

PEINTRE - ARTISTE, PHOTOGRAPHE, PLONGEUR, POMPIER BÉNÉVOLE, POMPIER PROFESSIONNEL, POSEUR D’ANTENNE TV, PROFESSEUR D’ÉDUCATION PHYSIQUE, PROFESSEUR DE DANSE, PROFESSEUR DE TENNIS, SCAPHANDRIER, SPÉLÉOLOGUE, SPORTIF PROFESSIONNEL.

B - INCAPACITE TEMPORAIRE ET TOTALE DE TRAVAIL

L’incapacité temporaire totale de travail correspond à l’incapacité physique totale de travailler, constatée avant le 65ème anniversaire de l’Assuré par une autorité médicale compétente et ouvrant droit aux prestations en espèces de la Sécurité Sociale pour les salariés et aux prestations d’un éventuel régime de base pour les travailleurs non salariés. L’Assuré qui, en cas d’Incapacité Temporaire et Totale de Travail, bénéficie des prestations en espèces de la Sécurité Sociale ou de son régime de base avant son 65ème anniversaire, reçoit au-delà d’une période de franchise fixée au Certificat d’adhésion, une indemnité journalière, acquise jour par jour **et payable par quinzaine à terme échu.** L’indemnité journalière est fixée au Certificat d’adhésion selon l’option choisie par l’Adhèrent, étant expressément précisé que le choix de l’option d’indemnité journalière est conditionné par celui de l’option du capital décès.

La franchise applicable est choisie par l’Adhèrent parmi les deux options suivantes :

- Franchise 30 jours :** versement de l’indemnité journalière après un arrêt continu de travail de plus de 30 jours pour cause de maladie, délai ramené à 3 jours en cas d’arrêt pour cause d’accident ou d’hospitalisation initiale de plus de trois nuits.
- Franchise 8 jours :** versement de l’indemnité journalière après un arrêt continu de travail de plus de 8 jours pour cause de maladie ou d’accident, délai ramené à 3 jours en cas d’arrêt pour cause d’hospitalisation initiale de plus de trois nuits.

Article 27 : DUREE DE VERSEMENT DE L’INDEMNITE JOURNALIERE

L’indemnisation ne débute qu’à l’issue du délai de franchise fixée aux conditions particulières, délai décompté à partir de la date initiale de l’arrêt de travail sous réserve de sa déclaration dans les délais contractuels.A défaut, le délai de franchise est décompté à compter du jour de réception par la Mutuelle de la déclaration de sinistre.

Cette indemnité n’est due qu’aussi longtemps que l’Assuré bénéficie des indemnités de la Sécurité Sociale ou d’un éventuel régime de base, **dans la limite de 365 jours.** Le service de l’indemnité journalière prend fin à l’issue de cette période de 365 jours ainsi, le cas échéant, qu’à la date de prise d’effet antérieure de la notification d’attribution d’une rente d’invalidité permanente ou de liquidation de la pension d’assurance vieillesse de la Sécurité Sociale, et au plus tard au 1er jour du trimestre civil suivant le 65^{ème} anniversaire de l’Assuré.

Article 28 : DECLARATION

Lorsqu’un Assuré cesse son travail à la suite de maladie ou d’accident entraînant le paiement de prestations en espèces par la Sécurité Sociale ou son éventuel régime de base, il doit effectuer une déclaration à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception (ou tout autre moyen lui donnant date certaine) **avant la fin de la période de franchise suivant la date de l’arrêt de travail.**

SI LA DECLARATION N’A PAS ETE EFFECTUEE DANS LES DELAIS MENTIONNES CI-DESSUS, L’ARRET DE TRAVAIL EST CONSIDERE POUR L’APPLICATION DE LA FRANCHISE, COMME DEBUTANT A LA DATE DE RECEPTION DE LA DECLARATION AU SIEGE SOCIAL DE LA MUTUELLE (OU DU MANDATAIRE DESIGNE PAR LUI A CET EFFET).

Article 29 : DOCUMENT A ENVOYER A LA MUTUELLE

L’Adhèrent doit adresser à la Mutuelle les pièces justificatives suivantes :

- les certificats médicaux précisant la date de l’arrêt de travail et les prolongations éventuelles, la cause, la nature et la durée prévisible de l’incapacité ;
- les originaux des bordereaux de versements des indemnités journalières de la Sécurité Sociale ou du régime de base concerné ;
- un justificatif de l’exercice de son activité professionnelle rémunérée pour la période trimestrielle précédant son arrêt de travail.

Tout Assuré salarié qui, au jour de son arrêt de travail, ne justifiait pas exercer une activité professionnelle rémunérée continue au cours des deux derniers mois, ne bénéficie du service de l’indemnité journalière prévue contractuellement qu’en cas d’arrêt de travail pour cause d’accident ou d’hospitalisation pour cause accidentelle.

Article 30 : PRESTATIONS

En l’absence de toute contestation, les indemnités journalières sont payables par quinzaine à terme échu, à réception de toutes les pièces justificatives.

Article 31 : REPRISE DE TRAVAIL A TEMPS PARTIEL - RECHUTE

En cas de reprise du travail à temps partiel, et à condition que le service des indemnités de la Sécurité Sociale ou du régime de base éventuel (pour les travailleurs non salariés) soit maintenu, les indemnités journalières servies par la Mutuelle sont réduites de moitié.
En cas de rechute dans les deux mois suivant la reprise d’activité, la Mutuelle n’applique pas à nouveau le délai de franchise prévu, dans la mesure où il s’agit de la même affection et où l’Assuré peut en apporter la preuve.

Article 32 : CONTROLE

L’Assuré doit accepter toute expertise ou tout examen que le Médecin Conseil de la Mutuelle juge nécessaire. Il doit également communiquer copie de toutes les pièces médicales en sa possession. **IL EST EXPRESSEMENT CONVENU QUE, DANS L’HYPOTHESE OU, SAUF CAS DE FORCE MAJEURE, L’ASSURE S’OPPOSERAIT A UN EXAMEN MEDICAL DEMANDE PAR LA MUTUELLE, CELLE-CI REFUSERA TOUTE PRISE EN CHARGE OU CESSERA IMMEDIATEMENT LE SERVICE DE SES PRESTATIONS, LEQUEL SERA EN CONSEQUENCE SUSPENDU.**
L’EMPLOI DE DOCUMENTS OU LA PRODUCTION DE RENSEIGNEMENTS INEXACTS AYANT POUR BUT OU POUR EFFET D’INDUIRE LA MUTUELLE EN ERREUR SUR LES CIRCONSTANCES OU LES CONSÉQUENCES DE L’ACCIDENT OU DE LA MALADIE ENTRAÎNE LA PERTE DE TOUT DROIT À L’ASSURANCE.

Article 33 : MAINTIEN DES PRESTATIONS

En cas de résiliation de la garantie, les indemnités journalières continuent d’être versées si la constatation médicale de l’incapacité temporaire a eu lieu avant la date de la résiliation et sous réserve du respect des règles tenant aux délais de déclaration du sinistre visées ci-dessus. Le montant de l’indemnité journalière ainsi maintenu est celui atteint au jour de la résiliation.

Article 34 : EXCLUSIONS

LA GARANTIE INCAPACITE TOTALE TEMPORAIRE EST EXCLUE DANS LES CAS SUIVANTS :

- LA NEGLIGENCE, LE DEFAUT DE SOINS OU L’USAGE DE SOINS EMPIRIQUES SANS CONTROLE MEDICAL, SAUF CAS DE FORCE MAJEURE ;
- LES ARRETS DE TRAVAIL CONSECUTIFS A DES BLESSURES OU DES LESIONS PROVENANT DE COURSES DE VITESSE, MATCHS OU PARIS, Y COMPRIS LEUR ENTRAINEMENT PREPARATOIRE ET LEURS ESSAIS,
- LES ARRETS DE TRAVAIL CONSECUTIFS A LA PRATIQUE D’UN SPORT PROFESSIONNEL AINSI QU’A LA PRATIQUE DES SPORTS SUIVANTS A TITRE AMATEUR : PARACHUTISME A OUVERTURE DECLENCHEE APRES CHUTE LIBRE, VOL A VOILE, DELTAPLANE, PARAPENTE, AILE VOLANTE ET TOUTES LES ACTIVITES ASSIMILABLES A CELLES-CI, SKELETON, BOBSLEIGH, BOXE, CATCH, AINSI QUE TOUT AUTRE SPORT NECESSITANT L’USAGE D’UN VEHICULE A MOTEUR.
- LES CONSÉQUENCES, SUITES D’ACCIDENT DE LA NAVIGATION AÉRIENNE, SAUF SI L’ASSURÉ SE TROUVE À BORD D’UN APPAREIL MUNI D’UN CERTIFICAT VALABLE DE NAVIGABILITÉ ET CONDUIT PAR UN PILOTE POSSÉDANT UN BREVET OU UNE LICENCE NON PÉRIMÉE, LE PILOTE POUVANT ÊTRE L’ASSURÉ LUI-MÊME.
- LES DEPRESSIONS NERVEUSES, TROUBLES NEURO-PSYCHIQUES, MALADIES PSYCHIATRIQUES, PSYCHOSES DEPRESSIVES ET AUTRES MALADIES MENTALES,
- LES SEJOURS ET HOSPITALISATIONS DANS LES MAISONS DE RETRAITE ET/OU DE REPOS, AINSI QUE LES CURES THERMALES,
- LES TRAITEMENTS ESTHETIQUES ET HOSPITALISATIONS QUI LEUR SONT LIÉES.
- LA GROSSESSE PATHOLOGIQUE DE L’ASSUREE N’EST COUVERTE QU’A L’ISSUE D’UN DELAI DE CARENCE DE 12 MOIS A COMPTER DE LA PRISE D’EFFET DE SON ADHESION.
- les affections d’origine dorsale ou cervicale, leurs suites et conséquences sauf celles d’origine traumatique a condition que celles-ci soient objectivables par examen de scanner ou RADIOLOGIQUE.

En aucun cas, le service de prestations effectué par la Mutuelle, même à plusieurs reprises, ne saurait constituer une renonciation tacite à l’une des restrictions ou exclusions de garanties prévues aux présentes Conditions Générales.

Article 35 : MODIFICATIONS DE LA REGLEMENTATION

Les conditions des garanties édictées au présent contrat sont définies en fonction de la législation française en vigueur à la date d’effet du contrat. En cas de modification de cette législation de nature à remettre en cause, totalement ou partiellement, la portée des engagements réciproques des parties, celles-ci se réservent le droit de revoir ces conditions.

Fait à , Le
<i>“Je reconnais avoir reçu, en double exemplaire, et pris connaissance des présentes Conditions Générales relatives aux contrats “ Passerelle ” et “ Phénix ” et en accepter les obligations.” (manuscrit)</i>
<i>Signature :</i>

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le n° SBEN 776950537 et affilié à la Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles (FNIM), Décembre 2014.

NOTICE D’INFORMATION

Conditions générales des contrats “Passerelle” et “Phénix”

MUTUELLE DU REMPART

Association loi 1901 à but non lucratif, immatriculée au Registre National des Associations sous le n° 776950537, domiciliée au 9 rue du Rempart St-Etienne, 31000 TOULOUSE.

Contrat collectif à adhésion(s) individuelle(s) facultative(s) souscrit par l’Association “les amis du rempart ” sous le numéro 1300 87 08

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 : NATURE JURIDIQUE ET OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat N° **1300 87 08**, co-assuré par la **MUTUELLE DU REMPART**, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, désignée comme apériteur et **MICOM PREICOM**, Mutuelle régie par le code de la Mutualité, est un contrat collectif à adhésions facultatives au sens de l’article 3 de la loi n° 89-1009 du 31.12.89, souscrit par l’Association “les amis du rempart” au bénéfice de l’ensemble de ses membres adhérents personnes physiques dénommés “les Adhérents” dès lors qu’ils exercent une activité professionnelle rémunérée. Ce contrat d’assurance a pour objet de garantir aux ADHERENTS ASSURÉS les prestations stipulées aux Certificats d’adhésion valant Conditions particulières, telles que choisies par l’Adhèrent parmi les options proposées au présent contrat. Les garanties proposées aux Adhérents sont les suivantes :

- Versement d’un capital forfaitaire en cas de perte totale et irréversible d’autonomie ;
- Versement d’indemnités journalières forfaitaires en cas d’arrêt de travail pour cause de maladie, d’accident ou d’hospitalisation (option facultative).

Les garanties peuvent être souscrites selon les modalités suivantes :

- garantie décès obligatoire ; **dénommée alors contrat « Phénix »**
- garantie décès obligatoire + option indemnités journalières facultative, **dénotmé contrat « Passerelle »**

En aucun cas, l’option indemnités journalières ne peut être assurée seule. **LES GARANTIES EN VIGUEUR EFFECTIVEMENT SOUSCRITES PAR L’ADHERENT SONT CELLES MENTIONNEES SUR LE CERTIFICAT D’ADHESION VALANT CONDITIONS PARTICULIERES.** La signature du certificat d’adhésion par l’adhérent emporte adhésion de celui-ci aux stipulations des conditions générales.

Article 2 : DEFINITIONS

CONTRACTANT
L’Association “les amis du rempart”, sise 9 rue du Rempart St-Etienne, 31000 TOULOUSE, qui souscrit le contrat.

ADHERENT

Toute personne physique âgée d’au moins 18 ans et d’au plus 60 ans à la date d’adhésion, membre de l’Association exerçant une activité professionnelle rémunérée et qui est affiliée au présent contrat dans les conditions prévues ci-après.

ASSURE

Personne physique, admise à l’assurance, sur la tête de laquelle repose le risque. L’Assuré est aussi l’Adhèrent.

ASSUREURS

- La MUTUELLE DU REMPART**, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, enregistrée au Registre National des Mutuelles sous le N° RM 776950537 dont le siège social est sis : 4-6 boulevard de Strasbourg, BP 7161, 31072 TOULOUSE CEDEX 7.
- MICOM PREICOM** Mutuelle régie par le code de la Mutualité Enregistrée au Répertoire Nationale des Mutuelles sous le N° RM 379655541, dont le siège social est sis : 24, boulevard de Courcelles, 75017 Paris.

EFFECTIF ASSURABLE

L’adhésion au contrat est ouverte à toute personne membre de l’Association dès lors qu’elle exerce une activité professionnelle rémunérée, qu’elle satisfait aux conditions visées aux Conditions Générales et sous réserve des mentions et limites stipulées sur le Certificat d’adhésion valant Conditions Particulières propre à chaque adhésion après sélection médicale le cas échéant.

AGE

L’âge de l’Assuré est calculé chaque année par différence de millésime, calculé au 31 décembre de l’année précédente au jour de l’adhésion et au 1er janvier de l’exercice pour le contrat en cours.

COTISATION

Versement dû par l’Adhèrent(e) Assuré(e) correspondant à l’option choisie par ce dernier, en fonction du tarif applicable par catégorie socioprofessionnelle et par tranches d’âge selon l’âge de l’Assuré apprécié lors de son adhésion puis au 1^{er} janvier de chaque année civile.

PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D’AUTONOMIE

La perte totale et irréversible d’autonomie est l’invalidité qui met l’Assuré à la fois dans l’impossibilité présumée définitive d’exercer l’activité qui lui procure un gain ou un profit et dans l’obligation d’avoir recours à l’assistance d’une tierce personne pour assumer les actes ordinaires de la vie courante. Elle correspond pour les salariés à un classement dans la 3^{ème} catégorie des invalides au sens de la Sécurité Sociale et, pour les travailleurs non-salariés, à une invalidité tant professionnelle que fonctionnelle de 100% avec assistance d’une tierce personne. Le risque perte totale et irréversible d’autonomie est couvert dans les mêmes conditions que le risque décès.

MALADIE

Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente. Sont expressément assimilés à une maladie :

- LES DERMATOSES, MEMES PRODUITES PAR DES AGENTS EXTERIEURS ;
- les varices, les sciatiques, les rhumatismes, les attaques de poliomyélite et d’épilepsie.

ACCIDENT

Tout dommage corporel non intentionnel de la part de l’Assuré provenant de l’action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d’une cause extérieure. Ne sont PAS considérées comme des Accidents et sont donc traitées selon les mêmes modalités que les Maladies, les affections suivantes :

- LUMBAGOS, SCIATIQUES, HERNIES (PARIETALES, MUSCULAIRES ET DISCALES),
- LES CRISES D’ÉPILEPSIE, DE DELIRIUM TREMENS, LES RUPTURES D’ANÉVRISME, LES INFARCTUS
- DU MYOCARDE, LES EMBOLIES CÉRÉBRALES OU HÉMORRAGIES MÉNINGÉES.DE MÊME, NE SONT PAS CONSIDÉRÉES COMME DES ACCIDENTS :
- LES CONGELATIONS, CONGESTIONS, INSOLATIONS ET LEURS SUITES ET EN GENERAL LES SUITES D’INFLUENCES ATMOSPHERIQUES, A MOINS QUE CES MANIFESTATIONS PATHOLOGIQUES SOIENT LES CONSÉQUENCES D’UN ACCIDENT ;
- LES CONSÉQUENCES D’OPERATIONS CHIRURGICALES SUBIES PAR L’ASSURE N’AYANT PAS POUR CAUSE UN ACCIDENT ;
- LES LÉSIONS CAUSEES PAR LES RAYONS X, LE RADIUM ET SES COMPOSES ET DERIVES SAUF SI ELLES RESULTENT, POUR LA PERSONNE TRAITEE, D’UN FONCTIONNEMENT DEFECTUEUX OU D’UNE FAUSSE MANIPULATION DES INSTRUMENTS OU SONT LA CONSEQUENCE D’UN TRAITEMENT AUQUEL L’ASSURE EST SOUMIS A LA SUITE D’UN ACCIDENT.



**4-6, boulevard de Strasbourg - BP 7161
31072 Toulouse Cedex 7
Tél. 0 800 712 999 - Fax : 05 62 15 07 38**
(Appel gratuit depuis un poste fixe).

Pour être admis au titre de la garantie Accident, le décès et/ou perte totale et irréversible d'autonomie doivent se produire au plus tard un an après cet Accident et être la conséquence de ce dernier.

FRANCHISE

Période d’arrêt de travail pendant laquelle les prestations ne sont pas dues, se situant entre la date initiale de l’arrêt de travail et la date à partir de laquelle le versement des prestations en cas d’arrêt de travail commence à être dû et servi.

SITUATION DE FAMILLE - CONJOINT
La situation de famille de l’Assuré est appréciée à la date de survenance de l’événement ouvrant droit aux prestations. Il appartient à l’Adhérent Assuré de déclarer à la Mutuelle tout changement dans sa situation de famille.

On entend par conjoint l’époux ou l’épouse de l’Assuré, non divorcé, non séparé de corps, ou à défaut son concubin notoire, c’est-à-dire qui a vécu concubin ait été nommément désigné par l’Assuré de son vivant (sur le bulletin d’adhésion ou sur tout document écrit postérieurement adressé à la Mutuelle) et qu’il vive au domicile de l’Assuré à l’époque du décès de ce dernier.

Article 3 : EFFET - DUREE - RENOUVELLEMENT - RESILIATION DU CONTRAT

Le présent contrat prend effet dès signature par les parties contractantes à la date précisée avant signature, pour une première période se terminant le 31 décembre de l’exercice. Il se renouvelle ensuite le 1^{er} janvier de chaque année, par tacite reconduction, pour une durée d’un an, sauf résiliation préalable effectuée par la Mutuelle ou le Contractant par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins 2 mois avant la date de renouvellement, le cachet de la poste faisant foi du respect de ce préavis.

Les mêmes règles sont applicables à chaque adhésion, celle-ci étant d’une durée annuelle renouvelable chaque année par tacite reconduction (sauf résiliation anticipée suite à cessation d’activité professionnelle pour une cause autre que le chômage).

La résiliation du contrat par l’une des parties dans les formes susvisées entraîne interdiction de toute nouvelle adhésion. Les adhésions en cours cessent par anticipation au jour de la prise d’effet de la résiliation ou du non renouvellement du contrat collectif, avec remboursement le cas échéant de la fraction de prime afférente à la période de non couverture. Les prestations relatives à un risque survenu avant la fin de la période garantie sont néanmoins acquises au profit de l’Adhérent(e) Assuré(e) ou de ses bénéficiaires.

Article 4 : PRISE D’EFFET DES GARANTIES

Sous réserve des stipulations prévues à l’article ci-dessus, les garanties souscrites prennent effet au plus tôt pour chaque Adhérent après signature par celui-ci du Certificat d’adhésion émis par la Mutuelle (après analyse médicale le cas échéant) et paiement de la première cotisation. Cette prise d’effet des garanties est subordonnée au respect, tant par l’Association Contractante que par l’Adhérent Assuré, des formalités et obligations définies et prévues à l’article 7 de la présente notice. Toutes les garanties souscrites sont par ailleurs accordées sous réserve de l’acceptation de l’Assuré sur le plan médical pour la seule garantie décès. Cette acceptation est constatée par l’émission du Certificat d’adhésion valant Conditions Particulières.

Article 5 : CESSATION DES GARANTIES

Outre l’effet des stipulations de l’article 20 de la présente notice et sauf stipulation contraire, les garanties souscrites cessent à l’égard de chaque Assuré et, par voie de conséquence, pour ses bénéficiaires, au terme prévu pour chacune d’elles dans les Conditions Générales et au plus tard à zéro heure du jour :

- où l’Assuré ne répond plus aux conditions requises pour faire partie du groupe assurable ;
- de son départ effectif à la retraite et au plus tard du jour de son 65^{ème} anniversaire ;
- où il cesse son activité professionnelle pour une cause autre que le chômage (dans une telle hypothèse, son adhésion est maintenue, étant précisé que la garantie Incapacité de travail est limitée aux seuls cas d’accident et/ou d’hospitalisation) ;
- du versement du capital prévu en cas de décès ou de perte totale et irréversible d’autonomie ;
- de la date d’effet de la résiliation du contrat collectif.

Article 6 : MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE RESILIATION OU DE NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

En cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat, les garanties cessent d’être assurées à la date d’effet de la résiliation. Les prestations relatives à un risque survenu avant la fin de la période garantie sont néanmoins acquises au profit de l’Assuré et continuent à lui être servies dans les conditions et limites contractuelles.

Article 7 : AFFILIATION - ETATS ANTERIEURS

- a) AFFILIATION**

Peuvent être affiliés au présent contrat tous les membres présents et futurs de l’Association souscriptrice sous réserve qu’ils satisfassent aux conditions cumulatives suivantes :

 - être âgé de moins de 60 ans révolus ;
 - avoir donné son consentement par écrit à la garantie décès avec indication du (ou des) bénéficiaire(s) décès sur le bulletin d’adhésion fourni par la Mutuelle ;
 - justifier de son état de santé au moyen d’un questionnaire de santé dûment rempli et signé ; la souscription est soumise à formalités médicales pour la seule garantie décès.
 - fournir sur demande de la Mutuelle, un certificat médical plus détaillé et, le cas échéant, se soumettre à un examen médical aux frais de la Mutuelle si le questionnaire de santé ne permet pas selon la Mutuelle d’apprécier l’état de santé de l’assurable.
 - exercer une activité professionnelle rémunérée au jour de la demande d’adhésion (et ce, s’agissant des seuls travailleurs salariés, depuis au moins deux mois). Les Travailleurs non Salariés doivent justifier de leur activité professionnelle au moyen d’un extrait K-Bis d’inscription au Registre du Commerce ou au Répertoire des Métiers ou de toute inscription à un Ordre professionnel donné.

Les informations concernant l’état de santé de l’assurable sont confidentielles et couvertes par le secret médical ; l’Adhérent peut adresser ou faire adresser directement ces renseignements

au Médecin Conseil de la Mutuelle au siège social de cette dernière qui, seul, en prendra connaissance et s’engage à ne divulguer à la Mutuelle que les seules informations nécessaires à la détermination de son tarif et/ou au règlement de ses prestations.

L'ASSURABLE QUI, AU MOMENT DE L’AFFILIATION AU CONTRAT, SE SAIT ATTEINT D’UNE MALADIE OU A ETE VICTIME D’UN ACCIDENT DONT LES SUITES NE SONT PAS ENCORE CONSOLIDEES, DEVRA LE MENTIONNER DANS LE QUESTIONNAIRE DE SANTE SOUS PEINE DE NULLITE. IL EN EST DE MEME LORSQUE L’ASSURABLE CONSERVE DES SEQUELLES D’UNE MALADIE OU D’UN ACCIDENT ANTERIEUR À LA DEMANDE D’AFFILIATION.

L’affiliation prend effet conformément aux stipulations de l’article 4 des Conditions Générales à la date de la proposition, dès lors qu’elle recueille l’accord de la Mutuelle. Cette dernière n’est pas tenue de motiver sa décision.

A la condition que les cotisations aient été acquittées, l’assurable, une fois admis, ne peut être exclu de l’assurance contre son gré tant qu’il satisfait aux conditions contractuelles, sauf en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi de sa part.

b) ETATS ANTERIEURS : les garanties s’exercent uniquement sur les conséquences des Accidents survenus après la prise d’effet des garanties, et des Maladies dont la première constatation médicale est postérieure à cette date d’effet ou à l’expiration du délai d’attente. Elle peut s’exercer également sur les conséquences des Infirmités existant au moment de la souscription, des Accidents survenus avant la prise d’effet des garanties et des Maladies dont la première constatation médicale est antérieure à cette date d’effet, à condition que ces Infirmités, Accidents ou Maladies aient été déclarés par l’Assuré et n’aient pas fait l’objet d’une exclusion par la Mutuelle.

Article 8 : MODIFICATIONS

Les cotisations sont révisées chaque année en fonction de l’évolution des résultats d’équilibre du contrat collectif de l’année écoulée. En cas de modification du contrat collectif, les prestations en cours resteront servies aux conditions et sur la base des stipulations en vigueur avant la date de la modification, les nouvelles garanties ne s’appliquant qu’aux nouvelles adhésions. Il en est de même pour tout Adhérent. Toute demande de modification de son adhésion doit être effectuée par écrit et sous réserve d’un préavis d’un mois. Elle ne prend effet qu’après l’émission d’un avenant dressé par la Mutuelle à la date indiquée sur celui-ci.

Article 9 : CONTRÔLE ET EXPERTISE MEDICALE

Pour toute maladie ou accident, l’Assuré s’engage à accepter le contrôle du médecin mandaté par la Mutuelle, aux frais de ce dernier, pour expertise médicale. L’Assuré peut se faire assister de son médecin traitant lors du contrôle.

Le droit aux prestations de l’Assuré est subordonné à l’accomplissement de cette formalité. De même l’Assuré ou, le cas échéant, ses bénéficiaires sont tenus de fournir à la Mutuelle, sur sa demande, tous renseignements complémentaires sur la maladie ou l’accident fait générateur des prestations (questionnaire ou attestation médical(e), certificat post-mortem, par exemple). **LE PAIEMENT DES PRESTATIONS EST EN CONSEQUENCE SUSPENDU JUSQU'A CE QUE LES PIECES DEMANDEES AIENT ETE PRODUITES.**

Les informations concernant l’état de santé de l’Assuré sont confidentielles et couvertes par le secret médical. L’Assuré peut adresser ou faire adresser directement ces renseignements au Médecin Conseil de la Mutuelle au siège social de cette dernière, qui, seul, en prendra connaissance et s’engage à ne divulguer à la Mutuelle que les seules informations nécessaires au règlement de ses prestations.

Le contrôle continue à s’exercer même après la résiliation du contrat collectif, dès lors que des prestations continuent à être servies.

Article 10 : ARBITRAGE

Le contrat étant présumé établi de bonne foi, les parties s’engagent en cas de difficulté et avant tout recours à la voie judiciaire, à s’en rapporter à la sentence de deux arbitres désignés et rétribués respectivement par chacune d’elles. Si les arbitres ainsi désignés ne s’accordent pas, ils s’adjoignent un troisième arbitre. Les frais de ce nouvel arbitrage sont supportés par moitié par les deux parties opposées. Ceux-ci opèrent en commun et à la majorité des voix. Faute par l’une ou l’autre des parties de désigner un arbitre ou des arbitres susceptibles de s’entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du tribunal de Grande Instance du siège de la Mutuelle. Cette nomination est faite sur simple requête signée par les parties ou l’une seulement après que l’autre partie en a été informée par lettre recommandée. Tant que ce troisième arbitre n’a pas déposé son rapport, les parties s’interdisent d’avoir recours à la voie judiciaire.

Article 11 : ELECTION DE DOMICILE

Tout Adhérent qui demeure ou se rend hors de France et des DOM TOM est tenu de faire élection, par lettre recommandée adressée à la Mutuelle, d’un domicile en France où lui seront valablement adressées toutes communications. A défaut, les courriers et notamment les lettres recommandées adressées au dernier domicile connu en France produiront tous leurs effets.

Article 12 : ETENDUE TERRITORIALE

Les présentes garanties d’assurance sont valables dans le monde entier quel que soit le lieu de survenance du fait générateur. Toutefois, lorsque l’accident ou la maladie est survenu hors de France, le versement des prestations s’effectue après le retour en France métropolitaine, sauf accord spécifique conclu avant le départ de l’Assuré.

Article 13 : PRESCRIPTION

Toute action dérivant de ce contrat est prescrite par un délai de deux ans à compter de l’événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court, en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couvert, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d’assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne

distincte du souscripteur et, dans les contrats d’assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l’Assuré décédé.

Cette 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 et notamment par l’envoi d’une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle par le contractant ou le bénéficiaire.

Article 14 : SANCTIONS

Toutes fausses déclarations lors de l’adhésion au présent contrat ou en cours d’adhésion entraînent :
- si elles sont intentionnelles, la nullité de l’adhésion ;
- si elles sont non intentionnelles :

- la résiliation de l’adhésion si elles sont constatées avant tout sinistre,
- la réduction des prestations si elles sont constatées après sinistre.

Article 15 : DECLARATION DU RISQUE - DECLARATION EN CAS DE SINISTRE

Sauf cas de force majeure, l’Assuré est tenu de signaler à la Mutuelle, sous peine de déchéance, tout changement d’activité professionnelle ou de lieu d’exercice de cette activité, dès lors que ce changement serait susceptible de modifier, d’aggraver ou d’ajouter aux risques déclarés initialement dans le cadre des garanties à compter de l’instant où il en a connaissance.

Article 16 : RENONCIATION

L’Adhérent peut renoncer à son contrat pendant les 30 jours qui suivent la date du premier versement.

Pour ce faire, il doit envoyer au siège social de la Mutuelle du Rempart, 4-6 boulevard de Strasbourg, BP 7161, 31072 TOULOUSE CEDEX 7, une lettre recommandée avec accusé de réception selon le modèle proposé. La somme versée à la souscription est alors intégralement restituée dans un délai de 30 jours à compter de la réception de cette lettre. Modèle :

“ Je soussigné(e) (nom et prénom), né(e) le, demeurant..... déclare renoncer expressément à la souscription du contrat PASSERELLE sous le numéroen date d'effet du..... Je vous joins à cet effet l'original de mon certificat d'adhésion et vous remercie de bien vouloir me rembourser l'intégralité de mes primes. ”
Date et Signature

Article 17 : INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément aux dispositions de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, l’Assuré peut demander à la Mutuelle communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l’usage de la Mutuelle, de ses mandataires, de ses Réassureurs ou de tout organisme professionnel concerné.

Le droit d’accès et de rectification peut s’exercer au siège de la Mutuelle.

Article 18 : MEDIATION

Pour toute information relative au contrat et aux événements qui en découlent, l’interlocuteur de l’Adhérent est la Mutuelle. Pour toutes contestations nées du présent contrat d’adhésion, l’Adhérent et la Mutuelle s’engagent, avant d’avoir recours à l’arbitrage ci-dessus, à formuler par écrit de façon précise leur point de vue et à se rencontrer pour tenter de résoudre le litige à l’amiable.

TITRE II - COTISATIONS

Article 19 : COTISATIONS RELATIVES AUX DIFFERENTES GARANTIES

Les garanties accordées par la Mutuelle le sont moyennant le paiement d’une cotisation précisée au Certificat d’adhésion et dont les modalités de calcul sont définies à l’article 2.

Article 20 : PAIEMENT DES COTISATIONS

Sauf stipulation contraire mentionnée au Certificat d’adhésion, les cotisations sont payables d’avance. La cotisation est payable au Siège Social de la Mutuelle.

Article 21 : CONSEQUENCES DU NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Pour les seules opérations en cas de vie, à défaut de paiement d’une cotisation dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle peut adresser à l’Adhérent, à son dernier domicile connu, une lettre recommandée par laquelle il l’informe qu’à l’expiration d’un délai de 40 jours à dater de l’envoi de cette lettre, le défaut de paiement de cette cotisation entraîne la résiliation de son adhésion. Pour les opérations autres que celles en cas de vie, à défaut du paiement d’une cotisation dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l’exécution de l’adhésion en justice, les garanties sont suspendues trente jours après la mise en demeure restée infructueuse et adressée par lettre recommandée à l’Adhérent à son dernier domicile connu. En outre, la Mutuelle a le droit de résilier l’adhésion dix jours après l’expiration du délai de trente jours mentionné ci-dessus si la cotisation due n’a pas été payée ou ne l’a été qu’en partie. Les cotisations restent en tout état de cause dues jusqu’à la date de prise d’effet de la résiliation de l’adhésion.

Article 22 : TAXES

Tous impôts et taxes présents et futurs, établis sur le présent contrat et dont la récupération n’est pas interdite, restent à la charge des Adhérents.

Les taxes d’assurance en vigueur au jour de l’échéance des cotisations sont payables en même temps que celles-ci.

TITRE III - ETENDUE DES GARANTIES

Les garanties effectivement souscrites au profit des Adhérents sont celles telles que définies et mentionnées sur le certificat d’adhésion valant Conditions Particulières.

A - DECES / PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D’AUTONOMIE TOUTES CAUSES
<p>En cas de décès ou de perte totale et irréversible d’autonomie de l’Assuré avant la date de son départ en retraite et avant son 65^{ème} anniversaire, la Mutuelle verse au bénéficiaire désigné au bulletin individuel d’affiliation, le capital prévu aux Conditions Particulières. En cas de Perte Totale et Irréversible d’Autonomie, le capital est versé à l’Assuré lui-même.</p>

Article 23 : BENEFICIAIRES

Sauf stipulation contraire indiquée au bulletin d’affiliation, le bénéficiaire du versement du capital décès est la ou les personne(s) désignée(s) sur le bulletin individuel d’affiliation pour percevoir les sommes dues en cas de décès de l’Assuré. A défaut de désignation particulière, il est appliqué la clause type suivante :
le conjoint ; à défaut les enfants de l’Assuré nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ; à défaut les ascendants de l’Assuré par parts égales ; à défaut les héritiers de l’Assuré par parts égales.

La qualité de bénéficiaire s’apprécie au jour du décès de l’Assuré.

L’Assuré peut modifier ultérieurement la désignation du bénéficiaire par lettre manuscrite, datée et signée, adressée à la Mutuelle (ou à son mandataire désigné), sous réserve que la désignation du bénéficiaire initiale n’ait pas déjà fait l’objet d’une acceptation par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s).

Article 24 : DOCUMENTS A ENVOYER A LA MUTUELLE

Pour bénéficier des prestations, le bénéficiaire doit fournir à la Mutuelle les pièces originales suivantes :

- un acte de décès ;
- un certificat médical adressé au médecin de la Mutuelle au siège social de cette dernière, constatant le décès et précisant, dans la mesure du possible, la nature de la maladie ou des lésions à l’origine du décès de l’Assuré ;
- un certificat post-mortem peut, le cas échéant, être demandé à titre exceptionnel au médecin traitant, à défaut au médecin ayant constaté le décès, aux fins de déterminer les causes et circonstances du décès ainsi que l’état de santé de l’Assuré avant son décès ;
- un certificat d’hérédité.

Les pièces servant de base au versement des prestations sont conservées par la Mutuelle qui se réserve le droit de vérifier que le décès ne résulte pas d’un risque exclu.

Les frais de certificat et de port sont à la charge du bénéficiaire.

Article 25 : DATE DE VERSEMENT

Le décès de l’Assuré doit être déclaré dans les plus brefs délais à la Mutuelle par le bénéficiaire ou par le contractant.

L’exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture à la Mutuelle (ou le cas échéant à son Médecin Conseil) de toutes les pièces ci-dessus mentionnées.

En l’absence de toute contestation, le capital décès est versé au(x) bénéficiaire(s) dans les trente jours de la remise de toutes les pièces justificatives. Le paiement des sommes dues est indivisible à l’égard de la Mutuelle qui règle sur quittance conjointe des intéressés.

Au cas où les prestations seraient payées par l’intermédiaire du contractant, au nom du ou des bénéficiaires, ce paiement libère entièrement la Mutuelle de ses obligations.

Article 26 : EXCLUSIONS

En cas de suicide de l’Assuré, les garanties ou l’augmentation de garanties n’ont pas d’effet au cours de la première année suivant la prise d’effet de l’assurance de ces garanties ou de ces augmentations de garanties.

- Les garanties sont accordées en cas d’accident ou de maladie. Toutefois, sont exclus des garanties:
 - les conséquences, récidives, suites ou rechutes de maladies ou accidents survenus antérieurement à l’adhésion et non déclarés ;
 - les accidents, maladies, invalidités survenus à l’occasion de l’exercice d’une profession différente de celle indiquée à la date de demande d’adhésion ;
 - les conséquences de mutilations volontaires et de blessures volontaires ;
 - les conséquences de l’éthylisme et de l’usage de stupéfiants non prescrits médicalement ;
 - les accidents occasionnés par la pratique de tous les sports à titre professionnel ;
 - les accidents occasionnés par la pratique de vols acrobatiques ou de compétition, de saut à l’élastique, exhibitions, paris et tentatives de record, de sauts en parachute non motivés par une raison de sécurité, du parapente, de la varappe, de l’escalade, de l’alpinisme, du saut à ski, de la spéléologie, de la plongée sous-marine avec appareil autonome, par l’utilisation d’ailes volantes ou d’engins similaires avec ou sans moteur, ainsi que leurs conséquences, de prototypes, d’Ultra Légers Motorisés (ULM) ;
 - les conséquences, suites d’accident de la navigation aérienne, sauf si l’assuré se trouve à bord d’un appareil muni d’un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet ou une licence non périmée, le pilote pouvant être l’assuré lui-même.
- Les accidents en cas de conduite d’engin à moteur sans permis (s’il est obligatoire) ainsi que leurs conséquences ;
- les accidents dus aux travaux souterrains ou sous-marins ou à la manipulation d’explosifs, ainsi que leurs conséquences ; les risques dus à la guerre civile ou étrangère ainsi qu’aux effets des radiations atomiques ;
- les risques dus à la participation active de l’Assuré à des opérations militaires, à une émeute, une insurrection, une rixe (sauf cas de légitime défense ou de secours à personne en danger victime d’une agression), un attentat, un acte de terrorisme ou de vandalisme ;
- les accidents dus à des faits de guerre étrangère (impliquant la France et une puissance étrangère) ou guerre civile (guerre interne à un Etat même étranger) ;
- les grossesses non pathologiques.

De plus, l’assurance ne peut pas être accordée si le proposant à l’assurance exerce une profession liée à un des métiers ou activités suivants :
BOXEUR, BÛCHERON, CASCADEUR, CIRQUE, COUREUR AUTOMOBILE - CYCLISTE - MOTO - RALLYE, DÉBARDEUR, DÉTECTIVE, DOCKER, DOUANIER, ÉLAGUEUR, ÉLECTROMÉNAGER - AVEC POSE D’ANTENNES, EXPLOITATION DE CARRIÈRES ET CIMENTERIES, GUIDE DE MONTAGNE, GUIDE DE HAUTE MONTAGNE, JOURNALISTE - REPORTAGES DANGEREUX, JOCKEY, PROFESSIONNEL DE LABORATOIRE, MARCHAND FORAIN, MONITEUR DE GYMNASTIQUE, MONITEUR DE SKI, MUSICIEN,