

## Conditions générales valant notice d'information

### Sommaire

<b>I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES</b>	2	<b>V. LA PRESTATION</b>	4
⊗ Article 1 : Objet	2	⊗ Article 9 : Reconnaissance de l'état de dépendance par l'Assureur	4
⊗ Article 2 : Les intervenants	2	⊗ Article 10 : Conditions de paiement de la prestation	4
<b>II. LA GARANTIE DÉPENDANCE</b>	2	⊗ Article 11 : Revalorisation des prestations en cours de service	5
⊗ Article 3 : Définition de la dépendance	2	⊗ Article 12 : Contrôle de la persistance de l'état de dépendance	5
3.1. Définition des 4 actes de la vie quotidienne	2	<b>VI. VOS DROITS</b>	5
3.2. Grille AGGIR (Groupes Iso-Ressources 1, 2, 3 et 4)	2	⊗ Article 13 : Faculté de renonciation	5
3.3. Les options de garantie	2	⊗ Article 14 : Protection des déclarations	5
3.4. Étendue géographique de la garantie	2	⊗ Article 15 : Fausse déclaration	5
3.5. Les risques exclus	3	⊗ Article 16 : Prescription	5
<b>III. LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT</b>	3	⊗ Article 17 : Réclamations et médiation	6
⊗ Article 4 : Modalités de souscription	3	<b>VII. DISPOSITIONS DIVERSES</b>	6
4.1. Conditions de souscription	3	⊗ Article 18 : La durée du contrat collectif	6
4.2. Formalités médicales	3	⊗ Article 19 : Modification et résiliation du contrat collectif	6
4.3. Prise d'effet de l'adhésion et des garanties	3	19.1. Modification du contrat collectif	6
4.4. Modification du montant de la rente en cours d'adhésion	3	19.2. Résiliation du contrat collectif	6
4.5. Indexation de la garantie	3		
⊗ Article 5 : Cessation de l'adhésion et des garanties	3		
5.1. Mise en réduction du contrat	3		
5.2. Cessation des garanties	4		
5.3. Mise en réduction du contrat	4		
<b>IV. LA COTISATION</b>	4		
⊗ Article 6 : Le montant de la cotisation	4		
⊗ Article 7 : Le paiement de la cotisation	4		
⊗ Article 8 : Le non-paiement de la cotisation	4		

## I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 🔗 Article 1 : Objet

**Dépendance Collectif facultatif AMAE** est un contrat collectif à adhésion facultative relevant des branches 1 (Accidents) et 2 (Maladie) du Code des assurances, souscrit par l'Association Mutualiste des Anciens de l'Emploi (AMAE) au profit de ses membres et de leurs conjoints. Il est régi par le Code des assurances.

**Dépendance Collectif facultatif AMAE** a pour objet de garantir à l'assuré le paiement d'une rente mensuelle viagère, lorsqu'il est reconnu par l'Assureur en état de dépendance (totale, ou totale partielle, selon que vous avez souscrit à l'option 1 ou l'option 2).

### 🔗 Article 2 : Les intervenants

L'AMAE (Association Mutualiste des Anciens de l'Emploi) est le souscripteur du contrat collectif

Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et le décret du 16 août 1943, dont le siège social se situe 71 Boulevard de Brandebourg-94200 IVRY SUR SEINE - SIREN 538 396 110

Vous êtes l'Adhérent, personne physique qui prend la garantie et acquitte les cotisations.

Vous êtes également l'assuré, personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie.

Nous, Mutex, société anonyme, régie par le Code des assurances, dont le siège social se situe 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex, sommes l'organisme assureur.

Notre organisme de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) - 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.

## II. LA GARANTIE DÉPENDANCE

### 🔗 Article 3 : Définition de la dépendance

#### *Dépendance totale*

Est reconnu en état de dépendance totale de type fonctionnel, l'Adhérent dont l'état de santé est consolidé, c'est-à-dire considéré comme ne pouvant plus s'améliorer dans le temps spontanément ou par l'effet d'un traitement, et qui se trouve :

- dans l'impossibilité permanente d'effectuer, sans l'assistance d'une tierce personne, au moins 3 des 4 actes de la vie quotidienne définis ci-après
- ou dans les groupes 1 ou 2 de la grille AGGIR.

En cas de dépendance de type neuropsychiatrique, l'état de santé doit être constaté médicalement par un psychiatre ou par un neurologue à l'aide d'un score inférieur à 15 au test « Mini Mental State Examination » de Folstein.

#### *Dépendance partielle*

Est reconnu en état de dépendance partielle, l'Adhérent dont l'état de santé est consolidé et qui se trouve :

- dans l'impossibilité permanente d'effectuer, sans l'assistance d'une tierce personne, au moins 2 des 4 actes de la vie quotidienne définis ci-après
- ou dans le groupe 3 de la grille AGGIR.

#### 3.1. Définition des 4 actes de la vie quotidienne

**Faire sa toilette** : capacité de satisfaire, de façon spontanée et non incitée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.

**Précision** : une personne qui a besoin d'aide uniquement pour se laver les cheveux ne sera pas reconnue dans l'incapacité de faire sa toilette.

**S'alimenter** : capacité de se servir et de manger de la nourriture préalablement préparée et mise à disposition.

**Précision** : la capacité de s'alimenter implique pouvoir couper ses aliments, se servir à boire, porter les aliments à sa bouche et avaler.

**S'habiller** : capacité de s'habiller et de se déshabiller, avec recours éventuel à des vêtements adaptés.

**Précision** : si vous ne pouvez pas mettre en place votre prothèse seul, il sera considéré que vous ne pouvez pas vous habiller seul.

**Se déplacer** : capacité de se déplacer sur une surface plane, après recours aux équipements adaptés.

**Précision** : si vous pouvez vous déplacer seul à l'aide d'une canne, d'une béquille, d'un fauteuil roulant ou de tout autre équipement adapté, il sera considéré que vous êtes capable de vous déplacer seul.

#### 3.2. Grille AGGIR (Groupes Iso-Ressources 1, 2, 3 et 4)

**GIR 1** - Ce groupe correspond à titre indicatif aux personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent les personnes en fin de vie.

**GIR 2** - Ce groupe comprend à titre indicatif deux groupes de personnes âgées :

- celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;
- celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer (souvent dénommés les « déments déambulants »).

**GIR 3** - Ce groupe correspond à titre indicatif aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement leur capacité à se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. De plus, la majorité d'entre elles n'assure pas seule l'hygiène de l'élimination tant anale qu'urinaire.

**GIR4** - Ce groupe comprend à titre indicatif deux groupes de personnes :

- celles qui n'assument pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement. La grande majorité d'entre elles s'alimente seule ;
- celles qui n'ont pas de problèmes pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas.

#### 3.3. Les options de garantie

Vous choisissez, au moment de l'adhésion, entre les options suivantes :

##### *Option 1*

L'option 1 propose une couverture en cas de dépendance totale (telle que définie à l'article 3) uniquement.

##### *Option 2*

L'option 2 propose une couverture en cas de dépendance totale ou partielle (telle que définie à l'article 3). En cas de dépendance partielle, 75 % de la rente garantie sont versés.

#### 3.4. Étendue géographique de la garantie

La garantie dépendance est acquise en France métropolitaine (et Monaco), DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion), TOM, Pays de l'Union Européenne et Suisse. Dans le reste du monde la garantie dépendance est acquise pour des séjours n'excédant pas trois mois.

La constatation de l'état de dépendance est confirmée par un médecin désigné par l'Assureur après examen du dossier et du rapport médical établi par votre médecin traitant. L'Assureur se réserve le droit si l'étude du dossier médical l'exige, de demander, à titre exceptionnel, des pièces complémentaires ou de vous soumettre à un examen médical auprès d'un médecin qu'il désignera.

L'état de dépendance doit être confirmé en France métropolitaine, Départements et Régions d'Outre-mer (DROM) ou à Monaco, quel que soit le lieu de survenance du sinistre. Si vous êtes non-résident en France métropolitaine, dans les DROM ou à Monaco, les frais de déplacements pour être examiné par un médecin désigné par l'Assureur, ne seront pas pris en charge par ce dernier.

### 3.5. Les risques exclus

Sont exclus de la garantie les risques résultants :

- **du fait intentionnel de l'Adhérent provoquant une dépendance,**
- **directement ou indirectement du fait de guerres civiles ou étrangères,**
- **directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation des noyaux d'atome,**
- **d'actes de terrorisme ou de sabotage, d'émeutes ou mouvements populaires, de rixes (sauf en cas de légitime défense), de crimes et de délits, lorsque l'Adhérent y a pris une part active.**

## III. LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT

### 🔗 Article 4 : Modalités de souscription

#### 4.1. Conditions de souscription

Vous devez remplir et signer un bulletin d'adhésion sur lequel vous déterminez l'option de garantie et le montant de la rente mensuelle dépendance choisis.

Vous devez régler le montant de la première cotisation.

##### Option 1

Pour adhérer à l'option 1 vous devez être âgé au plus de 77 ans, accomplir les formalités médicales ci-dessous et être membre de l'AMAE.

Vous pouvez également demander l'adhésion à l'option 1 en tant que conjoint de membre à condition d'être âgé au plus de 77 ans et que le membre soit toujours adhérent à l'Association au moment de votre adhésion.

##### Option 2

Pour adhérer à l'option 2 vous devez être âgé au plus de 75 ans, accomplir les formalités médicales ci-dessous et être membre de l'AMAE.

Vous pouvez également demander l'adhésion à l'option 2 en tant que conjoint de membre à condition d'être âgé au plus de 75 ans et que le membre soit toujours adhérent à l'Association au moment de votre adhésion.

Votre âge se calcule par différence de millésime entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

Quelle que soit l'option choisie, vous devez résider en France métropolitaine, à Monaco, en Guadeloupe, Guyane, Martinique ou la Réunion.

#### 4.2. Formalités médicales

À l'adhésion vous devez compléter un Questionnaire médical simplifié (QMS).

Si les conditions de santé ne vous permettent pas de remplir le questionnaire simplifié, vous devrez remplir un Questionnaire médical complet (QMC).

Ces deux documents doivent être remplis exclusivement par vous-même.

Après la signature de la demande d'adhésion, vous êtes tenu de déclarer au médecin-conseil de l'Assureur toute modification de votre état de santé survenant entre la date de signature du Questionnaire Médical d'une part et la date d'adhésion d'autre part.

Des renseignements complémentaires pourront vous être demandés par le Médecin conseil de l'Assureur en fonction des déclarations faites sur le Questionnaire médical complet.

Si des renseignements médicaux complémentaires ont été demandés par le médecin conseil de l'Assureur, après examen de ces derniers, votre adhésion peut être :

- soit acceptée, soit refusée,
- soit acceptée avec aménagement de garantie.

La demande d'adhésion, lorsqu'elle est acceptée par l'Assureur, donne lieu à l'établissement d'un certificat d'adhésion qui vous est envoyé.

Sur le certificat d'adhésion figure, notamment, les indications suivantes :

- le montant de rente garantie en cas de dépendance, la cotisation annuelle,
- la date d'effet de l'adhésion.

#### 4.3. Prise d'effet de l'adhésion et des garanties

**Les garanties prennent effet, sans délai de carence, sous réserve du paiement de la première cotisation, le premier jour du mois qui suit l'acceptation de la demande d'adhésion.** Cette date figure au certificat d'adhésion.

En cas de défaut de paiement de la première cotisation, la date de prise d'effet des garanties est reportée à la date effective du paiement de celle-ci.

**L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf résiliation par l'Adhérent, dans les conditions définies à l'article 5.**

**Tout sinistre dont la date de survenance reconnue par l'Assureur est antérieure à la date de prise d'effet des garanties définies ci-dessus ne donne lieu à aucune prestation.**

#### 4.4. Modification du montant de la rente en cours d'adhésion

Vous pouvez en cours d'adhésion demander une augmentation ou une diminution du montant de votre rente garantie. Cette modification donnera lieu à l'émission d'un avenant au certificat d'adhésion et prendra effet à l'échéance de paiement de cotisation suivant la demande.

Si le montant de la rente est augmenté, vous devrez accomplir les formalités administratives et médicales prévues à l'adhésion ; la cotisation applicable à l'augmentation de la rente est déterminée en fonction de l'âge que vous avez atteint au moment de la prise d'effet de la modification, sur la base du tarif en vigueur à cette date.

Dans le cas où la demande est refusée, l'adhésion continue de s'appliquer sur les anciennes bases.

Les garanties ne peuvent être modifiées après la reconnaissance de l'entrée en Dépendance totale ou partielle.

#### 4.5. Indexation de la garantie

Au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, le montant des garanties est revalorisé par référence à l'évolution annuelle de la valeur du point IRCANTEC, dans les limites des disponibilités financières d'un fonds de revalorisation.

Le montant des cotisations est revalorisé dans les mêmes proportions.

### 🔗 Article 5 : Cessation de l'adhésion et des garanties

#### 5.1 Résiliation de l'adhésion

Vous avez la faculté de demander la résiliation de votre adhésion au 31 décembre de chaque année, sous réserve d'une notification adressée à l'Assureur deux mois avant cette date par lettre recommandée avec avis de réception, accompagnée de l'original du certificat d'adhésion et des éventuels avenants y afférant.

Vous avez également la possibilité de demander la résiliation de votre adhésion lors de la révision des cotisations ou garanties, dans les conditions définies à l'article 21.1.

**Si la résiliation de votre adhésion intervient :**

- **avant que cinq années de cotisations aient été réglées à l'Assureur, l'adhésion cesse ses effets, les cotisations restant acquises à l'Assureur,**
- **après que cinq années de cotisations aient été réglées à l'Assureur, vous pouvez bénéficier de la mise en réduction de ces garanties conformément à l'article 5.3 ci-après.**

## 5.2 Cessation des garanties

**Vos garanties cessent leurs effets :**

- en cas de non-paiement de la cotisation (conformément à l'article 8),
- en cas de dénonciation de votre adhésion notifiée par lettre recommandée deux mois avant la date de son échéance,

à la date de votre décès,

en cas de perte de votre qualité d'Adhérent au contrat (ou perte de votre qualité de Membre de l'Association).

## 5.3. Mise en réduction du contrat

Si cinq années de cotisations ont été réglées à l'Assureur au titre de votre adhésion, vous avez la faculté de demander la mise en réduction de votre adhésion.

L'Assureur réduit alors le montant de votre rente et les cotisations d'assurance ne sont plus dues. Le coefficient de réduction de la rente est déterminé en fonction de l'âge atteint au moment de la mise en réduction et du nombre d'années entières cotisées. Il permet de déterminer le nouveau montant de rente garanti à la date de réduction.

Néanmoins, si le montant de la rente réduite était inférieur à 100 € par mois, vous recevrez en cas de dépendance, un capital à la place de la rente.

Vous restez garanti pour la valeur de la rente de base réduite. Ce montant pourra être revalorisé dans la limite du Fonds de revalorisation créé à cet effet.

# IV. LA COTISATION

## Ⓧ Article 6 : Le montant de la cotisation

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction de l'option choisie et du montant de rente garantie ainsi que de votre âge à l'adhésion (calculée en différence de millésimes).

Il peut évoluer au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction de la revalorisation prévue à l'article 4.5 et des résultats du contrat collectif.

## Ⓧ Article 7 : Le paiement de la cotisation

La cotisation est annuelle et payable d'avance selon la périodicité choisie au moment de l'adhésion.

Le paiement de la cotisation cesse à l'échéance suivant la reconnaissance d'un état de dépendance totale. En cas de dépendance partielle et si vous avez choisi l'option 2 vous êtes exonéré de la fraction de cotisation correspondante.

## Ⓧ Article 8 : Le non-paiement de la cotisation

La cotisation doit être payée dans les 10 jours de son échéance. À défaut il vous sera adressé une lettre recommandée de mise en demeure, avec avis de réception, conformément à l'article L 141-3 du Code des assurances. Dans cette lettre, vous serez informé qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi de ce courrier, le défaut de paiement de cette cotisation entraîne, au terme d'un délai de dix jours :

- la mise en réduction de vos garanties si 5 années entières au moins de cotisations ont été réglées ; dans ce cas votre adhésion demeure en vigueur et une valeur de réduction est appliquée au montant de la rente, conformément aux dispositions de l'article 5.3.
- la résiliation de votre adhésion si moins de 5 années entières au moins de cotisations ont été réglées.

# V. LA PRESTATION

## Ⓧ Article 9 : Reconnaissance de l'état de dépendance par l'Assureur

En cas de dépendance, il vous appartient ou à une personne de votre entourage, d'informer l'Assureur et d'apporter les pièces justificatives de votre état de santé.

Le dossier de demande d'ouverture des prestations doit comporter un certificat de votre médecin traitant ou du médecin hospitalier, rédigé en langue française exposant votre état de dépendance, sa date de survenance, et précisant l'origine accidentelle ou pathologique de l'affection, ou des affections.

En retour, un questionnaire d'évaluation de la dépendance à faire remplir par le médecin traitant et une grille d'évaluation utilisée conjointement, vous sont alors adressés par l'Assureur.

Ce questionnaire d'évaluation est rempli par la ou les personnes qui s'occupent effectivement de vous et par votre médecin traitant ou hospitalier. Ce dernier doit, de plus, fournir un dossier médical comportant les comptes rendus d'hospitalisation et le résultat des examens complémentaires effectués.

En cas de dépendance de type neuropsychiatrique, l'état de santé doit être constaté médicalement par un psychiatre ou par un neurologue à l'aide d'un score inférieur à 15 au test « Mini Mental State Examination » de Folstein.

Ce questionnaire d'évaluation ainsi que le dossier médical sont à envoyer au Médecin-Conseil de l'Assureur par vous-même. Ce dernier pourra être amené à vous demander d'éventuels compléments d'information, si les éléments décrivant la dépendance paraissent insuffisants. Le questionnaire d'évaluation établi par votre médecin traitant peut être complété, le cas échéant, par un examen médical.

Un dossier refusé pourra être à nouveau examiné par le Médecin-Conseil de l'Assureur à condition :

- qu'un délai de trois mois minimum se soit écoulé depuis la dernière étude,
- que de nouvelles pièces justificatives actualisées et comportant des éléments nouveaux justifiant de l'aggravation de votre état de santé soient produites.

Dans le cas où vous ou votre représentant légal ainsi que votre médecin traitant seriez en désaccord avec la décision du Médecin-Conseil de l'Assureur, il sera procédé à la désignation d'un médecin expert ayant pour mission de départager les parties. Ce médecin sera choisi d'un commun accord entre le médecin-conseil et votre médecin traitant sur la liste des experts.

À défaut d'entente sur ce choix, l'expert sera désigné par le président du conseil départemental de l'Ordre des Médecins de votre domicile qui statuera à la requête de la partie la plus diligente.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi par l'Assureur restent à la charge de ce dernier ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert. Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à votre égard, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront alors à votre charge.

## Ⓧ Article 10 : Conditions de paiement de la prestation

La reconnaissance par l'Assureur de l'état de dépendance totale (ou partielle si l'option 2 a été souscrite) donne droit à la perception des prestations dont le montant correspond au dernier montant de la rente que vous avez choisi conformément aux dispositions de l'article 4.

Les prestations vous sont directement versées par l'Assureur.

La rente est due à compter de la date de survenance de votre état de dépendance attestée par le médecin traitant et reconnue par l'Assureur.

Aucun nouveau délai de franchise ne sera appliqué lors d'un changement d'état de dépendance, à condition de ne pas transiter par une période de non dépendance.

Si votre état de dépendance partielle, déjà reconnue par l'Assureur, s'aggrave, une nouvelle demande de reconnaissance devra être effectuée, dans les conditions prévues à l'article 9 afin de bénéficier de la rente prévue en cas de dépendance totale. Un délai de trois mois minimum est requis entre la reconnaissance de l'état de dépendance partielle par l'Assureur et une demande de reconnaissance de dépendance totale.

Pendant le service de la rente vous, ou votre représentant légal, êtes tenu d'informer l'Assureur sur l'évolution de votre état de santé.

### 🕒 Article 11 : Revalorisation des prestations en cours de service

Au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, le montant des prestations en cours de service est revalorisé sur décision de l'Assureur, par référence à l'augmentation de la valeur du point IRCANTEC et dans les limites des disponibilités financières d'un fonds de revalorisation.

### 🕒 Article 12 : Contrôle de la persistance de l'état de dépendance

L'Assureur se réserve la faculté de procéder à tout moment au contrôle de la persistance de votre état de dépendance et notamment de le faire examiner par un médecin désigné par ses soins. Il peut en outre demander la communication de tout document qu'il juge nécessaire pour l'appréciation de votre état de santé ; ces documents sont transmis et analysés par le Médecin-Conseil de l'Assureur.

Un justificatif rempli par le médecin traitant et signé conjointement par votre médecin traitant et vous-même ou votre représentant légal, prouvant que vous êtes toujours en vie et en état de dépendance doit être adressé à l'Assureur tous les six mois.

L'Assureur doit être avisé de votre décès dans les 15 jours suivant sa survenance. En cas de déclaration tardive de votre décès, l'Assureur se réserve la possibilité de réclamer le remboursement des prestations indûment versées dans le cadre de la liquidation successorale.

Si vous ne répondez plus aux critères de reconnaissance de la dépendance, la rente est suspendue. Le service de la rente peut reprendre sans délai au jour où l'état de dépendance est à nouveau reconnu.

En cas de refus de votre part de vous soumettre à un contrôle ou de communiquer les documents demandés, le paiement de la rente est suspendu.

Pendant le service de la rente, vous ou votre représentant légal êtes tenu d'informer l'Assureur sur l'évolution de votre état de santé et notamment de l'aviser, dans un délai de 30 jours :

- de la suppression de la prise en charge précédemment accordée par la Sécurité sociale,
- d'un changement d'établissement,
- de votre retour à votre domicile ou à celui d'un proche.

## VI. VOS DROITS

### 🕒 Article 13 : Faculté de renonciation

Vous pouvez renoncer à votre contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter de la date d'émission de votre certificat d'adhésion. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, ou par envoi recommandé datée et signée et envoyée à l'adresse suivante Mutex – 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex.

Elle peut être rédigée en ces termes :

« Je soussigné(e), (nom, prénom), demeurant à (adresse complète), déclare renoncer à mon contrat **Dépendance Collectif facultatif AMAE** n° \_\_\_\_\_ effectuée le \_\_\_\_\_, et demande le remboursement total des sommes versées et ce dans un délai maximum de 30 jours à compter la réception de la présente.  
Date et signature ».

Dans un délai de trente jours à compter de la date de réception de votre lettre recommandée ou du recommandé électronique, nous vous restituerons l'intégralité des sommes versées.

### 🕒 Article 14 : Protection des données à caractère personnel

Mutex et AMAE mettent en œuvre un traitement de données à caractère personnel et de données dites sensibles vous concernant, ainsi que celles de vos éventuels bénéficiaires, pour assurer la

passation, la gestion et l'exécution de votre contrat ainsi que pour la gestion de la relation commerciale. Ces données pourront aussi être utilisées dans le cadre d'opérations de prospection, de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés, de recouvrement, de contentieux, d'élaboration de statistiques, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, d'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce, en application du présent contrat ou de l'intérêt légitime de Mutex.

Les données collectées dans ce formulaire sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements, et sont destinées aux services concernés de Mutex, ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants ou prestataires ou partenaires. Dans ce cadre, Mutex est tenu de nous assurer que vos données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. Les données collectées sont conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales.

En application de la législation en vigueur, vous, et vos éventuels bénéficiaires, disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de vos données, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après votre décès.

Vous, et vos éventuels bénéficiaires, pouvez exercer vos droits par mail à [dpo@mutex.fr](mailto:dpo@mutex.fr) ou par courrier à Délégué à la Protection des Données de Mutex - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex. Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, vous avez la faculté de saisir la CNIL sur [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

Vous êtes informés que si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous disposez du droit de faire opposition au démarchage téléphonique en entrant vos numéros de téléphone fixes et/ou portables sur la liste d'opposition gratuite accessible via le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr). Votre inscription, valable pour une durée de 3 ans, sera effective à compter d'un délai de 30 jours après la confirmation de votre inscription.

Une notice de Protection des données à caractère personnel est consultable sur le site [www.mutex.fr](http://www.mutex.fr).

### 🕒 Article 15 : Fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26 du Code des assurances, l'adhésion au contrat d'assurance est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur le sinistre.

Les cotisations payées demeurent alors acquises à l'Assureur, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. L'Assureur pourra, par ailleurs, engager des poursuites pour la récupération des prestations indûment réglées.

### 🕒 Article 16 : Prescription

**Toutes les actions dérivant des dispositions du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru qu'à partir du jour où l'Assureur en a eu connaissance,
- en cas de réalisation des risques garantis, qu'à partir du jour où les intéressés en ont connaissance, s'ils prouvent qu'ils ont ignoré l'événement jusque-là.

Quand l'action de l'Adhérent/Assuré contre Mutex a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent/Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'Assuré ou par l'Assureur ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre, conformément aux conditions prévues à l'article L.114-2 du Code des assurances. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi

d'une lettre recommandée avec accusé de réception vous étant adressée par l'Assureur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par vous-même à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

### 📌 Article 17 : Réclamations et médiation

#### Réclamation

Pour toute réclamation, vous pouvez vous adresser à l'organisme ayant recueilli votre souscription ou aux services de gestion de Mutex.

Si, après cette intervention, le différend persiste, vous pouvez écrire à Mutex - Service Qualité Relation Adhérent - 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex, en joignant la copie des réponses écrites qui vous ont été faites.

#### Médiation

En cas de litige, MUTEX, met à disposition de ses assurés et de leurs ayants droit la procédure de recours gracieux de la Médiation de l'Assurance.

Cette procédure est accessible gratuitement à tous les assurés et à leurs ayants droit, confrontés à une situation litigieuse avec MUTEX, non résolue après avoir tenté de résoudre le litige directement auprès de Mutex par une réclamation écrite.

La demande présentée au médiateur doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès du professionnel.

Le Médiateur de l'assurance peut être saisi par l'assuré ou son ayant droit en adressant sa demande : à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09 ;

ou par internet : <http://www.mediation-assurance.org>

Le texte complet de la charte de la médiation est accessible sur le site internet : [www.mutex.fr](http://www.mutex.fr)

## VII.DISPOSITIONS DIVERSES

### 📌 Article 18 : La durée du contrat collectif

Le contrat collectif est conclu entre Mutex et l'AMAE jusqu'au 31 décembre suivant sa date d'effet.

Il se renouvelle le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf dénonciation préalable par l'une des parties au contrat par lettre recommandée envoyée au moins 2 mois avant la date d'échéance.

### 📌 Article 19 : Modification et résiliation du contrat collectif

#### 19.1. Modification du contrat collectif

Vos droits et obligations peuvent être modifiés par voie d'avenant conclu entre le souscripteur et l'Assureur. Ces avenants sont adoptés par décision de l'assemblée générale du souscripteur ou de son conseil d'administration sur délégation de l'assemblée générale.

L'Assureur informe par écrit les Adhérents des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au moins avant leur date d'entrée en vigueur en application de l'article L. 141-4 du Code des assurances.

L'Adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications par lettre recommandée adressée à l'Assureur.

#### 19.2. Résiliation du contrat collectif

En cas de résiliation du contrat collectif, les prestations en cours de service ou résultant d'un événement garanti survenu antérieurement à la date de résiliation, continuent d'être versées jusqu'à l'extinction des droits.

Les garanties des adhérents dont l'adhésion est antérieure à la date d'effet de la résiliation restent en vigueur sous réserve de la poursuite du paiement des cotisations correspondantes et des dispositions réglementaires à intervenir.



20034

#### Assureur des garanties : MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros

Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040

Siège social : 140, avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex