénéficiaires, et pourront être admis comme preuves de son identité (ou celle du bénéficiaire) et de son consentement relatif à l'adhésion au contrat d'assurance, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés par lui.

Par ailleurs la signature électronique, conforme aux dispositions décrites dans le décret n° 2017-1416 du 28/09/2017 pris pour application de l'article 1367 du Code civil relatif à la signature électronique, est équivalente à la signature manuscrite. La signature électronique du bulletin d'adhésion emporte acceptation des statuts de la Mutuelle et des droits et obligations définis par les statuts et le présent règlement.

3.4 PRISE D'EFFET DES GARANTIES - DURÉE - RENOUELEMENT

L'adhésion au contrat d'assurance est effective lorsque l'Adhèrent, ayant reçu et pris connaissance des statuts, du présent règlement mutualiste ou d'une fiche d'information d'une part, et ayant vérifié que les bénéficiaires satisfont aux conditions d'éligibilité d'autre part, donne son consentement à l'offre d'assurance. Le contrat est conclu dès l'expression du consentement de l'Adhèrent dans les conditions visées ci-dessous :

- en cas d'adhésion par écrit sur support papier ou tout support durable, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par la Mutuelle, à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion.
- en cas d'adhésion à l'assurance par téléphone, à la date indiquée lors de l'enregistrement vocal de l'accord verbal de souscription donné par l'Adhèrent au moment de la souscription.

L'adhésion et le bénéfice des garanties prennent effet selon les modalités suivantes :

- au 1^{er} jour du mois en cours si le dossier d'adhésion dûment complété, signé et accompagné des pièces justificatives parvient au siège de la Mutuelle avant le 15 du mois (cachet de La Poste ou certificat d'horodotage faisant foi)
- au 1^{er} jour du mois suivant dans le cas contraire.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an, renouvelable chaque année par tacite reconduction.

3.5 DÉNONCIATION

La dénonciation du contrat peut être demandée à tout moment par l'Adhèrent à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé réception ou par l'envoi d'un recommandé électronique. La résiliation prendra effet le dernier jour du mois suivant la date de réception de la demande écrite de dénonciation.

ARTICLE 4 : DÉLAI DE RENONCIATION

Pour les opérations dépendant de la durée de vie humaine, l'Adhèrent peut pendant le délai de 30 jours calendaires révolus, à compter de la date à laquelle il a été informé que son adhésion est conclue, renoncer à son adhésion.

Dans le cadre de la vente à distance (notamment par téléphone ou internet) ou du démarchage à domicile, à la résidence ou sur le lieu de travail même à la demande de l'Adhèrent, pour les opérations ne dépendant pas de la durée de vie humaine, le droit de renonciation est de 14 jours calendaires révolus à partir du moment où l'Adhèrent est informé que l'adhésion a pris effet.

En cas de renonciation durant le délai de 14 jours :

- l'adhésion prend fin à compter de la date d'envoi par l'Adhèrent à la Mutuelle de la lettre recommandée ou l'envoi recommandé électronique. Dès lors que l'Adhèrent a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, il ne peut plus exercer ce droit de renonciation ;
- l'Adhèrent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle il risque à courir, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La Mutuelle rembourse à l'Adhèrent le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la date de fin d'adhésion ;
- l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si l'Adhèrent exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Pour renoncer à l'adhésion, une lettre recommandée avec accusé de réception doit être adressée à : CCMO Mutuelle - 6 av. du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé - CS 50993 - 60014 BEAUVAISIS Cedex, selon modèle de rédaction ci-après :

"Je soussigné(e).....déclare renoncer expressément à mon adhésion à la garantie X, N°.....effectuée en date du J'ai bien noté que la garantie de mon contrat prend fin à compter de la date d'envoi de la présente lettre. Fait à, le.....".

Cette démarche peut également être effectuée par un envoi de recommandé électronique à la Mutuelle.

ARTICLE 5 : MONTANT DES COTISATIONS

L'Adhèrent s'engage aux paiements des cotisations afférentes aux garanties prévoyances auxquelles il a adhéré.

Le montant des cotisations est indiqué sur le bulletin ou le certificat d'adhésion. Il peut être modifié en cas d'augmentation des taxes légales en vigueur et peut être révisé annuellement.

Les cotisations sont payables selon les modalités visées au bulletin ou certificat d'adhésion.

Toute modification des montants des cotisations ainsi que des prestations est applicable dès qu'elle a été notifiée par tous moyens aux Adhérents conformément à l'article L114-7 du Code de la mutualité.

ARTICLE 6 : NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Tout contrat pour lequel aucune cotisation ne sera versée à la Mutuelle devra être considéré comme non formé et sera donc de plein droit réputé n'avoir jamais existé.

6.1 POUR LES OPÉRATIONS DÉPENDANT DE LA DURÉE DE VIE HUMAINE

A défaut de paiement de l'une des cotisations, une lettre recommandée avec accusé de réception ou envoi d'un recommandé électronique valant mise en demeure est adressée à l'Adhérent dans les 10 jours après l'échéance, l'informant qu'en l'absence de régularisation dans un délai de 40 jours, l'adhésion sera résiliée ou le capital réduit.

6.2 POUR LES OPÉRATIONS NE DÉPENDANT PAS DE LA DURÉE DE VIE HUMAINE

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 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 30 jours après la mise en demeure de l'Adhérent. 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 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu à l'alinéa précédent.

ARTICLE 7 : RÉGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont réglées conformément aux conditions spécifiques prévues au Titre II du présent Règlement Mutualiste.

De manière générale, la Mutuelle se réserve la possibilité de réclamer toute pièce complémentaire nécessaire à l'étude du dossier. Toute pièce médicale doit être adressée sous pli confidentiel au médecin conseil désigné par la Mutuelle.

ARTICLE 8 : PRESTATIONS INDUES

Dans le cas où des prestations auraient été versées à tort à l'un des Adhérents de la Mutuelle, celle-ci pourra récupérer les sommes indûment perçues par tous moyens mis à sa disposition dans le cadre légal et réglementaire et pourra éventuellement prélever les sommes indûment perçues sur les prestations à venir.

ARTICLE 9 : SUBROGATION

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 due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique.

En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve.

Cette subrogation s'exercera après communication par l'Adhérent concerné ou ses ayants droit, des éléments nécessaires à la Mutuelle pour pouvoir pratiquer son recours dans les meilleures conditions possibles.

En cas de retard (délai de réponse supérieur à 30 jours à compter de l'intervention de la Mutuelle auprès de l'Adhérent ou de ses ayants droit) ou en cas de mauvaise foi de la part de l'Adhérent ou de ses ayants droit, dans la communication des informations relatives à l'accident et/ou au(x) tiers responsable(s) ou leur(s) représentant(s), défenseur(s) ou assureur(s), la Mutuelle se réserve le droit de réclamer à l'Adhérent ou à ses ayants droit, l'intégralité des dépenses que la Mutuelle a engagées pour son Adhérent.

De même, si l'Adhérent, victime, a été indemnisé - au titre des dépenses engagées par la Mutuelle - par un quelconque organisme, la Mutuelle pourra lui demander la restitution des prestations versées au titre de l'accident et de ses suites et conséquences, ainsi que de toute somme que la Mutuelle a exposée dans le cadre de cette subrogation.

Remarque: Il est vivement conseillé aux Adhérents de vérifier auprès de leurs divers assureurs que ces accidents sont couverts par un autre contrat.

ARTICLE 10 : MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES

L'Adhérent doit communiquer tout changement qui pourrait intervenir dans son état civil, sa situation familiale, sa situation vis-à-vis du Régime obligatoire, son adresse, ses coordonnées bancaires, son nouveau centre de Régime obligatoire, etc.

Cette formalité doit être effectuée par courrier mentionnant le numéro d'immatriculation au Régime obligatoire avec les pièces justificatives associées (certificats de naissance, de mariage, de décès, ...), faute de quoi le paiement des prestations pourra être retardé ou interrompu. Dans certains cas, les modifications pourront être enregistrées sur simple appel téléphonique ou dans les agences de la Mutuelle.

ARTICLE 11 : ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties sont acquises quel que soit le lieu de l'hospitalisation ou de l'accident en France ou à l'étranger, si l'Adhérent est domicilié en France et ne séjourne pas plus de trois mois consécutifs hors de France.

ARTICLE 12 : PRESCRIPTION

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant du présent règlement existant entre le membre participant et la Mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court:

1° 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;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusqu'à là.

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle 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.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées à l'article L. 111-1-1°-b) du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique adressé par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de prestations.

ARTICLE 13 : FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

Au regard de l'article L221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'Adhérent par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

L'Adhérent est informé des fautes qui lui sont reprochées et est invité à fournir les explications nécessaires.

La Mutuelle peut prononcer l'annulation des prestations ou des droits lorsque la faute est en lien avec le versement des prestations; elle se réserve alors le droit de poursuivre l'Adhérent pour la récupération des sommes indûment payées; elle a la faculté de constater la résiliation de plein droit du contrat.

Dans ce cas, les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues sans préjudice des poursuites à engager contre l'Adhérent pour le recouvrement des prestations indûment payées.

En cas de fraude, c'est-à-dire en cas d'irrégularité, acte ou abstention commis de manière intentionnelle par l'Adhérent, et ayant pour effet de causer à la Mutuelle un préjudice, les dispositions ci-avant s'appliquent.

ARTICLE 14 : FAUSSE DÉCLARATION NON INTENTIONNELLE

Au regard de l'article L221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du présent règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Adhérent; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée à l'Adhérent par lettre recommandée ou par envoi d'un recommandé électronique. 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 l'Adhérent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 15 : LOIS APPLICABLES

15.1 LÉGISLATION

Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par le Code de la mutualité.

Les garanties relèvent des branches 1,2 et 20 (Accidents/maladie/vie) de l'article R. 211-2 du Code de la mutualité.

15.2 LANGUE APPLICABLE

Les relations contractuelles établies entre les Adhérents et la Mutuelle sont régies par la Loi française.

La langue française est la langue applicable aux présentes garanties qui, en cas de difficultés d'interprétation ou de traduction, prévaudra sur toutes autres langues.

15.3 MONNAIE

Le règlement des prestations et le paiement de la cotisation sont effectués en Euros.

15.4 DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME (LCB-FT)

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle se doit de connaître au mieux les Adhérents.

La Mutuelle est fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux Adhérents certaines informations complémentaires, telles que la justification de l'origine des fonds versés à titre de paiement de leurs cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

16.1 RECLAMATION

En cas de questions ou réclamations concernant son contrat, l'Adhérent peut appeler l'accueil téléphonique de la Mutuelle au 03.44.06.90.00 (métropole), ou 02.62.25.08.08 (Ile de la Réunion) en se munissant au préalable des caractéristiques de son contrat et en particulier son numéro d'Adhérent, pour accélérer le traitement de sa demande. En cas de persistance du conflit, les réclamations peuvent être adressées au service Réclamation de la Mutuelle dans les conditions prévues à l'article 74 des statuts.

16.2 MEDIATION

En cas de difficulté d'interprétation ou d'application du présent règlement mutualiste ou en cas de différence entre les présentes dispositions et le tableau des garanties, c'est la disposition la plus favorable à l'Adhérent qui est retenue. Dans l'hypothèse où l'Adhérent et la Mutuelle ne parviendraient pas à un accord, l'Adhérent peut faire appel au médiateur de CCMO Mutuelle dans les conditions prévues à l'article 74 des statuts.

16.3 ATTRIBUTION DE JURIDICTION

Dans l'hypothèse où le médiateur ne pourrait pas rendre son arbitrage et/ou en cas de volonté de saisine des pouvoirs judiciaires, et plus généralement, faute de règlement amiable, tout désaccord survenant dans l'interprétation ou l'exécution du présent règlement mutualiste sera régi par les lois françaises, et sera exclusivement porté devant le Tribunal de Grande Instance de Beauvais, même en cas de pluralité de défendeurs.

ARTICLE 17 : PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les données personnelles recueillies, au titre du contrat prévoyance conclu, font l'objet d'un traitement conforme aux obligations applicables en la matière, notamment prévues par le Règlement européen sur la protection des données personnelles du 27 avril 2016 et la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée.

Ces traitements ont pour finalités la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la prospection commerciale; l'amélioration de notre service au client; les études statistiques, enquêtes et sondages; la mise en place d'actions de prévention; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur; la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude; la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Par la signature de la fiche conseil et du contrat, l'Adhérent consent au traitement de ses données personnelles et de celles de ses éventuels ayants droit par la CCMO Mutuelle. L'Adhérent est informé de la possibilité de retirer son consentement à tout moment. La collecte de ces données est obligatoire et permet à la CCMO de satisfaire à son devoir de conseil, d'exécuter et de gérer le contrat.

Les traitements utilisés par la CCMO reposent sur au moins l'un des fondements légitimes suivants:

- l'exécution d'un contrat auquel l'Adhérent est partie ou l'exécution des mesures précontractuelles prises à sa demande;
- le respect d'une obligation légale à laquelle la CCMO est soumise;
- l'intérêt légitime poursuivi par la CCMO notamment la lutte contre la fraude, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la prospection commerciale, la conduite d'activités de recherches et de développement;
- le consentement que l'Adhérent a donné.

À ce titre, CCMO Mutuelle est amenée à traiter des données dites sensibles, relatives à l'état de santé de l'Adhérent et celui de ses éventuels ayant-droit. Ce traitement s'effectue dans le respect du secret médical.

Les données personnelles sont traitées par les salariés de CCMO Mutuelle chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats et par ses éventuels partenaires.

Elles peuvent être transmises si et seulement si cela est nécessaire aux personnes intervenant au contrat (avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité), organismes sociaux ou aux tiers autorisés ainsi qu'aux personnes intéressées au contrat.

Elles ne sont conservées que pour le temps strictement nécessaire à l'exécution et la gestion du contrat prévoyance, la finalité du traitement, ou pour satisfaire aux obligations légales (délai de prescription) de la CCMO.

Conformément à la réglementation en vigueur, l'Adhérent peut demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de ses données, définir les directives relatives à leur sort après son décès, choisir d'en limiter l'usage ou s'opposer à leur traitement en s'adressant au Délégué à la protection des données personnelles par courrier à CCMO Mutuelle, PAE du Haut-Villé, 6 avenue du Beauvais 60014 Beauvais Cedex, ou par courriel au dpo@ccmo.fr. En cas de réclamation, l'Adhérent peut également saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

En outre, conformément au décret n°2015-556 du 19 mai 2015 relatif à la liste d'opposition au démarchage téléphonique, l'Adhérent dispose aussi d'un droit d'inscription sur cette liste.

CHAPITRE I :

GARANTIES INDEMNITES HOSPITALISATION

ARTICLE 1 : GARANTIE PROTECTO HOSPI

	Détermination du montant de la cotisation	Age limite d'adhésion	Montant de l'indemnité journalière	Condition de versement de l'indemnité	Durée de versement
PROTECTO HOSPI	En fonction de l'âge et de la composition familiale	75 ans	15 €	Hospitalisation supérieure à 1 jour sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident (absence de délai de carence)	Indemnité versée pendant toute la durée de l'hospitalisation

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale d'une durée supérieure à un jour (sans condition de durée en cas d'hospitalisation suite à un accident), la Mutuelle verse une indemnité hospitalisation forfaitaire journalière à compter du premier jour d'hospitalisation dont le montant est de 15 €.

ARTICLE 2 : GARANTIE HOSPI PLUS

	Détermination du montant de la cotisation	Age limite d'adhésion	Montant variable de l'indemnité journalière (au choix de l'Adhérent)	Condition de versement de l'indemnité	Durée de versement
HOSPI PLUS	En fonction de l'âge et de la composition familiale et du montant de l'indemnité versée	75 ans	10 € 20 € 35 € 50 €	Hospitalisation supérieure à 3 jours sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident (absence de délai de carence)	Indemnité versée pendant toute la durée de l'hospitalisation

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale d'une durée supérieure à trois jours (sans condition de durée en cas d'hospitalisation suite à accident) la Mutuelle verse une indemnité hospitalisation forfaitaire journalière à compter du premier jour d'hospitalisation dont le montant, fixé au bulletin d'adhésion, est de 10 €, 20 €, 35 € ou 50 €.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'INDEMNISATION

Ces indemnités sont versées pendant toute la durée de l'hospitalisation et pendant une durée maximum de 365 jours consécutifs.

Après épuisement du crédit d'indemnisation de 365 jours, de nouveaux droits ne pourront être ouverts qu'après une période ininterrompue de 365 jours sans hospitalisation.

L'âge limite d'adhésion est fixé à 75 ans.

Seules seront prises en charge les hospitalisations pour maladie intervenant au moins trois mois après la date d'effet de l'adhésion. Toute hospitalisation pour accident sera indemnisée dès la date d'effet de l'adhésion.

Formalités en cas de sinistre :

En cas d'hospitalisation, sauf en cas de force majeure, l'Adhérent ou son mandataire devra déclarer l'admission dans l'établissement de soins dans les 60 jours suivant la date d'hospitalisation. L'Adhérent ou son mandataire, dans le délai précité, devra remplir une déclaration d'hospitalisation et l'adresser à la Mutuelle accompagnée du bulletin d'hospitalisation et le cas échéant d'un justificatif de l'accident.

La Mutuelle se réserve le droit de réclamer toutes pièces justificatives en complément d'informations afférentes à l'hospitalisation.

Garanties exclues :

Sont exclues de la garantie les hospitalisations faisant suite à :

- des accidents ou maladies qui sont le fait volontaire du bénéficiaire de la garantie et de ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire ;
- des accidents ou maladies auxquels s'applique la législation sur les pensions militaires ;
- des accidents survenus au cours des activités professionnelles de pilotes et de membres d'équipage, d'avions, d'hélicoptère, au cours de la pratique d'un sport professionnel ou de l'utilisation d'un appareil quelconque (avec ou sans moteur) permettant de se déplacer dans les airs ;
- des accidents ou maladies dus à la transmutation du noyau de l'atome ou à l'action des radio-isotopes ;
- des séjours en établissement thermal ou héliomarin, en établissement psychiatrique, en service de rééducation professionnelle ou de réadaptation fonctionnelle, en centre de convalescence, de cure, de repos ou de diététique, en aérium, en institut médico-pédagogique, en EHPAD ou service de gérontologie, dans un service de maternité sauf au-delà du 13^{ème} jour, en service néonatal d'enfants nés prématurément ;
- De même sont exclues, les hospitalisations :
 - dispensées dans un but spécifiquement esthétique non prises en charge par la Sécurité sociale,
 - consécutives aux maladies et accidents causés par l'ivresse, l'alcoolisme ou l'usage des stupéfiants.

CHAPITRE 2 :

GARANTIE PROTECTO ACCIDENT

Indemnités en cas d'accident	Adultes (âge limite de souscription 65 ans)				Séniors (âge limite de souscription 74 ans)	
	Protecto Accident 50 €		Protecto Accident 75 €		Protecto Accident 50 €	Protecto Accident 75 €
	Adultes	Option enfants	Adultes	Option enfants	Sénior	
Indemnités journalières en cas d'hospitalisation	50 €	20 €	75 €	30 €	50 €	75 €
	180 jours maximum				90 jours maximum	
Majoration en cas d'hospitalisation en soins intensifs	+25 €	+10 €	+37,50 €	+15 €	+25 €	+37,50 €
	30 jours maximum				30 jours maximum	
Perte totale et irréversible d'autonomie	20 000 €	-	20 000 €	-	-	-
Décès accidentel	20 000 €	-	20 000 €	-	15 000 €	15 000 €

Préambule :

PROTECTO ACCIDENT est un contrat individuel d'assurance souscrit auprès de CCMO Mutuelle relevant du livre II du Code de la Mutualité, ci-après dénommée la Mutuelle. Ce contrat relève de la branche assurance accident pour laquelle la CCMO a reçu un agrément de l'ACPR.

La gamme «Protecto Accident» se compose de deux garanties :

- «Protecto Adulte» comportant une option «Enfant»,
- «Protecto Sénior».

ARTICLE 1 : DÉFINITIONS

Adhérent :

C'est la personne sur la tête de laquelle reposent les risques garantis par le contrat :

- âgée au maximum de 65 ans à la date de souscription du contrat pour l'adulte,
- âgée au maximum de 74 ans à la date de souscription du contrat pour le sénior.

Enfant assuré [dans le cadre de la souscription par l'Adhérent de «l'option enfants»] :

C'est l'enfant à charge jusqu'au 18^{ème} anniversaire qui est assuré.

Soins intensifs :

C'est l'hospitalisation dans un service spécifique où sont assurés des soins permanents (24 heures sur 24) relevant d'un personnel soignant spécialisé utilisant des techniques de réanimation.

ARTICLE 2 : OBJET DU CONTRAT

Sous réserve des conditions définies dans le présent règlement, la Garantie Protecto Accident garantit, en cas d'hospitalisation, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, ou de Décès de l'Adhérent à la suite d'un accident, le versement d'une prestation dont le montant est indiqué au Bulletin d'Adhésion. En tout état de cause, les garanties cessent, au plus tard, au jour :

- du 70^{ème} anniversaire de l'Adhérent pour la garantie «Protecto Adulte»,
- du 18^{ème} anniversaire de l'enfant pour la garantie «Protecto Adulte Option Enfant» et sous réserve que l'enfant soit à charge fiscale de l'Adhérent,
- du 85^{ème} anniversaire de l'Adhérent pour la garantie «Protecto Sénior».

ARTICLE 3 : LES GARANTIES

Les garanties de chaque enfant cessent le 1^{er} jour du mois qui suit son 18^{ème} anniversaire.

3.1 DÉCÈS ACCIDENTEL

En cas de décès accidentel de l'Adhérent, la Mutuelle garantit le versement du Capital Décès Accidentel souscrit par l'Adhérent aux bénéficiaires. Les bénéficiaires peuvent être désignés par écrit par l'Adhérent sur papier libre, en précisant leur nom, prénom, adresse et quote-part éventuelle.

À défaut de désignation expresse des bénéficiaires par l'Adhérent ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, les capitaux décès sont versés dans l'ordre de priorité suivant (clause type) :

- au conjoint survivant de l'Adhérent non séparé de corps par jugement définitif et non divorcé ;
- à la personne liée à l'Adhérent par un pacte civil de solidarité ou au concubin notoire ;
- aux enfants de l'Adhérent, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux ;
- aux ascendants de l'Adhérent à parts égales entre eux ;
- aux héritiers de l'Adhérent selon la répartition en vigueur conformément au principe du droit des successions.

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

Si l'Adhérent souhaite procéder à la désignation expresse d'un ou de plusieurs bénéficiaires au moment de l'affiliation, ou modifier sa désignation ultérieurement, il doit notifier sa décision, par écrit, à CCMO Mutuelle.

La désignation expresse peut notamment être effectuée par un acte sous seing privé ou authentique qui devra être communiqué, en temps utile, à CCMO Mutuelle. En cas d'acceptation de la part du bénéficiaire, la désignation devient irrévocable. Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'Adhérent a la possibilité d'indiquer ses coordonnées afin que CCMO Mutuelle les utilise en cas de décès aux fins de versement du capital.

Dans le cas où les bénéficiaires sont décédés, le capital décès est versé dans l'ordre de priorité indiqué ci-dessus. Sauf cas d'acceptation de la part du bénéficiaire rendant la désignation irrévocable, toute désignation expresse antérieure d'un ou de plusieurs bénéficiaires devient caduque en cas de mariage, de remariage, de séparation de corps ou de divorce, de conclusion ou de dissolution d'un pacte civil de solidarité. Dans les cas de séparation de corps ou de divorce, cette disposition prend effet à la date à laquelle la décision de justice prononçant la séparation de corps ou le divorce devient définitive. L'Adhérent qui souhaite, néanmoins, conserver une désignation expresse doit confirmer la désignation précédemment effectuée ou désigner un ou plusieurs nouveaux bénéficiaires. À défaut, le capital est attribué dans l'ordre de priorité indiqué ci-dessus.

Toute personne physique ou morale peut demander par lettre ou tout autre support durable à un ou plusieurs organismes professionnels représentatifs, habilités à cet effet par arrêté du Ministre chargé de la mutualité, à être informée de l'existence d'une stipulation effectuée à son bénéfice dans un contrat souscrit par une personne physique dont elle apporte, par tout moyen, la preuve du décès.

Dans les quinze jours suivant la réception du support durable mentionné à l'alinéa précédent, l'organisme transmet cette demande à la Mutuelle. Lorsque la personne morale ou physique mentionnée à l'alinéa précédent est désignée dans un contrat comme bénéficiaire, la Mutuelle dispose d'un délai d'un mois pour l'informer de l'existence d'un capital garanti payable à son bénéfice. Dans ce cas, la Mutuelle peut demander à la personne morale ou physique de lui fournir les éléments nécessaires à son identification et à celle de l'Adhérent. Le délai d'un mois mentionné ci-avant court à compter de la réception de ces éléments par la Mutuelle.

3.2 PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- tout Adhérent ayant bénéficié d'un classement dans la 3^{ème} catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale (art L341-4 du code de la Sécurité sociale),
- toute personne bénéficiant au titre de son régime propre de Sécurité sociale d'une majoration de ses prestations d'invalidité ou d'incapacité permanente pour assistance permanente par une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Le capital Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est payable une seule fois.

La garantie PTIA ne couvre pas les enfants, ni les séniors.

3.3 HOSPITALISATION

Versement d'une indemnité hospitalisation forfaitaire journalière par période de 24 heures révolues d'hospitalisation indemnisable. Cette indemnité est versée à compter de la 1^{ère} admission pour un même accident, dans la limite :

- de 180 jours pour la garantie «Protecto Adulte»,
- de 90 jours pour la garantie «Protecto Sénior».

En cas de nouvelle hospitalisation due aux suites ou conséquences du même accident et nécessitant au moins une nuit d'hospitalisation, le versement des indemnités pourra reprendre, si l'hospitalisation intervient moins de 6 mois après le dernier jour d'hospitalisation indemnisé, dans la limite prévue ci-dessus :

- dès 180 jours pour la garantie «Protecto Adulte»,
- dès 90 jours pour la garantie «Protecto Sénior».

3.4 HOSPITALISATION EN SOINS INTENSIFS

En cas de séjour en service de soins intensifs, les indemnités versées seront augmentées de 50 % et ce dans la limite de 30 jours par accident pour les options «Adulte», «Enfant» et «Sénior».

ARTICLE 4: CONDITIONS D'INDEMNISATION

4.1 MODALITÉS

4.1.1 Décès Accidentel

L'accident doit survenir pendant que le contrat est en vigueur. Le décès doit survenir uniquement et directement à la suite d'une blessure corporelle accidentelle, dans les 365 jours consécutifs à celle-ci. La Mutuelle verse le capital garanti aux bénéficiaires dans les 30 jours à compter de la réception des pièces justificatives sous réserve de l'acceptation de la Mutuelle.

4.1.2 PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

La Mutuelle versera à l'Adhèrent le capital dans les 30 jours à compter de la réception des pièces justificatives sous réserve de son acceptation. Elle se réserve le droit de vérifier par le biais de son Médecin conseil ou de celui du réassureur la nature et le niveau d'invalidité.

4.1.3 HOSPITALISATION

La 1^{ère} hospitalisation (supérieure à 24 h révolues) doit intervenir dans les 10 jours suivants l'accident. Le règlement des indemnités interviendra dans les 15 jours après réception de toutes les pièces justificatives par la Mutuelle sous réserve de son acceptation.

4.2 PIÈCES JUSTIFICATIVES

Pour prétendre à la prestation, l'accident doit être expressément déclaré, par l'Adhèrent ou toute autre personne agissant en son nom, à la Mutuelle dans un délai de 1 mois suivant sa survenance, sauf en cas de force majeure. Passé ce délai, la prise en charge ne pourra avoir lieu.

Il y a lieu de fournir notamment les documents suivants, en français :

- une déclaration d'accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident,
- les preuves de l'accident (procès verbal de gendarmerie, rapport de police ou tout document médical ou officiel).

Aucun document rédigé en langue autre que le français ne sera accepté comme valant déclaration.

En outre, il est nécessaire de fournir :

a) en cas d'hospitalisation :

- la déclaration d'hospitalisation (dont le formulaire est fourni sur simple demande à la Mutuelle),
- en cas d'hospitalisation en soins intensifs une attestation de l'établissement hospitalier,
- un bulletin de situation hospitalière tous les 15 jours,
- au plus tard dans les 3 semaines suivant la sortie de l'hôpital, une copie du bulletin de sortie mentionnant les dates d'entrée et de sortie de l'établissement hospitalier ainsi que les services dans lesquels l'Adhèrent a séjourné.

b) en cas de décès accidentel :

- Un extrait de l'acte de décès (délivré par la mairie du lieu de décès).
- Un certificat médical précisant la cause exacte du décès.

c) en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- Un certificat médical du médecin traitant de l'Adhèrent précisant la cause et la nature exacte de l'invalidité et si l'intéressé a besoin d'avoir recours à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.
- Justificatifs d'attribution d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie délivrée par la Sécurité sociale.

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque ou du sinistre connus de l'Adhèrent l'expose aux sanctions prévues par le Code de la mutualité, c'est-à-dire : réduction d'indemnités ou nullité de l'adhésion (articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la mutualité).

4.3 CONTRÔLE MÉDICAL – CONTRE-EXPERTISE – ARBITRAGE

Pour ne pas perdre droit à la mise en jeu de la garantie, l'Adhèrent doit se prêter à toute expertise ou à tout examen que la Mutuelle estime nécessaire et fournir à la Mutuelle toutes les pièces médicales justificatives qui lui sont réclamées. Les frais engagés par l'expertise médicale sont à la charge de la Mutuelle. En cas de désaccord de l'Adhèrent avec les conclusions de l'expertise médicale initiale, le recours à une contre-expertise peut être sollicité. Les frais occasionnés par cette contre-expertise sont à la charge de l'Adhèrent. S'il y a lieu, le désaccord entre les deux parties sera soumis à l'avis d'un tiers expert nommé d'un commun accord par les parties ou à défaut d'entente, par ordonnance du Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhèrent. Les frais sont supportés par moitié par les parties.

4.4 COTISATIONS

En contrepartie des garanties souscrites, l'Adhèrent doit s'acquitter des cotisations correspondantes. Elles sont payables d'avance mensuellement par prélèvement automatique. Le montant des cotisations pourra être modifié en cas d'augmentation des taxes légales en vigueur.

ARTICLE 5: EXCLUSIONS

Ne sont pas couvertes par les présentes garanties les suites et conséquences de :

- Suicide au cours de la première année qui suit la date d'effet de la garantie,
- Crise cardiaque et rupture d'anévrisme, actes intentionnels ou illégaux de l'Adhèrent ou des bénéficiaires,
- Usage abusif de produits pharmaceutiques (absence ou non-respect de prescriptions médicales),
- Faits de guerre civile ou étrangère, mouvements populaires, attentats, rixes, effets de la radioactivité,
- Utilisation en tant que pilote ou passager de moto de plus de 400 cm³, ainsi que d'appareils aériens autres que les avions de lignes régulières,
- Effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de radioactivité, ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules,
- L'état alcoolique de l'Adhèrent caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile, si l'accident est en relation directe avec l'état alcoolique de l'Adhèrent.

Outre les Exclusions ci-dessus, sont exclues de la garantie Hospitalisation et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, les suites et conséquences de :

- Tentatives de suicide,
- Blessure ou lésion provenant partiellement ou totalement d'un état pathologique préexistant ou d'une opération chirurgicale non consécutive à un accident,
- Pratique de sports (entraînements et épreuves) à titre professionnel ou à titre d'amateur rémunéré, pratique des activités suivantes : alpinisme : sport des ascensions en montagne (cette notion recouvre les sports listés ci-après : ascension de sommets en haute montagne, ski extrême, ski alpinisme, escalade, via ferrata), navigation maritime de plaisance au-delà de 20 miles nautiques d'un abri côtier; plongée au-delà de 20 mètres de profondeur, spéléologie, sports de combat (cette notion recouvre les sports listés ci-après : arts martiaux, boxe, self-défense, escrime, lutte), sports de neige hors-piste, hippisme en compétition, saut à l'élastique, rafting, tout sport nécessitant un engin à moteur,
- Utilisation en tant que pilote ou passager de moto de 125 cm³ et plus (pour la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie).

L'Hospitalisation dans les établissements suivants n'est pas couverte :

- Sanatorium, préventorium, aérium et tout établissement ou service similaire,
- Centre de réadaptation ou de rééducation, maison de repos ou de convalescence,
- Établissement thermal, de soins esthétiques, hôtel de cure, établissement de post-cure,
- Toute hospitalisation en service psychiatrique en établissements privés ou publics,
- Tout autre établissement défini comme centre de moyen ou de long séjour,
- Hospitalisation à domicile.

CCMO Mutuelle
6, avenue du Beauvaisis
PAE du Haut-Villé
CS 50993
60014 Beauvais Cedex

Tel: 03 44 06 90 00
Fax: 03 44 06 90 01

Courriel: accueil@ccmo.fr

Règlement applicable à compter du 1^{er} janvier 2021 ratifié par l'Assemblée générale du 29 juin 2020.
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité - N° 780508073