ANNEXE

TABLEAU DES GARANTIES (COTISATIONS ET PRESTATIONS)
EN FONCTION DE QUATRE FORMULES EN OPTION

	Adultes		Enfants	
	Cotisation mensuelle par bénéficiaire [1]	Allocation	Cotisation mensuelle par bénéficiaire [1]	Allocation
Formule 1	0,50 €	15 € / jour	0,25 €	7,50 € / jour
Formule 2	1,00 €	30 € / jour	0,50 €	15 € / jour
Formule 3	1,50 €	45 € / jour	0,75 €	22,50 € / jour
Formule 4	2,00 €	60 € / jour	1,00 €	30 € / jour

[1] Tarif en vigueur au 01/01/2018

NYMPHÉA SANTÉ

Mutuelle régie par le Livre II
du Code de la Mutualité
Immatriculée au répertoire
Sirene sous le n°352 003 180

Siège social : 160 rue Henri Champion
72030 LE MANS CEDEX 9

Règlement Mutualiste

« INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT »

MUTEL
/ SIGNES
RCS 419 142 297

160 rue Henri Champion - 72030 LE MANS CEDEX 9
Tél. 02 43 41 62 34 - fax 02 43 41 65 75
Mutuelle Livre II régie par le Code de la Mutualité - RNM 352003180

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT

ARTICLE 1ER : OBJET

Le présent règlement mutualiste a pour objet de définir les engagements réciproques entre la Mutuelle et ses membres participants, en ce qui concerne le régime des prestations et des cotisations de la garantie « indemnités journalières en cas d'hospitalisation consécutive à un accident » qu'elle leur propose à titre individuel.

Il décrit les conditions générales de ce régime tandis que le bulletin d'adhésion à la Mutuelle précise l'identité des personnes garanties et les bénéficiaires des prestations fournies par la Mutuelle, autres que les membres participants eux-mêmes, ainsi que la formule de garantie choisie.

CHAPITRE I : CONDITIONS D'ADHÉSION – CARACTÉRISTIQUES DE LA GARANTIE PROPOSÉE

ARTICLE 2 : PERSONNES GARANTIES - RISQUES COUVERTS

La Mutuelle propose aux membres participants (ci-après dénommés adhérents) et à leurs ayants droit au sens de l'article 7 de ses statuts, répondant aux conditions d'âge précisées aux articles 4 et 6 et moyennant le paiement des cotisations définies à l'article 14 ci-après, le versement d'indemnités journalières en cas d'hospitalisation consécutive à un accident, dans le cadre d'opérations individuelles. Ces prestations et la cotisation correspondante par personne garantie, sont définies dans le tableau annexé au présent règlement.

ARTICLE 3 : INFORMATION PRÉALABLE À L'ADHÉSION

Préalablement à toute adhésion au présent règlement, la Mutuelle doit avoir remis au futur adhérent :

- le bulletin d'adhésion, les statuts et le règlement,
- ou une fiche d'informations qui décrit précisément les droits et obligations réciproques.

Le bulletin d'adhésion mentionne notamment :

- la date d'adhésion,
- les personnes bénéficiaires de la garantie,
- la garantie souscrite,
- la date d'effet de la garantie,
- le montant de la cotisation.

ARTICLE 4 : FORMALITÉS D'ADHÉSION

Le bénéfice de la garantie prévue par le présent règlement est réservé aux membres participants et à leurs ayants droit (définis par l'article 7 des statuts) qui :

- sont âgés de 18 à 75 ans à la date de l'adhésion,
- qui ont choisi de souscrire à l'une des quatre formules de garanties définies en annexe au présent règlement,
- et qui ont acquitté la cotisation correspondante.

A cet effet, les adhérents doivent joindre au bulletin d'adhésion, selon leur situation :

- une attestation d'engagement dans les liens d'un PACS ou une attestation de concubinage,
- un certificat de scolarité pour les enfants à charge,
- un certificat d'apprentissage pour les enfants à charge apprentis,
- une copie du contrat de formation en alternance pour les enfants à charge concernés,
- l'autorisation de prélèvement automatique dûment complétée, d'un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle tout changement de situation (professionnelle ou personnelle), dans le mois qui suit ce changement.

ARTICLE 5 : DÉLAI DE RÉTRACTATION

En cas d'adhésion à distance, l'adhérent dispose d'un délai de renonciation de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à fournir un motif ou à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion, mentionnées sur le bulletin d'adhésion et les informations conformes à l'article L.222-7 du Code de la Consommation.

Pour faciliter l'exercice de ce droit, l'adhérent adresse un courrier au siège de la Mutuelle selon le modèle de texte suivant : *« Je soussigné M..... (Nom, Prénom, Adresse) déclare renoncer à mon adhésion à la formule de garantie n° (numéro de la formule choisie à préciser) du règlement mutualiste « indemnités journalières en cas d'hospitalisation consécutive à un accident » de NYMPHÉA SANTÉ, effectuée le.....à ..... (Lieu de l'adhésion). Fait à .....le..... (signature de l'adhérent) ».*

ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET – DURÉE ET FIN DE LA GARANTIE

La garantie prend effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion.

La garantie est annuelle et renouvelable tacitement au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation selon les modalités prévues aux articles 10 et 11 ci-après.

La garantie cesse :

- en cas de décès du membre participant,
- au jour de la résiliation de l'adhésion,
- en cas de défaut de paiement des cotisations, dans les conditions prévues aux articles 9 et 10 ci-après,
- en tout état de cause, au 31 décembre de l'année des 80 ans pour le membre participant et ses ayants droit autres que les enfants à charge,
- en tout état de cause, au 31 décembre de l'année de leurs 25 ans pour les enfants à charge du membre participant,
- pour tout ayant droit qui ne remplit plus les conditions fixées par l'article 7 des statuts de la Mutuelle (divorce, rupture d'un PACS ou du concubinage, décès du conjoint, du concubin ou du cotitulaire d'un PACS, enfant n'est plus à la charge du membre participant).

En cas de décès du membre participant avant son 80e anniversaire, les ayants droit continuent à bénéficier des garanties jusqu'à la fin du mois au cours duquel est survenu le décès. Pour continuer à bénéficier de la garantie, le conjoint (ou concubin ou partenaire lié par un PACS) survivant doit ensuite adhérer à titre personnel, selon les conditions définies par les statuts de la Mutuelle et le présent règlement.

ARTICLE 7 : CHAMP TERRITORIAL DE LA GARANTIE

La garantie est accordée même lorsque l'accident se produit à l'étranger, sous réserve qu'il survienne dans le cadre d'un déplacement ne dépassant pas 45 jours consécutifs ou 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois.

Toutefois, en cas d'accident entraînant une hospitalisation hors de France métropolitaine, d'un pays membre de l'Union européenne ou de l'OCDE, les prestations ne sont dues que pour les jours d'hospitalisation postérieurs au rapatriement de l'assuré en France métropolitaine à compter du 2e jour d'hospitalisation. Les prestations sont payables exclusivement en euros.

ARTICLE 8 : CHANGEMENT DE FORMULE DE GARANTIE

Le changement de formule de garantie est possible. Il doit être effectué par écrit et prend effet au 1er janvier de l'année suivant la date de la demande, sous réserve du versement de la cotisation correspondante.

ARTICLE 9 : SUSPENSION ET REMISE EN VIGUEUR DES GARANTIES

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle d'en demander le paiement en justice, les garanties offertes peuvent être suspendues trente jours après la mise en demeure adressée au membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension des garanties, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les garanties suspendues, sous réserve des stipulations de l'article 14 ci-après, reprennent leurs effets pour l'avenir, le lendemain - à midi - du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure, les fractions de cotisation venues à échéance pendant la période de suspension ainsi, éventuellement, que les frais de poursuites et de recouvrement.

ARTICLE 10 : RÉSILIATION DES GARANTIES PAR LES MEMBRES PARTICIPANTS

Chaque membre participant peut demander la résiliation de la garantie prévue par le présent règlement, au 1er janvier de chaque année, à la condition d'avoir adressé à cet effet une lettre recommandée avec accusé de réception, au siège de la Mutuelle :

- avant le 31 octobre de l'année précédente,
- ou dans les 20 jours qui ont suivi la réception de l'avis d'échéance de la cotisation annuelle si celui-ci lui est parvenu après le 15 octobre de l'année précédente, selon les modalités prévues par les articles L.221-10 et L.221-10-1 du Code de la Mutualité.

La demande de résiliation ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la date d'anniversaire de l'adhésion. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

ARTICLE 11 : RÉSILIATION DES GARANTIES PAR LA MUTUELLE

La Mutuelle peut résilier les garanties fournies au membre participant, dans les cas suivants :

- en cas de défaut de paiement des cotisations, 40 jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par lettre recommandée avec accusé de réception ;
- en cas de fausse déclaration intentionnelle, d'une part, en cas d'omission d'informations ou d'inexactitude des informations fournies et de mauvaise foi (**articles L.221-14, L.221-15 et L.221-17 du Code de la Mutualité**).

La Mutuelle adresse valablement les mises en demeure et notifie valablement les résiliations au dernier domicile connu du membre participant.

ARTICLE 12 : CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION SUR LES DROITS AUX PRESTATIONS

Le droit aux prestations cesse à la date de prise d'effet de la résiliation, excepté lorsque les conditions d'ouverture du droit à prestations étaient antérieurement réunies.

CHAPITRE II : COTISATIONS

ARTICLE 13 : FIXATION ET RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations sont forfaitaires et annuelles. Elles sont fonction de la formule de garantie souscrite.

S'y ajoutent les diverses taxes auxquelles elles sont susceptibles d'être soumises.

Les cotisations sont révisées annuellement par l'Assemblée Générale de la Mutuelle et sur délégation de cette dernière, par le Conseil d'Administration, en fonction de l'évolution des taxes, de l'évolution générale du risque, des résultats du groupe assuré ou de l'aggravation du risque.

ARTICLE 14 : PAIEMENT DES COTISATIONS

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle affectée à la couverture des prestations et fonction de l'option choisie.

La cotisation est payable par avance, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, selon les modalités précisées sur le bulletin d'adhésion.

Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal. Il peut être effectué par chèque uniquement lorsqu'il porte sur l'intégralité de la cotisation annuelle.

CHAPITRE III : PRESTATIONS

ARTICLE 15 : PRESTATIONS

Les prestations sont exprimées en euros et sont définies selon un montant forfaitaire par jour d'hospitalisation à compter du deuxième jour et pour une durée maximale de 365 jours par accident.

Elles sont fonction de la formule choisie.

Elles sont précisées dans le tableau annexé au présent règlement.

ARTICLE 16 : DÉCHÉANCE – NULLITÉ DES GARANTIES

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la Mutuelle sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

ARTICLE 17 : MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le règlement des prestations est subordonné à une déclaration auprès de la Mutuelle dans un délai de quinze jours suivant le premier jour d'hospitalisation, à l'adresse suivante :

NYMPHÉA SANTÉ
TSA 50002
72030 LE MANS CEDEX 9
Tél : 02 43 41 62 34

Il est également subordonné à la fourniture des justificatifs suivants :

- Tout élément justifiant de l'accident, sa date de survenance et les circonstances précises (lieu, noms des témoins...) la nature des lésions constatées médicalement. Un certificat médical précisant la nature et la durée de l'hospitalisation.
- L'attestation de l'établissement hospitalier ou bulletin d'hospitalisation.
- Toute prolongation d'hospitalisation nécessite un certificat de prolongation qui doit parvenir à la Mutuelle **dans les 15 jours** et préciser qu'il s'agit de la suite du même accident, ainsi que la durée de la prolongation.

À la demande de la Mutuelle, la personne garantie fournira sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'assureur un rapport médical de son médecin traitant.

Au-delà des délais de déclaration indiqués ci-dessus, l'indemnisation des sinistres ne débute qu'à compter du deuxième jour d'hospitalisation.

La Mutuelle se réserve à tout moment la possibilité d'exiger toutes autres pièces justificatives pour que la personne garantie puisse le cas échéant continuer à percevoir les prestations.

Le règlement des prestations est effectué en euros et par virement.

ARTICLE 18 : RISQUES EXCLUS

La garantie est exclue dans les cas suivants :

- **tentatives de suicide,**
- **actes intentionnels ou illégaux de l'assuré ou des bénéficiaires,**
- **vol sur appareil non muni d'un certificat de navigabilité, ou pour lequel le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,**
- **des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournement, prises d'otages, rixe,**
- **l'utilisation en tant que pilote ou passager de moto de plus de 400 cm3,**
- **les 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,**
- **à une convalescence ou un séjour en maison de repos, d'hébergement, de plein air, de convalescence, de retraite, les établissements thermaux et climatiques hospices, cliniques ou hôpitaux psychiatriques, instituts médico-pédagogiques, services de gérontologie, les établissements de cure,**
- **à des traitements à but esthétique, ou de chirurgie plastique, de rajeunissement, d'amaigrissement,**
- **à des sports pratiqués à titre professionnel ou les sports amateurs/ activités suivants : course automobile, courses de bateaux à moteur, courses de motos, ULM, parapente, deltaplane, vol à voile, courses de chevaux, la pêche ou la plongée sous-marine avec équipement autonome, l'escalade (sauf sur un mur), le saut à l'élastique, la spéléologie, le skeleton, le bobsleigh, la luge de compétition, le ski acrobatique ou le saut à ski, la varappe, le canyoning, le rafting, le zorbing, les randonnées en montagne ou l'alpinisme à plus de 3000 mètres d'altitude et la pratique de sport de combat,**
- **de la participation à des compétitions ainsi qu'aux entraînements et/ou essais qui la précédent, courses, matches ou paris (sauf les compétitions auxquelles l'assuré participe en tant qu'amateur et qui ne comportent pas l'utilisation d'une arme ou d'un moteur) ou de toute pratique sportive sous contrat rémunéré,**
- **à un état alcoolique caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur supérieur ou égal à celui prévu par la réglementation en vigueur au jour du sinistre,**
- **à l'usage abusif de produits pharmaceutiques ou de stupéfiants en l'absence ou en cas de non-respect de l'ordonnance médicale.**

ARTICLE 19 : PRESCRIPTION

Les demandes de paiement des prestations sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui en a donné naissance, dans les conditions prévues par l'article L.221-11 du Code de la Mutualité.

Les erreurs relatives au montant des cotisations, lorsqu'elles sont le fait de la Mutuelle et qu'elles sont en faveur ou en défaveur de l'adhérent, peuvent donner lieu à reversement pendant un délai de deux ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance.

Ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle ou l'Union en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

CHAPITRE IV : STIPULATIONS DIVERSES

ARTICLE 20 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, tout adhérent et ayant droit peut obtenir communication et le cas échéant, rectification des informations le concernant. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège de la Mutuelle.

ARTICLE 21 : CONTRÔLE

L'assureur se réserve à tout moment la possibilité de faire exécuter par un médecin expert désigné par lui, tout contrôle de l'assuré pour l'ouverture des prestations ou leur poursuite. Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu si l'assuré refuse de s'y soumettre ou de fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur, sauf cas fortuit ou de force majeure dont l'assuré apporterait la preuve.

ARTICLE 22 : LITIGES

En cas de désaccord de la personne garantie sur les conclusions d'une expertise médicale effectuée par un expert désigné par la Mutuelle, la personne garantie peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix. Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, ils s'adjoignent un tiers expert, les trois experts opérant alors en commun à la majorité des voix. Faute d'entente sur le choix du tiers expert, ce dernier sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de la personne garantie. Chaque partie paie les honoraires de son expert : ceux du tiers expert sont supportés par moitié par chacune des parties. Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport. On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domicile de la personne garantie et reconnus par les Organismes d'Assurance.

ARTICLE 23 : RÉCLAMATIONS

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du présent règlement, les adhérents adressent leurs réclamations à la Mutuelle :

- par courrier à l'adresse suivante :
  NYMPHÉA SANTÉ
  Service des Réclamations - TSA 50002
  72030 LE MANS CEDEX 9
- par téléphone au 02 43 41 62 34
- par fax au 02 43 41 65 75

Il sera accusé réception des réclamations dans un délai maximal de 10 jours et une réponse y sera apportée, par courrier simple ou par courriel, dans un délai de deux mois à compter de la réception de l'ensemble des documents nécessaires à l'examen de la réclamation et qui auront été éventuellement demandés par la Mutuelle.

ARTICLE 24 : MÉDIATION

En cas de désaccord avec la Mutuelle, l'adhérent peut avoir recours au service du médiateur de la FNMF et dont les coordonnées sont les suivantes :

Monsieur le Médiateur
de la Mutualité Française
FNMF - 255, rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15

Mediation@mutualite.fr
https://www.mediateur-mutualite.fr

ARTICLE 25 : CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dont le siège est 61 rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

LEXIQUE

Membre participant :
La (ou les) personne (s) physique(s), adhérant à la Mutuelle et ayant souscrit la garantie « indemnités journalières en cas d'hospitalisation consécutive à un accident », âgée de moins de 75 ans au moment de l'adhésion.

Ayants droit :
Les bénéficiaires des prestations de la Mutuelle, autres que le membre participant, désignés dans le bulletin d'adhésion (conjoint, concubin, enfants...), définis à l'article 7 des statuts et âgés de 18 à 75 au plus au moment de l'adhésion.

Personne garantie (ou assurée) :
Le membre participant et ses ayants droit qui bénéficient des prestations du présent règlement, qui sont, au maximum, dans l'année de leur 80e anniversaire et, s'agissant des enfants à charge garantis, qui sont au maximum dans l'année de leur 25e anniversaire

Domicile :
Lieu de résidence ou adresse du membre participant précisé dans le bulletin d'adhésion.

Accident :
Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre participant ou de ses ayants droit provenant exclusivement d'un événement extérieur, imprévu et soudain.

Hospitalisation :
Séjour de plus de 24 heures, du membre participant ou de l'ayant droit garanti, prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital, publics ou privés, dès lors que ce séjour a pour objet un traitement médical ou chirurgical consécutif à un accident.
Ne sont pas considérées comme des hospitalisations au sens du présent règlement, les hospitalisations de jour, à domicile, en gérontologie, en gériatrie, non prises en charge par la Sécurité Sociale, en établissements thermaux, d'hydrothérapie, de thalassothérapie, de repos, de convalescence, en maison de santé ou de rééducation, de psychothérapie, en établissements psychiatriques ou en maison de retraite ou hospice, ou encore les séjours en établissements médico-sociaux.