• 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 20 : MÉDIATION

Les réclamations sont adressées au siège social de la Mutuelle. Néanmoins, si un désaccord subsiste, le membre participant peut avoir recours au service du médiateur de la FNMF, 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 21

Le présent contrat est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) dont le siège est 61, rue Taitbout – 75009 Paris Cedex 9

LEXIQUE

Organisme assureur ou Mutuelle : la Mutuelle Mutuali Santé, agréée pour réaliser des opérations d'assurance relevant des branches 1-Accidents et 2-Maladie

Membre participant : personne physique définie à l'article 6 des statuts de la mutuelle, qui a adhéré au présent règlement et qui du fait de celui-ci et de la signature d'un bulletin d'adhésion, devient également membre participant de la Mutuelle.

Bulletin d'adhésion : document rempli et signé par le membre participant. Il précise le nombre et l'identité des ayants droit et l'option de garanties choisie.

Ayant droit (du membre participant) : le conjoint ou concubin du membre participant, partenaire lié par un PACS avec le membre participant, les enfants à charge du membre participant, définis à l'article 7 des statuts de la Mutuelle et répondant aux conditions d'âge limite prévues à l'article 2 du présent règlement

Personne garantie (ou assurée) : membre participant ou ayant droit sur la tête duquel la garantie est souscrite et mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Garantie : elle correspond à l'engagement de la Mutuelle de verser un capital en cas décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie, consécutifs à un accident du membre participant ou de l'un de ses ayants droit, dans les conditions définies dans les quatre formules alternatives annexées au présent règlement.

Prestation : correspond à l'exécution de la garantie par la Mutuelle, c'est-à-dire au versement du capital convenu, selon l'option choisie.

Bénéficiaire : est considérée comme bénéficiaire des garanties prévues par le présent règlement la personne qui recevra le capital garanti en cas de réalisation du risque, c'est-à-dire du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie de la personne assurée.

Risque : événement aléatoire (ici un accident) dont la réalisation est indépendante de la volonté du membre participant ou du bénéficiaire.

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Accident de la circulation : accident survenant sur un réseau de circulation publique entre un engin terrestre roulant à moteur (voiture, moto, camion ...) ainsi que ses remorques ou semi-remorques, à l'exception des chemins de fer et des tramways circulant sur des voies qui leurs sont propres, et tout autre chose ou personne, et qui engendre des dégâts matériels et/ou des blessures humaines.

Sinistre : correspond à la réalisation du risque (décès ou perte totale et irréversible d'autonomie).

Décès accidentel : décès survenant en conséquence d'un accident dans les douze mois suivant la date à laquelle celui-ci est survenu.

Décès par accident de la circulation : décès survenant en conséquence directe d'un accident de la circulation dans les douze mois suivant la date à laquelle celui-ci est intervenu.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) : la personne garantie se trouve, à la suite d'un accident, médicalement dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque lui procurant gain ou profit et dont l'état oblige, en outre, à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (on parle également d'invalidité totale et permanente ou d' « Invalidité 3e catégorie »).

ANNEXE

TABLEAU DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS SELON LES FORMULES CHOISIES 1 À 4

	Adultes		Enfants	
	Cotisation mensuelle par bénéficiaire [1]	Capital versé	Cotisation mensuelle par bénéficiaire [1]	Capital versé
Formule 1	1,75 €	15 000 €	0,88 €	7 500 €
Formule 2	3,50 €	30 000 €	1,75 €	15 000 €
Formule 3	5,25 €	45 000 €	2,63 €	22 500 €
Formule 4	7,00 €	60 000 €	3,50 €	30 000 €

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

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

NYMPHÉA SANTÉ

AUGURAL / STRATEO RCS 451 342 257

NYMPHÉA SANTÉ

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

« CAPITAL DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) CONSÉCUTIFS À UN ACCIDENT »

CAPITAL DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) CONSÉCUTIFS À UN ACCIDENT

ARTICLE 1ER : OBJET

Le présent règlement mutualiste détermine les conditions dans lesquelles la Mutuelle garantit le versement d'un capital forfaitaire en cas de décès ou en cas d'invalidité totale et permanente (PTIA) d'un membre participant ou de l'un de ses ayants droit répondant aux conditions d'âge définies à l'article 2 ci-après. Le montant du capital est fonction de la garantie choisie. Quatre options sont proposées et sont détaillées en annexe.

ARTICLE 2 : PERSONNES GARANTIES

Les membres participants de la Mutuelle peuvent adhérer à la garantie prévue par le présent règlement, pour eux-mêmes et/ou leurs ayants droit définis à l'article 7 des statuts de la Mutuelle, sous certaines conditions d'âge.

La limite d'âge pour adhérer à la garantie prévue au présent règlement est de 75 ans pour le membre participant et les ayants droit autres que les enfants à charge, lesquels doivent être âgés de plus de douze ans.

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 présent règlement,
- ou une fiche d'information qui décrit précisément les droits et obligations réciproques.

Le bulletin d'adhésion mentionne notamment :

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

ARTICLE 4 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour adhérer à la garantie prévue par le présent règlement, le membre participant doit préciser ce choix en cochant l'option correspondante sur son bulletin d'adhésion, en précisant l'identité de la (des) personne(s) garantie(s) et du (ou des) bénéficiaire(s) de la garantie en cas de décès.

A cet effet, le membre participant doit joindre au bulletin d'adhésion, selon sa 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.

Outre ces justificatifs, le bulletin d'adhésion doit être accompagné de l'autorisation de prélèvement automatique dûment complétée d'un relevé d'identité bancaire.

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

ARTICLE 5 : POSSIBILITÉ DE RÉTRACTATION

La personne garantie (membre participant ou ayant droit) 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.

Pour faciliter l'exercice de ce droit, l'adhérent adresse un courrier au siège de NYMPHÉA SANTÉ selon le modèle de texte suivant :

« Je soussigné M..... *(Nom, Prénom, Adresse) déclare renoncer à mon adhésion au règlement mutualiste « Garantie Capital Décès – PTIA consécutifs à un accident » de la mutuelle NYMPHÉA SANTÉ, effectuée le.....à ..... (lieu de l'adhésion). Fait à .....le..... (signature de l'adhérent)* ».

ARTICLE 6 : DATE D'EFFET - DURÉE ET FIN DE LA GARANTIE

La garantie proposée est forfaitaire et annuelle.

Elle est renouvelable au 1er janvier de chaque année, pour une durée d'un an.

La garantie prend effet :

- à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion,
- en cas de renouvellement de la garantie, au 1er janvier de l'année où ce renouvellement prend effet.

La garantie prend fin :

- le 31 décembre de chaque année, sauf renouvellement tacite,
- le 31 décembre suivant le jour du décès du membre participant,
- de plein droit, pour chaque personne garantie, le premier jour suivant son décès consécutif à un accident ou la constatation de son invalidité permanente et totale (PTIA) consécutive à un accident ;
- en cas de résiliation de la garantie pour défaut de paiement des cotisations, dans les conditions prévues par l'article 8 ci-après ;
- en tout état de cause, pour chaque membre participant ou ayant droit autre que les enfants à charge, le 31 décembre de l'année de son 80e anniversaire pour la garantie décès accidentel et le 31 décembre de l'année de son 65e anniversaire pour la garantie PTIA ;
- en tout état de cause, pour les enfants à charge du membre participant de plus de douze ans, le 31 décembre de l'année de leur 25e anniversaire.

ARTICLE 7 : MODIFICATION DES GARANTIES

Le membre participant peut changer, à tout moment, de formule de garantie. Celle-ci doit faire l'objet d'une demande écrite qui ne prendra effet que le 1er janvier de l'année suivante, sous réserve du paiement de la garantie correspondante.

ARTICLE 8 : RÉSILIATION DES GARANTIES

A l'initiative du membre participant

La résiliation de la garantie, à l'initiative du membre participant, doit être présentée par lui par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au siège de la Mutuelle :

- avant le 31 octobre de l'année précédente,
- ou dans les 20 jours qui suivent 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 résiliation prend effet au 1er janvier suivant.

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.

A l'initiative de 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 ce, 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 9 : BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE

En cas de décès de la personne assurée, les bénéficiaires des capitaux versés sont la (les) personne(s) bénéficiaire(s) désignée(s), sur le bulletin d'adhésion. A défaut de désignation expresse, ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, le capital est attribué selon l'ordre de priorité ci-après :

1°) le conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou le concubin ou le partenaire lié par un PACS,
2°) à défaut, les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à parts égales entre eux,
3°) à défaut, les ascendants du premier degré à parts égales entre eux,
4°) à défaut, les héritiers en proportion de leurs parts héréditaires.

Lorsque la Mutuelle n'aura 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 elle.

En cas d'invalidité totale et permanente (PTIA) de la personne garantie par le présent contrat, le capital garanti lui est versé par anticipation, sous réserve des exclusions définies à l'article 11 ci-après. Le versement anticipé du capital libère définitivement la mutuelle à l'égard de la personne garantie devenue invalide.

ARTICLE 10 – COTISATIONS

La cotisation est fixée annuellement par personne garantie, c'est-à-dire par membre participant et par ayant droit sur la tête desquels la garantie est souscrite.

Elle est forfaitaire et fonction de la formule de garanties souscrite.

Elle est précisée dans le tableau annexé au présent règlement.

Elle est revue annuellement.

À ces cotisations s'ajoutent les taxes éventuellement prévues par la réglementation en vigueur.

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.

ARTICLE 11 : RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie, les décès résultant :

- **du suicide de l'assuré, au cours de la première année de l'adhésion,**
- **du meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne de l'assuré(e) dès lors que ce bénéficiaire a été condamné.**

Sont également exclus de la garantie les décès et les invalidités permanentes et totales résultant :

- **des faits de guerre sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir dans ce domaine,**
- **d'émeutes, d'insurrections et leurs conséquences dès lors que l'assuré y a pris une part active,**
- **de vols sur appareils munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,**
- **de compétitions, démonstrations acrobatiques, records, vol d'essai, de la pratique du deltaplane, de vols sur ailes volantes ou ULM,**
- **de l'éthylisme, de l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrites médicalement.**

ARTICLE 12 : PRESTATIONS VERSÉES

Le capital alloué en cas de décès ou d'invalidité totale et permanente (PTIA) de la personne garantie, est forfaitaire et varie en fonction de la formule de garantie choisie par le membre participant.

Il est précisé, par formule, dans le tableau figurant en annexe.

ARTICLE 13 : LIQUIDATION DES PRESTATIONS

Le versement du capital est effectué par la Mutuelle par virement ou chèque bancaire libellé au nom du (ou des) bénéficiaire(s), après réception des pièces énumérées aux articles 14 et 15 ci-après.

ARTICLE 14 : PIÈCES À FOURNIR POUR OBTENIR LE PAIEMENT DU CAPITAL DÉCÈS

Pour obtenir le paiement du capital, le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) doi(ven)t fournir au siège de la Mutuelle :

- une demande de versement,
- le bulletin de décès et la justification de sa (leur) qualité de bénéficiaire(s).

La cause du décès ne doit pas entrer dans les cas d'exclusion définis par l'article 11 ci-dessus.

ARTICLE 15 : PIÈCES À FOURNIR EN CAS D'INVALIDITÉ (PTIA)

Les personnes garanties devenues invalides et désirant bénéficier du versement anticipé du capital décès prévu par le présent règlement, doivent adresser une demande à cet effet à la Mutuelle, accompagnée d'un certificat médical attestant qu'elles ont une perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).

Sont concernées les personnes garanties qui, à la suite d'un accident, se trouvent médicalement dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque leur procurant gain et profit et si leur état les oblige, en outre, à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

En tant que de besoin, la Mutuelle fait subir à la personne concernée un examen médical approfondi par son propre médecin contrôleur. Les honoraires correspondants sont à la charge de la Mutuelle.

Compte tenu de l'avis formulé par son médecin-conseil et, le cas échéant, du résultat d'une expertise effectuée par le médecin qu'elle a désigné et dont elle prend en charge les frais, la Mutuelle statue sur la demande présentée, puis, notifie sa décision au requérant.

En cas de contestation portant sur le taux d'invalidité, celui-ci est apprécié en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil de la Mutuelle et le médecin traitant et dont les honoraires et frais de nomination sont à la charge de la Mutuelle, sauf dans le cas où le médecin arbitre confirme la décision de la Mutuelle.

ARTICLE 16 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations qui sont recueillies pour la réalisation et l'exécution des garanties ainsi que pour toute relation avec la Mutuelle, ne pourront être communiquées qu'aux personnes désignées pour l'exécution des opérations susmentionnées.

L'adhérent peut accéder aux informations le concernant ou procéder à d'éventuelles rectifications en s'adressant par écrit au siège de la Mutuelle.

ARTICLE 17 : PRESCRIPTION DU DROIT AUX PRESTATIONS

Les demandes de paiement des prestations prévues par le présent règlement sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui leur a donné naissance, dans les conditions prévues par l'article L.221-11 du Code de la Mutualité. Toutefois, ce délai est porté à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant.

ARTICLE 18 : MODIFICATION DU RÈGLEMENT

Toute modification apportée au présent règlement est notifiée au membre participant avant d'entrer en vigueur.

ARTICLE 19 : 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