



RÈGLEMENT
MUTUALISTE



RÈGLES
DE GESTION
PRÉVOYANCE



DÉCÈS - INVALIDITÉ - INCAPACITÉ

Règlement mutualiste applicable aux opérations individuelles à compter du 1^{er} juillet 2022



L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

RÈGLEMENT MUTUALISTE

RÈGLES DE GESTION GARANTIES PRÉVOYANCE

SOMMAIRE

TITRE I DISPOSITIONS COMMUNES 4

Article 1 : Objet du Règlement Mutualiste	4
Article 2 : Garanties de Prévoyance proposées aux Adhérents	4
Article 3 : Modalités d'adhésion et de dénonciation	4
Article 4 : Droit de renonciation	4
Article 5 : Montant des cotisations	5
Article 6 : Non-paiement des cotisations	5
Article 7 : Règlement des prestations	5
Article 8 : Règlement des prestations décès	5
Article 9 : Prestations indues	5
Article 10 : Subrogation	6
Article 11 : Modifications administratives	6
Article 12 : Etendue territoriale	6
Article 13 : Prescription	6
Article 14 : Réticence ou fausse déclaration intentionnelle	6
Article 15 : Fausse déclaration non intentionnelle	6
Article 16 : Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (LCB-FT) et gel des avoirs	6
Article 17 : Contrôle médical	6
Article 18 : Lois applicables	7
Article 19 : Procédure d'examen des litiges	7
Article 20 : Protection des données personnelles	7

TITRE II DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES 7

CHAPITRE 1 GARANTIES INDEMNITÉS HOSPITALISATION 7

Article 1 : Garantie PROTECTO HOSPI	7
Article 2 : Garantie HOSPI PLUS	7
Article 3 : Conditions d'adhésion	8
Article 4 : Conditions d'indemnisation	8
Article 5 : Garanties exclues	8

CHAPITRE 2 GARANTIE PROTECTO ACCIDENT 8

Article 1 : Objet du contrat	8
Article 2 : Les garanties	8
Article 3 : Conditions d'indemnisation	8
Article 4 : Exclusions	8

SOMMAIRE (suite)

CHAPITRE 3 GARANTIES PROTECT'ALÉA 9

Article 1 : Objet du contrat	9
Article 2 : Conditions et durée d'adhésion	9
Article 3 : Les garanties	9
Article 4 : Conditions d'indemnisation	9
Article 5 : Exclusions	9

CHAPITRE 4 GARANTIE PROTECT'ELLE 10

Article 1 : Objet de la garantie	10
Article 2 : Conditions d'adhésion	10
Article 3 : Prise d'effet de l'adhésion	10
Article 4 : Délai de carence et remboursement des cotisations	10
Article 5 : Exclusions	10
Article 6 : Durée de l'adhésion	10
Article 7 : Fausse déclaration intentionnelle	10
Article 8 : Cessation de la garantie	10
Article 9 : Modalité de règlement du capital	10
Article 10 : Cotisation	10
Article 11 : Territorialité	10

CHAPITRE 5 GARANTIE PROTECTO DÉCÈS 11

Article 1 : Objet de la garantie	11
Article 2 : Conditions d'adhésion	11
Article 3 : Prise d'effet de l'adhésion	11
Article 4 : Durée de l'adhésion	11
Article 5 : Délai de carence	11
Article 6 : Cotisation	11
Article 7 : Cessation de la garantie	11
Article 8 : Fausse déclaration	11
Article 9 : Exclusions	11
Article 10 : Territorialité	11

ANNEXE I PIÈCES JUSTIFICATIVES 12

TITRE I DISPOSITIONS COMMUNES

Définitions :

Adhérent/Assuré : Personne physique mentionnée sur le certificat ou la demande d'adhésion, chargée du paiement des cotisations et sur laquelle reposent les risques. La signature du certificat ou de la demande d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et du présent Règlement Mutualiste.

Bénéficiaire : Toute personne, adhérente ou ayant droit, inscrite sur le certificat ou la demande d'adhésion et percevant une prestation allouée en cas de réalisation des risques garantis au Contrat.

Hospitalisation : Admission et séjour dans un établissement hospitalier.

Accident : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Adhérent, 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.**

Pour prétendre à la prestation, l'accident doit être expressément déclaré, par l'Assuré 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 si le retard de réception des pièces cause à la Mutuelle un préjudice en application de l'article L221-6 du Code de la mutualité.

Indemnité hospitalisation forfaitaire journalière : Montant forfaitaire journalier versé à l'Adhérent afin de compenser la perte de revenu résultant du fait accidentel ayant entraîné l'arrêt de travail.

Invalidité : Incapacité pour l'Adhérent 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'Adhérent.

Décès accidentel : Tout décès dû à un évènement soudain, imprévisible et extérieur à l'Adhérent et non intentionnel de sa part, cause exclusive, certaine et directe du décès.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) : Le fait pour l'Adhérent 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. Est considéré en état de PTIA :

- Tout assuré ayant bénéficié d'un classement dans la 3ème 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.

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.

Délai de carence : Durée pendant laquelle l'Adhérent n'est pas couvert par la garantie.

Déclaration de bon état de santé : Déclaration sur l'honneur de bon état de santé de l'Adhérent qui ne nécessite pas l'intervention d'un Médecin.

Diagnostic : Résultat d'un examen effectué par un anatomopathologiste qualifié. La date établissant le diagnostic est celle du compte rendu anatomopathologique définitif.

ARTICLE 1 : OBJET DU RÈGLEMENT 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.

La demande d'adhésion et le certificat d'adhésion précisent l'identité des personnes bénéficiaires des garanties et des prestations et les garanties choisies par l'Adhérent.

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 PRÉVOYANCE PROPOSÉES AUX ADHÉRENTS

- Protecto Hospi
- Hospi Plus
- Protecto Accident
- Protect'Aléa
- Protect'Elle
- Protecto Décès

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

ARTICLE 3 : MODALITÉS D'ADHÉSION ET DE DÉNONCIATION

3.1 INFORMATION PRÉ-CONTRACTUELLE ET CONTRACTUELLE

Les futurs Adhérents reçoivent avant la signature de la demande d'adhésion sur tout support durable, conformément aux dispositions de l'article L.221-4 du Code de la mutualité, les statuts, le présent Règlement Mutualiste, la (les) garantie(s) prévoyance, une fiche d'information dite fiche « IPID » qui décrit leurs droits et obligations et une fiche conseil.

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. Si cette vente à distance s'opère par téléphone, il est également précisé que l'ensemble des obligations d'informations et procédurales prévues par l'article L.112-2-2 du Code des assurances seront dûment respectées, dont l'obligation pour la Mutuelle de recueillir le consentement exprès du prospect de poursuivre l'appel téléphonique de prospection commerciale.

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 ou contacter les Conseillers CCMO au 0344069000.

3.2 MODALITÉS D'ADHÉSION

L'Adhérent 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 à distance dans le cadre des dispositions prévues par l'article L.112-2-2 et suivants du Code des assurances. En cas de vente à distance par téléphone entrant dans le champ d'application dudit article, il est précisé que la signature du contrat par le nouveau membre participant ne peut intervenir que vingt-quatre heures après la réception des documents et informations précontractuels visés à l'article 3.1.

3.3 CONVENTION SUR LA PREUVE

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 de la demande 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 - RENOUVELLEMENT

Le contrat est conclu 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 par téléphone, à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion sachant que la signature du contrat ne peut intervenir que vingt-quatre heures après la réception des documents et informations précontractuels visés à l'article 3.1 conformément aux dispositions de l'article L.112-2-2 du Code des assurances,

La date d'effet est mentionnée sur le Certificat d'Adhésion.

L'adhésion est valide pour une durée de douze mois renouvelable chaque année par tacite reconduction.

• Pour une adhésion au 1^{er} janvier, la première période est comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année N.

• Pour une adhésion en cours d'année, la première période est comprise entre la date d'effet et le 31 décembre de l'année N.

L'adhésion prendra fin au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite chaque 1^{er} janvier par tacite reconduction, sauf si l'assuré manifeste la volonté d'y mettre fin.

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'horodatage faisant foi).

• au 1^{er} jour du mois suivant dans le cas contraire.

3.5 DÉNONCIATION

L'Adhérent a la faculté de dénoncer de plein droit son adhésion au Contrat à chaque échéance annuelle, soit le 31 décembre, par lettre simple ou sur tout support durable, deux mois avant la date d'échéance, soit avant le 31 octobre.

Cette dénonciation doit être envoyée à CCMO Mutuelle - 6 avenue du Beauvaisis, CS 50993, PAE du Haut-Villé, 60014 Beauvais Cedex.

La dénonciation peut intervenir en cours d'année :

• En cas de changement de situation familiale selon l'article L.221-17 du Code de la mutualité. Elle prendra effet, sous réserve de justificatif(s), au 1^{er} jour du mois suivant l'information transmise à CCMO Mutuelle.

• En cas de modifications importantes du cadre de vie, telles que le chômage, la baisse ou la perte de revenu, le décès du conjoint, la séparation ou le divorce, dans un délai de trois mois en cas de survenance de l'évènement, sous réserve d'apporter les justificatifs. La dénonciation prend effet un mois après la réception de sa notification.

ARTICLE 4 : DROIT DE RENONCIATION

Pour les opérations dépendant de la durée de vie humaine, l'Adhérent peut, pendant le délai de 30 jours calendaires révolus, à compter de la date d'effet de son adhésion mentionnée sur le certificat d'adhésion, renoncer à son adhésion.

Pour les opérations ne dépendant pas de la durée de vie humaine, 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'Adhérent, le droit de renonciation est de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet de son adhésion mentionnée sur le certificat d'adhésion.

En cas de renonciation durant le délai de 14 jours ou de 30 jours :

- l'adhésion prend fin à compter de la date d'envoi par l'Adhérent à la Mutuelle de la lettre recommandée ou l'envoi recommandé électronique ou de tout support durable. Dès lors que des prestations ont été versées, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation sauf s'il rembourse les prestations versées ;

- l'Adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La Mutuelle rembourse à l'Adhérent le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant 2 mois, puis à l'expiration de ce délai de 2 mois, au double du taux légal ;

- l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si l'Adhérent 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 BEAUVAIS 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 ou sur tout support durable.

ARTICLE 5 : MONTANT DES COTISATIONS

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

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

La cotisation annuelle est payable à terme à échoir par prélèvement bancaire sur un compte bancaire ouvert au nom de l'Adhérent, en vertu du mandat de prélèvement SEPA dûment signé. Elle peut cependant être réglée en plusieurs fractions aux dates et selon les modalités prévues au certificat d'adhésion. Ce fractionnement ne concerne que le paiement et ne remet pas en cause le caractère annuel de la cotisation. La cotisation annuelle peut également être réglée en une fois par chèque à terme à échoir.

La cotisation est révisable annuellement, au 1er janvier, et peut être modifiée en fonction :

- Des résultats techniques du contrat,
- De l'évolution démographique,
- De la réglementation.

Toutes les cotisations de tous les Adhérents sont dans ce cas réajustées.

L'Adhérent peut refuser cet ajustement en dénonçant son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à CCMO Mutuelle, dans les 30 jours suivant la réception de l'information.

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

À 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

À 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 devant les Tribunaux, 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. Les documents contenant des informations relatives à l'état de santé doivent être adressés sous pli confidentiel au Médecin conseil de la Mutuelle en rappelant son nom, prénom, adresse et numéro d'Adhérent à l'adresse suivante : CCMO Mutuelle - 6 avenue du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé - CS 50993 - 60014 BEAUVAIS Cedex.

ARTICLE 8 : RÉGLEMENT DES PRESTATIONS DÉCÈS

8.1 LA DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRE(S)

L'Adhérent a la possibilité de désigner le ou les bénéficiaire(s) du capital décès de son choix. Cette désignation se fait :

- En remplissant le bulletin de désignation (formulaire remis au moment de l'adhésion),
- Ou par acte sous seing privé ou acte authentique.

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche du ou des

bénéficiaire(s) désignés, l'Adhérent doit indiquer, pour chaque bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte notamment ses nom(s), prénom(s), date, lieu de naissance, lien de parenté éventuel et adresse.

Toute nouvelle décision annule et remplace la précédente. Il est recommandé à l'Adhérent de modifier la clause lorsque celle-ci n'est plus adaptée à sa situation personnelle.

Toute désignation ou changement non porté à la connaissance de la Mutuelle ne pourra pas être pris en compte.

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'assurance. L'acceptation doit intervenir lorsque l'Adhérent est en vie :

- Par avenant au contrat signé de la Mutuelle, de l'Adhérent et du bénéficiaire,
- Par acte authentique ou acte sous seing privé, signé de l'Adhérent et du bénéficiaire, sous réserve que l'acceptation ait été notifiée par écrit à la Mutuelle.

Après le décès de l'Adhérent, l'acceptation peut intervenir librement.

Lorsqu'un bénéficiaire a accepté le bénéfice de l'assurance, sa désignation devient irrévocable.

Lorsque la Mutuelle n'a pas eu connaissance de la désignation d'un bénéficiaire, par testament ou autrement, ou de l'acceptation d'un autre bénéficiaire ou de la révocation d'une désignation, le paiement du capital garanti fait à celui qui, sans cette désignation, cette acceptation ou cette révocation, y aurait eu droit, est libératoire pour la Mutuelle de bonne foi.

Lorsque la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où l'Adhérent est informé que le contrat d'assurance est conclu.

En l'absence de désignation expresse ou en cas de décès de tous les bénéficiaires désignés expressément, c'est la clause standard qui s'applique à savoir que les capitaux sont versés par priorité :

- 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 désignation multiple et à défaut de précision de la part attribuée en %, le capital dû est réparti par parts égales entre bénéficiaires désignés.

Lorsque le bénéficiaire est un opérateur de prestations funéraires, il ne peut en aucun cas être acceptant. Le montant de la prestation ne peut, en aucun cas, excéder les frais réellement engagés.

L'éventuel différentiel sera réparti entre les autres bénéficiaires, soit nommément désignés, soit selon la dévolution prévue au Contrat.

8.2 DÉLAI DE VERSEMENT DU CAPITAL DÉCÈS

La Mutuelle doit envoyer dans un délai de 15 jours à compter de la réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du ou des bénéficiaire(s), le formulaire de demande de prestations pour demander au(x) bénéficiaire(s) de lui fournir l'ensemble des pièces justificatives.

Les prestations sont versées dans un délai d'un mois civil à compter de la réception de l'ensemble des pièces justificatives et sous réserve, le cas échéant du contrôle médical. A défaut, les sommes produisent de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal (article L223-22-1 du Code de la mutualité).

Si, au-delà du délai de quinze jours mentionnés au premier alinéa, la Mutuelle a omis de demander au(x) bénéficiaire(s) l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de versement d'un mois.

8.3 CONTRATS EN DÉSHÉRENCE

Lorsqu'un bénéficiaire n'a pas pu être identifié à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la prise de connaissance par la Mutuelle du décès de l'Assuré, les sommes dues au titre de la prestation seront déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations. Ce dépôt libère la Mutuelle de ses obligations.

Six mois avant l'expiration du délai de dix ans précité, la Mutuelle informe les bénéficiaires du Contrat, par tout moyen, de la mise en œuvre des présentes dispositions.

Le bénéficiaire peut ensuite demander à la Caisse des Dépôts et Consignations le versement de la prestation. A défaut de demande de versement, les sommes sont acquises à l'Etat dans un délai de 20 ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des Dépôts et Consignations.

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 professionnel 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.

ARTICLE 9 : 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 10 : SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'Adhèrent 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'indemnisait 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'Adhèrent 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'Adhèrent ou de ses ayants droit) ou en cas de mauvaise foi de la part de l'Adhèrent 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'Adhèrent ou à ses ayants droit, l'intégralité des dépenses que la Mutuelle a engagées pour son Adhèrent.

De même, si l'Adhèrent, 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 11 : MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES

L'Adhèrent 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 12 : ÉTENDUE 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'Adhèrent est domicilié en France et ne séjourne pas plus de trois mois consécutifs hors de France sous réserve des dispositions spécifiques prévues au Titre II du présent Règlement.

ARTICLE 13 : 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 jusque-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.

En application des dispositions de l'article L.221-12 du Code de la mutualité, 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la Mutuelle à l'Adhèrent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhèrent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'alinéa précédent sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée,
- La demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure.

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

La prescription constitue une fin de non-recevoir (article 122 du Code de procédure civile) à une action judiciaire et elle peut être soulevée à tous les stades de la procédure (article 123 du Code de procédure civile), et même pour la première fois en appel. La prescription permet à l'Adhèrent ou à la Mutuelle de se libérer de ses obligations.

ARTICLE 14 : RÉTICENCE OU 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'Adhèrent 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'Adhèrent a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

La Mutuelle peut constater la résiliation de plein droit du contrat et 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'Adhèrent pour la récupération des sommes indûment payées.

Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues.

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

ARTICLE 15 : 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'Adhèrent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue dans le certificat d'adhésion.

Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant un sinistre, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Adhèrent. A défaut d'accord de celui-ci, le contrat prend fin dix jours après notification adressée à l'Adhèrent 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.

Si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après le sinistre, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'Adhèrent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 16 : DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME (LCB-FT) et GEL DES AVOIRS

Les opérations relevant du présent Règlement Mutualiste s'inscrivent dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme conformément aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Pendant toute la durée du Contrat, la Mutuelle s'engage à :

- identifier et vérifier l'identité des adhérents individuels ;
- connaître l'objet et la nature de la relation d'affaires.

Dans ce cadre, la Mutuelle se réserve le droit de demander tout justificatif relatif à l'identification de l'Adhèrent ou à l'origine des fonds qui lui sont versés conformément aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

L'identification et la vérification d'identité des Adhérents s'effectuent au plus tard au moment du paiement de la prestation.

Pour une personne physique, l'identification repose, a minima, sur la collecte du nom patronymique, du prénom, de la date et lieu de naissance.

Pour une personne morale, l'identification repose, a minima, sur la collecte de la dénomination, la forme juridique, l'adresse du siège social et l'identité des associés et dirigeants sociaux ainsi que l'identification des bénéficiaires effectifs.

La vérification d'identité est réalisée :

- Pour les personnes physiques, par la présentation d'un document officiel d'identité (notamment CNI, passeport, permis de conduire européen) en cours de validité comportant la photographie du titulaire et/ou un justificatif du domicile datant de moins de 3 mois ;
- Pour les personnes morales, par la communication de l'original ou la copie de tout acte ou extrait de registre officiel datant de moins de 3 mois ou extrait de Journal officiel, constatant la forme juridique, la dénomination, l'adresse du siège social et l'identité des associés et dirigeants sociaux, ainsi que des représentants légaux ou de leurs équivalents en droit étranger (notamment extrait Kbis pour les sociétés commerciales ou extrait de la publication au Journal Officiel pour les associations).

Lorsque la Mutuelle n'est pas en mesure d'identifier et/ou vérifier l'identité de l'adhérent, l'opération est refusée, conformément à l'article L.561-8 du Code monétaire et financier.

La Mutuelle met en œuvre des mesures de vigilance complémentaire ou renforcée lorsqu'elle identifie :

- Des Personnes Politiquement Exposées (PPE). Ces PPE sont exposées à des risques particuliers en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elles exercent ou ont cessé d'exercer depuis moins d'un an. Les membres directs de leur famille ou les personnes connues pour leur être étroitement associées sont aussi des PPE.
- Un adhérent résidant dans un Pays Tiers à Haut Risque (PTHR),
- Un adhérent figurant sur la liste de personnes ou entités pour lesquelles il est institué un gel des avoirs ou une interdiction de fourniture de services financiers.

ARTICLE 17 : CONTRÔLE MÉDICAL

Lors d'une demande de prestation ou en cours de prestation, la Mutuelle se réserve le droit d'effectuer un contrôle médical de l'Adhèrent et de faire pratiquer des examens médicaux complémentaires. Ces derniers auront lieu en France métropolitaine.

Ces contrôles et examens complémentaires sont effectués aux frais de la Mutuelle par un Médecin qu'elle aura désigné.

L'Adhèrent qui ne répond pas aux demandes de pièces complémentaires et/ou qui ne

renvoie pas les formulaires de demande de prestation dûment remplis dans les deux mois suivant la demande, verra sa demande suspendue si le retard de réception des pièces cause à la Mutuelle un préjudice en application de l'article L221-6 du Code de la mutualité.

L'Adhérent qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés et/ ou de justifier sa situation médicale ou sa situation au regard de son Régime Obligatoire perdrait tout droit à la prestation considérée.

En cas de régularisation de la situation, le paiement des prestations reprend sans effet rétroactif à la date de la régularisation.

En cas de désaccord avec le Médecin désigné par la Mutuelle, l'Adhérent peut contester sa décision en lui adressant sous pli fermé et confidentiel, dans les trois (3) mois qui suivent cette décision, un certificat médical justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la mise en œuvre de la procédure de conciliation décrite ci-après et en acceptant les contraintes.

Si le Médecin traitant de l'Adhérent et le Médecin désigné par la Mutuelle ne parviennent pas à un accord signé sur l'évaluation de l'état de santé de l'Adhérent, la Mutuelle les invite alors à désigner un troisième Médecin, choisi parmi les Médecins exerçant la médecine d'Assurance et expert auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions de ce troisième Médecin s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourraient être exercés par toute voie de droit.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son Médecin. Les frais et honoraires du troisième incombent à la partie perdante, l'Adhérent en faisant l'avance.

Les documents contenant des informations relatives à l'état de santé doivent être adressés sous pli confidentiel au Médecin conseil de la Mutuelle en rappelant son nom, prénom, adresse et numéro d'Adhérent à l'adresse suivante : CCMO Mutuelle - 6 avenue du Beauvaisis - PAE du Haut-Villé - CS 50993 -60014 BEAUVAIS Cedex.

ARTICLE 18 : LOIS APPLICABLES

18.1 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.

18.2 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, prévaut sur toutes autres langues.

18.3 MONNAIE

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

ARTICLE 19 : PROCÉDURE D'EXAMEN DES LITIGES

19.1 RÉCLAMATION

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.

19.2 MÉDIATION

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.

19.3 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 20 : PROTECTION DES DONNÉES 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.

En cas de vente à distance par téléphone entrant dans le champ d'application de l'article L.112-2-2 du Code des assurances, il est précisé que la Mutuelle enregistre, conserve et garantit la traçabilité de l'intégralité des communications téléphoniques intervenues avant la conclusion du Contrat, pendant une période de deux années, et ce, aux fins de contrôle par les agents de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution et à la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes.

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 Beauvaisis 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.

TITRE II DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

CHAPITRE I :

GARANTIES INDEMNITÉS 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 un 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'ADHÉSION

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

ARTICLE 4 : 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.

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.

ARTICLE 5 : 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 médicopédagogique, 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 €

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

PROTECTO ACCIDENT est un contrat individuel d'assurance souscrit auprès de CCMO Mutuelle. La gamme « Protecto Accident » se compose de deux garanties :

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

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 certificat d'Adhésion.

Condition d'adhésion :

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

Cessation des garanties, 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 2 : LES GARANTIES

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

2.1 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 dont le montant est indiqué dans le certificat d'adhésion.

2.2 PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Le capital PTIA est payable une seule fois

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

2.3 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-dessous :

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

2.4 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 3 : CONDITIONS D'INDEMNISATION

3.1 MODALITÉS

Les garanties sont mises en œuvre à l'initiative de l'Adhérent ou du bénéficiaire qui présente, à l'appui de sa demande de prestation, les justificatifs nécessaires mentionnés en annexe du présent Règlement Mutualiste.

3.1.1 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.

3.1.2 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

La Mutuelle versera à l'Adhérent 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.

3.1.3 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.

ARTICLE 4 : 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'Adhérent 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'Adhérent 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'Adhérent.

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 pré-existant ou d'une opération chirurgicale non consécutive à un accident,
- Pratique de sports (entraînements et épreuves) à titre professionnel ou à titre d'amatour 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, hip-pisme 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.

CHAPITRE 3 : GARANTIES PROTECT'ALÉA

PROTECT'ALÉA ACTIFS

Protect'Aléa Actifs	Protect'Aléa 50		Protect'Aléa 75	
	Adulte	Enfant	Adulte	Enfant
IJ* en cas d'hospitalisation (180 jours maximum)	50 €/jour	20 €/jour	75 €/jour	30 €/jour
IJ* en cas d'hospitalisation en soins intensifs (30 jours maximum)	75 €/jour	30 €/jour	112,50 €/jour	45 €/jour
Capital en cas de PTIA accidentel	20 000 €	-	20 000 €	-
Capital en cas de décès accidentel	20 000 €	3 000 €	20 000 €	3 000 €

* Indemnités hospitalisation forfaitaire journalière

PROTECT'ALÉA SENIORS

Protect'Aléa Seniors	Protect'Aléa 50	Protect'Aléa 75
	Adulte	Adulte
IJ* en cas d'hospitalisation (90 jours maximum)	50 €/jour	75 €/jour
IJ* en cas d'hospitalisation en soins intensifs (30 jours maximum)	75 €/jour	112,50 €/jour
Capital en cas de décès accidentel	15 000 €	15 000 €

* Indemnités hospitalisation forfaitaire journalière

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

Sous réserve des conditions définies dans le présent Règlement, la Garantie PROTECT'ALÉA garantit, en cas d'hospitalisation, de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, ou de Décès de l'Assuré à la suite d'un accident, le versement d'une prestation dont le montant est indiqué dans le tableau de garanties, fonction de l'option choisie, laquelle est précisée dans le bulletin d'adhésion. Il est à noter que les capitaux Décès Accidentel et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ne sont pas cumulables.

En tout état de cause, les garanties cessent, au plus tard :

- au jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré pour les garanties Protect'Aléa Actifs
- au jour du 85^{ème} anniversaire de l'Assuré pour les garanties Protect'Aléa Seniors.

ARTICLE 2 : CONDITIONS ET DURÉE D'ADHÉSION

2.1 CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour Protect'Aléa Actifs :

Être âgé au minimum de 18 ans et au maximum de 65 ans à la date de souscription du Contrat (l'âge pris en compte étant l'âge atteint par différence de millésime, c'est-à-dire l'âge calculé par différence entre l'année d'adhésion et l'année de naissance).

Pour Protect'Aléa Seniors :

Être âgé au minimum de 66 ans et au maximum de 74 ans à la date de souscription du contrat (l'âge pris en compte étant l'âge atteint par différence de millésime, c'est-à-dire l'âge calculé par différence entre l'année d'adhésion et l'année de naissance).

Enfant assuré :

Être âgé au minimum de 12 ans et au maximum de 18 ans à la date de souscription du contrat.

2.2 DURÉE D'ADHÉSION

L'adhésion est valable :

- au titre de la garantie Protect'Aléa Actifs jusqu'au jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré tant que les cotisations sont réglées à leur échéance. La cotisation cesse d'être prélevée le 1^{er} jour du mois suivant la réception de l'information par la CCMO. Si l'option Enfant a été souscrite, les garanties de chaque enfant assuré cessent le 1^{er}

pour du mois qui suit son 18^{ème} anniversaire ou s'il cesse d'être fiscalement à charge.

En tout état de cause, si l'option enfant a été souscrite et que l'Assuré n'a plus d'enfants qui remplissent les conditions nécessaires à la garantie, il est tenu d'en avvertir la CCMO par courrier. La CCMO annulera la souscription des enfants et fera parvenir à l'Assuré un nouveau contrat avec le montant de cotisations correspondant à la nouvelle garantie;

- au titre de la garantie Protect'Aléa Seniors jusqu'au jour du 85^{ème} anniversaire de l'Assuré tant que les cotisations sont réglées à leur échéance. La cotisation cesse d'être prélevée le 1^{er} jour du mois suivant la réception de l'information par la CCMO.

ARTICLE 3 : LES GARANTIES

3.1 DÉCÈS ACCIDENTEL

En cas de décès accidentel de l'Assuré, la Mutuelle garantit le versement du Capital Décès Accidentel souscrit par l'Assuré aux bénéficiaires dont le montant est mentionné au certificat d'adhésion.

3.2 PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Le capital PTIA est payable une seule fois. Le versement dudit capital met fin à la garantie Décès Accidentel.

3.3 HOSPITALISATION

Versement d'une indemnité journalière par période de 24 heures révolues d'hospitalisation indemnisable.

Cette indemnité est versée :

- au titre de la garantie Protect'Aléa Actifs, dans la limite de 180 jours à compter de la 1^{ère} admission pour un même accident. 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, dans la limite des 180 jours prévue ci-dessus si l'hospitalisation intervient moins de 6 mois après le dernier jour d'hospitalisation indemnisé.
- au titre de la garantie Protect'Aléa Seniors, dans la limite de 90 jours à compter de la 1^{ère} admission pour un même accident. 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, dans la limite des 90 jours prévue ci-dessus si l'hospitalisation intervient moins de 6 mois après le dernier jour d'hospitalisation indemnisé.

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.

Si l'option Enfant a été souscrite au titre de la garantie Protect'Aléa Actifs, les indemnités versées pour chaque enfant assuré en hospitalisation et en hospitalisation en soins intensifs sont égales à 40 % du montant de celles du membre participant. Les garanties de chaque enfant cessent le 1^{er} jour du mois qui suit son 18^{ème} anniversaire.

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'Assuré 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 dûment mandaté la nature et le niveau d'invalidité.

4.1.3 Hospitalisation

La 1^{ère} hospitalisation (supérieure à 24 heures révolues) doit intervenir dans les 10 jours consécutifs à 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.

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'Assuré 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'Assuré 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'Assuré.

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, sport 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.

CHAPITRE 4 :

GARANTIE PROTECT'ELLE

3 MONTANTS
de capitaux au choix

10 000 € - 20 000 € - 30 000 €

ARTICLE 1 : OBJET DE LA GARANTIE

L'adhésion au contrat Protect'Elle a pour objet de garantir le versement d'un capital forfaitaire défini au bulletin d'adhésion en cas de diagnostic d'un cancer « féminin » défini comme suit :

Tout cancer primitif et invasif d'un organe féminin : sein, ovaire, trompe utérine, col et corps de l'utérus, vagin et vulve.

On entend par cancer invasif couvert par la présente garantie, une tumeur maligne définie par une classification égale ou supérieure à T1b dans la classification TNM ou en cas d'atteinte ganglionnaire locale ou à distance (N+ ou M+) quelle que soit la taille de la tumeur. Le score TNM faisant foi est celui indiqué en conclusion du compte-rendu histologique rédigé par l'anatomopathologiste et qui sera exigé systématiquement pour toute demande de prise en charge.

En cas de diagnostic histologique imprécis, la décision quant à l'indemnisation sera prise par le Médecin conseil de CCMO Mutuelle.

Le capital de souscription peut être de 10 000 €, 20 000 € ou 30 000 € et est indiqué sur le bulletin d'adhésion et le certificat d'adhésion.

Un Adhérent ne peut souscrire qu'une seule fois la garantie Protect'Elle.

ARTICLE 2 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Peuvent souscrire la garantie Protect'Elle, les personnes remplissant l'ensemble des conditions suivantes :

- Être âgées de 18 ans à 60 ans inclus (l'âge pris en compte est l'âge atteint par différence de millésime, c'est-à-dire l'âge calculé par différence entre l'année d'adhésion et l'année de naissance),
 - Résider en France métropolitaine ou dans les Départements et Régions D'Outre-Mer (DROM),
 - Signer la déclaration de bon état de santé au moment de l'adhésion.
- Ne peuvent adhérer au présent contrat que les adhérents qui attestent lors de l'adhésion :
- Ne pas avoir déjà souffert d'un cancer ou d'une tumeur maligne,
 - Ne pas souffrir d'un cancer ou d'une tumeur maligne,
 - Qu'un carcinome, même, in situ au niveau des seins, des organes reproducteurs et du sexe féminin, n'ait été diagnostiqué,
 - Ne pas avoir présenté, au cours des 12 derniers mois, des résultats anormaux lors d'examens d'imagerie mammaire ou de frottis cervico vaginaux,
 - Qu'aucun cancer garanti dans ce contrat n'ait été diagnostiqué à leur mère ou à l'une de leurs sœurs avant qu'elles n'aient atteint l'âge de 65 ans.

ARTICLE 3 : PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à compter de la date mentionnée sur la demande d'adhésion et confirmée par le certificat d'adhésion. La demande d'Adhésion transmise par la CCMO à l'Adhérent est accompagnée d'un mandat de prélèvement SEPA à retourner complété et signé. L'adhésion est valablement enregistrée dès l'encaissement de la première cotisation.

L'adhésion est subordonnée à la signature de la demande d'adhésion et doit obligatoirement être accompagné de l'ensemble des pièces justificatives.

La signature de la demande d'adhésion emporte acceptation du présent Règlement. La signature électronique du bulletin d'adhésion emporte acceptation du présent Règlement.

Les mêmes dispositions s'appliquent à toute modification demandée par l'Adhérent donnant

lieu à l'établissement d'un nouveau contrat. En cas de modification du capital souhaité par l'Adhérent, une nouvelle déclaration de bon état de santé doit être signée.

Toute demande de changement de garantie ne pourra être acceptée par la CCMO qu'après un sociétariat minimum de 12 mois dans la garantie en cours.

Cette modification ne pourra intervenir qu'au 31 décembre de l'année de référence, pour un effet au 1er janvier de l'année civile suivante, date d'échéance du contrat.

Aucun délai de carence n'est appliqué, sous réserve des dispositions prévues à l'article 4, en cas de changement de niveau de garantie.

ARTICLE 4 : DÉLAI DE CARENCE ET REMBOURSEMENT DES COTISATIONS

Les cancers garantis dont le premier diagnostic intervient dans les 90 jours qui suivent la date d'effet de l'adhésion portée sur le certificat d'adhésion ne donnent pas droit au paiement de tout ou partie des capitaux.

Dans cette hypothèse, CCMO Mutuelle reversera à l'Adhérent la totalité des cotisations perçues au titre de la garantie sans pouvoir prétendre au paiement d'un intérêt.

ARTICLE 5 : EXCLUSIONS

Ne peuvent donner droit au versement du capital désigné à l'adhésion :

- Toute tumeur ne répondant pas à la définition des cancers garantis,
- Tout cancer résultant de maladies préexistantes dont l'Adhérent a eu connaissance ou qui ont été diagnostiquées antérieurement à l'entrée en vigueur du contrat ou au cours du délai de carence, ou pour lesquelles l'Adhérent a reçu un traitement ou attend des résultats de laboratoire ou tout autre examen médical,
- Toute tumeur diagnostiquée comme étant une métastase d'un cancer développé dans une autre partie du corps,
- Les suites, conséquences, rechutes et récurrences de cancers dont le diagnostic est antérieur à la date d'effet de l'adhésion.

ARTICLE 6 : DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion est valide pour une durée de douze mois :

- Pour une adhésion au 1^{er} janvier, la première période est comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année N.
- Pour une adhésion en cours d'année, la première période est comprise entre la date d'effet et le 31 décembre de l'année N.

Au terme de cette période initiale, l'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction, par période de 12 mois, à compter du 1^{er} janvier de l'année N+1 jusqu'au 65^{ème} anniversaire de l'Adhérent, sauf dénonciation par l'Adhérent dans les conditions prévues par l'article 8 ci-après.

ARTICLE 7 : FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

L'Adhérent doit signer une déclaration de bon état de santé au moment de l'adhésion.

Toute fausse déclaration entraîne l'application des dispositions des articles 14 et 15 mentionnées au Titre I des dispositions communes du présent Règlement mutualiste.

ARTICLE 8 : CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse de plein droit :

- À 0 h le jour où l'Adhérent atteint son 65^{ème} anniversaire,
- Au premier diagnostic d'un cancer garanti,
- Le lendemain à 0h du jour du décès,
- En cas de non-paiement de la cotisation conformément aux dispositions prévues au présent Règlement,
- À la date d'effet de la radiation du contrat.

ARTICLE 9 : MODALITÉ DE RÈGLEMENT DU CAPITAL

Le capital est versé uniquement dans le cas où l'Adhérent est vivant.

Dès lors que la garantie est acquise, l'Adhérent reçoit la totalité du capital au moment où le diagnostic d'un cancer garanti est reconnu et accepté.

L'Adhérent ne percevra qu'une seule fois le capital assuré, et ce, quel que soit le type de cancer ayant déclenché le versement de la garantie.

ARTICLE 10 : COTISATION

Le montant de la cotisation dépend de deux facteurs :

- L'âge à l'adhésion,
- Le montant du capital souscrit.

Par la suite, la cotisation n'augmente pas en fonction de la classe d'âge.

ARTICLE 11 : TERRITORIALITÉ

A la souscription du contrat, l'Adhérent doit être domicilié en France métropolitaine ou dans les DROM.

Le diagnostic du cancer peut être réalisé dans le monde entier.

Toutefois, en cas de diagnostic du cancer hors France métropolitaine ou DROM, celui-ci devra obligatoirement être confirmé par un nouveau diagnostic en France métropolitaine ou dans les DROM. Lorsque le sinistre survient hors de France métropolitaine ou dans les DROM, le paiement du sinistre ne pourra avoir lieu avant le jour de la première constatation médicale en France métropolitaine ou les DROM. L'Adhérent sera tenu de faire éléction de domicile en France métropolitaine ou les DROM pour les éventuelles expertises et contestations d'ordre médical.

CHAPITRE 5 :

GARANTIE PROTECTO DÉCÈS

3 MONTANTS de capitaux au choix

3 000 € 5 000 € 7 000 €

ARTICLE 1 : OBJET DE LA GARANTIE

L'adhésion au contrat Protecto Décès a pour objet de garantir :

- Le versement d'un capital forfaitaire en cas de décès de l'Adhérent
- Le capital peut être de 3000 €, 5000 € ou 7000 € et est indiqué sur le bulletin d'adhésion et le certificat d'adhésion.

Un Adhérent ne peut souscrire qu'une seule fois la garantie Protecto Décès.

ARTICLE 2 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Peuvent souscrire la garantie Protecto Décès, les personnes remplissant l'ensemble des conditions suivantes :

- Être âgées de 18 ans à 70 ans inclus (l'âge pris en compte est l'âge atteint par différence de millésime c'est-à-dire l'âge calculé par différence entre l'année d'adhésion et l'année de naissance),
- Résider en France métropolitaine ou dans les Départements et Régions D'Outre-Mer (DROM),
- Signer la déclaration de bon état de santé au moment de l'adhésion

Ne peuvent adhérer au présent contrat que les Adhérents qui attestent lors de l'adhésion :

- Ne pas être en arrêt de travail pour raison de santé ou mi-temps thérapeutique,
- Ne pas être atteint d'une maladie prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale au cours des 5 dernières années,
- Ne pas être atteint à leur connaissance d'une maladie grave ou chronique (notamment cancer, troubles cardiaques ou vasculaires, hépatite, insuffisance rénale, diabète, maladie respiratoire, maladie intestinale) nécessitant un traitement médical,
- Ne jamais avoir été hospitalisé en service de neurologie ou de psychiatrie,
- Ne pas avoir de handicap ou infirmité et ne pas bénéficier d'une pension d'invalidité.

ARTICLE 3 : PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à compter de la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. La demande d'adhésion transmise par la CCMO à l'Adhérent est accompagnée d'un mandat de prélèvement SEPA à retourner complété et signé. L'adhésion est valablement enregistrée dès l'encaissement de la première cotisation.

L'adhésion est subordonnée à la signature d'une demande d'adhésion. Ce bulletin doit obligatoirement être accompagné de l'ensemble des pièces justificatives.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation du présent Règlement mutualiste. 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 du présent Règlement.

Les mêmes dispositions s'appliquent à toute modification demandée par l'Adhérent donnant lieu à l'établissement d'un nouveau contrat. En cas de modification du capital souhaité par l'Adhérent, une nouvelle déclaration de bon état de santé doit être signée.

Toute demande de changement de garanties ne pourra être acceptée par la CCMO qu'après une adhésion minimum de 12 mois dans la garantie en cours.

Cette modification ne pourra intervenir qu'au 31 décembre de l'année de référence, pour un effet au 1^{er} janvier de l'année civile suivante, date d'échéance du contrat.

Aucun délai de carence n'est appliqué en cas de changement de niveau de garantie.

ARTICLE 4 : DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion est valide pour une durée de douze mois :

- Pour une adhésion au 1^{er} janvier, la première période est comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année N.
- Pour une adhésion en cours d'année, la première période est comprise entre la date d'effet et le 31 décembre de l'année N.

Au terme de cette période initiale, l'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction, par période de 12 mois, à compter du 1^{er} janvier de l'année N+1 jusqu'au 80^{ème} anniversaire de l'Adhérent sauf dénonciation par l'Adhérent dans les conditions prévues par l'article 3.5 du Titre I du présent Règlement.

ARTICLE 5 : DÉLAI DE CARENCE

La garantie prend effet :

- En cas de décès non accidentel : à l'issue d'un délai de carence de 90 jours qui suit la date d'effet de l'adhésion portée sur le certificat d'adhésion. **Les sinistres intervenant durant cette période de carence ne donnent pas droit au paiement de tout ou partie des capitaux.**
- En cas de décès accidentel : à la date d'effet de l'adhésion portée sur le certificat d'adhésion.

L'accident doit survenir pendant que le contrat est en vigueur. Le décès doit survenir uniquement et directement soit immédiatement, soit dans les 365 jours consécutifs à l'accident ayant entraîné une blessure corporelle accidentelle constatée cliniquement.

ARTICLE 6 : COTISATION

Le montant de la cotisation dépend de deux facteurs :

- L'âge à l'adhésion,
- Le montant du capital souscrit.

A chaque échéance annuelle, soit au 1^{er} janvier de chaque année, le montant de la cotisation évolue en fonction de la classe d'âge de l'Adhérent.

ARTICLE 7 : CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse de plein droit :

- A 0h le jour où l'Adhérent atteint son 80^{ème} anniversaire,
- Le lendemain à 0h du jour du décès,
- En cas de non-paiement de la cotisation conformément aux dispositions prévues au présent Règlement,
- A la date d'effet de radiation du contrat.

ARTICLE 8 : FAUSSE DÉCLARATION

L'Adhérent doit signer une déclaration de bon état de santé au moment de l'adhésion.

Toute fausse déclaration entraîne l'application des dispositions des articles 14 et 15 mentionnées au Titre I des dispositions communes du présent Règlement mutualiste.

ARTICLE 9 : EXCLUSIONS

Ne sont pas couvertes les suites et conséquences de :

- Suicide au cours de la première année qui suit la date d'effet de la garantie ; en cas d'augmentation des garanties, ce délai d'une année est de nouveau appliqué pour la part de capital correspondant à l'augmentation,
- Faits de guerre étrangère et civile,
- Toute participation volontaire à un conflit, une action terroriste, une émeute, une rixe, une agression sauf légitime défense,
- Accident nucléaire,
- Usage de drogues, stupéfiants ou médicaments non prescrits,
- Accident consécutif à une alcoolémie supérieure ou égale à celle fixée par la législation,
- Sports de combat : boxe américaine, boxe française, boxe thaïe,
- Sports aériens : vol à voile, ultra léger motorisé (ULM), aérostat, parapente, deltaplane, navigation aérienne à bord d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité en vigueur et/ou dirigé par un pilote ne possédant pas de brevet ou de licence valable et en cours de validité pour l'appareil, le pilote pouvant être l'assuré lui-même,
- Sports équestres : sauts d'obstacles, polo,
- Sports d'hiver, escalade, alpinisme : bobsleigh, hockey sur glace, ski alpin ou snow-board hors-pistes balisées, spéléologie.

ARTICLE 10 : TERRITORIALITÉ

A la souscription du contrat, l'Adhérent doit être domicilié en France métropolitaine ou dans les DROM.

Le décès est garanti dans le monde entier à condition que la durée du séjour soit inférieure à 12 mois consécutifs. **Le paiement sera toujours effectué en France et en euros.**

ANNEXE I PIÈCES JUSTIFICATIVES

En cas d'événements pouvant faire jouer la garantie, l'Adhérent ou toute autre personne agissant en son nom, doit communiquer au Médecin conseil de la CCMO, 6, avenue du Beauvaisis- PAE du Haut-Villé - CS 50993 - 60014 BEAUVAIS Cedex, sous pli confidentiel, dans un délai d'un mois suivant sa survenance, sauf en cas de force majeure, les documents suivants selon la garantie choisie :

HOSPI PLUS

- 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.
- En cas d'hospitalisation :
 - Une déclaration d'hospitalisation
 - Bulletin d'hospitalisation
 - Justificatif de l'accident.

PROTECTO ACCIDENT/ALÉA

- Une déclaration d'accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident,
- Procès-verbal de gendarmerie, rapport de police ou tout document médical ou officiel,
- 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'Adhérent a séjourné.
 - Pièces justificatives supplémentaires pour les enfants assurés en cas d'hospitalisation : toute pièce justifiant de l'âge de l'enfant et de sa charge fiscale.
- 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.
- En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :
 - Un certificat médical du Médecin traitant de l'Adhérent 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.

PROTECT'ELLE

- Un certificat médical précisant que le cancer n'est pas dû à un événement exclu,
- Le formulaire de demande de prestation dûment complété.

PROTECTO DÉCÈS

- Le formulaire de demande de prestation dûment complété ;
- Un certificat médical précisant que le décès n'est pas dû à un événement exclu ;
- Une attestation sur l'honneur signée par le bénéficiaire précisant que l'Adhérent décédé, dans l'année précédant le décès :
 - N'était pas en arrêt de travail pour raison de santé ou mi-temps thérapeutique,
 - N'était pas atteint d'une maladie prise en charge à 100 % par la Sécurité Sociale,
 - N'était pas atteint, à sa connaissance, d'une maladie chronique nécessitant un traitement médical (notamment cancer, troubles cardiaques ou vasculaires, hépatite, insuffisance rénale, diabète, maladie respiratoire, maladie intestinale),
 - N'était pas hospitalisé en service de neurologie ou de psychiatrie,
 - N'avait pas de handicap ou infirmité,
 - Ne bénéficiait pas d'une pension d'invalidité.
- Les documents justifiants de la qualité de bénéficiaire :
 - Pour le conjoint : le livret de famille de famille complet et à jour avec toutes les mentions marginales,
 - Pour le concubin : une attestation de concubinage délivrée par la Mairie et précisant le début de vie commune jusqu'au jour du décès,
 - Pour le pacsé : une photocopie du pacs.
- Un relevé d'identité bancaire du bénéficiaire ;
- Le jugement de divorce ou de séparation de corps s'il y a lieu ;
- Toute pièce exigée par la législation fiscale en vigueur, au jour du décès. En cas de décès accidentel, il devra également transmettre :
 - La 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).

Les documents doivent être transmis à la Mutuelle en langue française. Tout document écrit dans une autre langue que le français ne sera pas accepté. La Mutuelle se réserve le droit de faire contrôler l'ensemble des pièces justificatives par son Médecin conseil et de réclamer toutes pièces complémentaires jugées nécessaires.

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} juillet 2022 ratifié par l'Assemblée générale du 25 mai 2022.

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité - N° 780508073

Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution [ACPR] 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 9