



NOTICE D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCES SUR LA VIE SOUSCRIT PAR

APICIL UPESE ASSOCIATION AUPRÈS DE MICILS



**APICIL
Accident**

APICIL ACCIDENT

NOTICE D'INFORMATION

Contrat Collectif d'Assurance sur la Vie d'assurances sur la vie souscrit par APICIL UPESE ASSOCIATION auprès de MICILS (au sens de l'article L.221-6 du code de la mutualité)

Entre les soussignées :

APICIL UPESE ASSOCIATION dont le siège social est situé : 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire

Ci-après dénommée : Le Souscripteur

ET

MICILS

Mutuelle régie par le code de la mutualité et immatriculée au registre national des mutuelles sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est situé : 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire

Ci-après dénommée : La Mutuelle

DEFINITIONS

L'Adhérent : personne physique ou morale, membre d'APICIL UPESE ASSOCIATION, domiciliée en France métropolitaine, qui adhère au contrat, en accepte toutes les clauses et paye les cotisations d'assurance.

L'Assuré : personne physique, ainsi que son conjoint, âgée(s) de 18 ans au moins et de moins de 65 ans au jour de l'adhésion, et les enfants de l'Assuré principal âgés de 6 mois à 15 ans inclus, fiscalement à charge et vivant au domicile de l'Assuré principale, résidant en France métropolitaine à l'exception de la Corse, sur la tête de laquelle repose l'assurance après acceptation de la Mutuelle. L'Assuré doit donner son consentement à l'assurance et à la désignation du Bénéficiaire. Tant que l'adhésion n'est pas acceptée par la Mutuelle, il est qualifié de personne proposée à l'assurance.

Le Bénéficiaire désigné en cas de décès de l'Assuré : personne physique ou morale qui recevra le capital assuré lors de la réalisation du risque dans les conditions prévues au contrat. Ce terme peut désigner plusieurs personnes.

A défaut d'autre désignation notifiée à la Mutuelle par l'Adhérent, le bénéficiaire en cas de décès de l'Assuré est : le conjoint de l'Assuré, non divorcé, non séparé judiciairement, à défaut et à parts égales entre eux, les enfants de l'Assuré, vivants ou représentés, à défaut et à parts égales entre eux, les père et mère vivants de l'Assuré, à défaut et à parts égales entre eux, les frères et sœurs, vivants ou représentés de l'Assuré, à défaut, les héritiers de l'Assuré, en proportion de leurs parts héréditaires.

Il est de la responsabilité de l'Adhérent d'informer la Mutuelle lorsque la désignation de bénéficiaire n'est plus appropriée (ex : évolution de la situation familiale).

Il est possible pour l'Adhérent de faire à tout moment une désignation particulière, voire de changer de bénéficiaire, par acte sous seing privé (sur papier libre par exemple) envoyé à la Mutuelle ou par acte authentique (déposé chez un notaire). Dans ce dernier cas, l'Adhérent devra impérativement informer la Mutuelle de l'existence de cet acte et donner les coordonnées dudit notaire.

Attention, la désignation peut faire l'objet d'une acceptation par le bénéficiaire. Cette acceptation a pour conséquence le fait de ne plus pouvoir changer de bénéficiaire sans l'accord exprès du bénéficiaire acceptant.

La Mutuelle : MICILS

Le Souscripteur : APICIL UPESE ASSOCIATION, Souscripteur du présent contrat au profit de ses membres.

Demande d'Adhésion : document rempli et signé par l'Adhérent et la personne proposée à l'assurance. Il sert de base pour l'établissement

du Certificat d'Adhésion.

Certificat d'Adhésion : document, en deux exemplaires, signé par la Mutuelle, remis à l'Adhérent et précisant les dispositions particulières de l'adhésion.

Avenant : document, en deux exemplaires, constatant une modification du Certificat d'Adhésion. Il est remis à l'Adhérent et doit être signé par lui, pour marquer l'accord des parties.

Echéance annuelle de l'adhésion : le 31 décembre de chaque exercice.

Terme de l'adhésion : date d'expiration de l'adhésion, elle marque la fin des garanties.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, dont l'Assuré est victime après la date d'effet du contrat.

Il est précisé que les affections vasculaires, cérébrales ou cardiaques, les affections coronariennes, l'infarctus du myocarde ne sont pas considérés comme des accidents.

Invalidité Absolue et Définitive : l'Assuré est considéré comme étant en état d'Invalidité Absolue et Définitive si, avant son 60^{ème} anniversaire :

- il est reconnu, suite à expertise, par le médecin conseil de la Mutuelle, définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ni au moindre travail lui procurant gain ou profit,
- il doit avoir recours pour les actes ordinaires de la vie à l'assistance constante d'une tierce personne.

Cette définition répond aux critères de la sécurité sociale caractérisant les cas d'invalidité de 3^{ème} catégorie avec assistance constante d'une tierce personne.

Sinistre : Evénement (l'Accident entraînant un décès de l'Assuré, l'Invalidité Absolue et Définitive ou l'Invalidité Accidentelle optionnelle de l'Assuré) mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.

Article 1 - OBJET DU CONTRAT

APICIL ACCIDENT est un contrat collectif d'assurance sur la vie, à adhésion facultative, souscrit par le Souscripteur auprès de la Mutuelle. Il a pour objet de garantir, en cas de Décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré, suite à un Accident, le versement au Bénéficiaire désigné du capital prévu sur le Certificat d'Adhésion.

Article 2 - MONTANTS ET CONTENU DES GARANTIES

2.1 - Montants des garanties selon la formule retenue :

Formule 1	10 000 €
Formule 2	20 000 €
Formule 3	30 000 €
Formule 4	40 000 €
Formule 5	50 000 €
Formule 6	60 000 €
Formule 7	70 000 €
Formule 8	80 000 €
Formule 9	90 000 €
Formule 10	100 000 €

Agés limites à l'adhésion : 18 ans minimum et maximum 64 ans inclus.
Cessation des garanties : 69 ans inclus pour la garantie Décès et 59 ans inclus pour les garanties Invalidité Absolue et Définitive et Invalidité Accidentelle optionnelle.

2.2 - Le contenu des garanties :

a) Garantie de Base :

En cas de décès dû à un Accident, avant le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré ou en cas d'Invalidité Absolue et Définitive due à un Accident, avant le 60^{ème} anniversaire de l'Assuré, la garantie prévoit le versement :

- du capital souscrit pour le décès,
- du capital souscrit par anticipation pour l'Invalidité Absolue et Définitive.

Au cours de la première année d'adhésion, le capital souscrit est augmenté gratuitement pour l'Assuré principal et son conjoint de 10 000 euros quel que soit le niveau de garantie choisi.

Les enfants de l'Assuré principal âgés de moins de 16 ans sont exclusivement garantis en cas d'Invalidité Absolue et Définitive due à un Accident pour 50 % du capital de l'Assuré indiqué sur le Certificat d'Adhésion.

b) Garantie optionnelle :

En cas d'Invalidité Accidentelle avant le 60^{ème} anniversaire de l'Assuré, la garantie optionnelle permet lorsqu'elle est souscrite le versement d'un capital suite à un Accident prévoyant :

- pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 66 %, le versement d'un capital égal à 50 % du capital décès hors majoration de 10 000 euros au titre de la première année,
- pour un taux (N) d'invalidité supérieur à 33 % et inférieur à 66 %, le versement d'un capital égal à 50 % du capital décès x (N-33) / 33 hors majoration de 10 000 euros au titre de la première année,
- **pour un taux d'invalidité inférieur ou égal à 33 %, aucun capital n'est versé.**

Le taux d'invalidité est égal à la moyenne arithmétique du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle. **Pour être pris en considération, les taux d'incapacité fonctionnelle et d'incapacité professionnelle devront chacun être au minimum de 20 %.**

- L'incapacité fonctionnelle est déterminée à partir du « barème des accidents du travail » de la sécurité sociale.

- L'incapacité professionnelle est déterminée en tenant compte de la répercussion de l'incapacité fonctionnelle sur l'activité professionnelle, des conditions d'exercice antérieures et des possibilités restantes d'exercice de l'activité.

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie de base décès définie précédemment et est réservée aux Assurés exerçant une activité professionnelle.

ARTICLE 3 - ADMISSION

a) Conditions d'admission :

La personne proposée à l'assurance doit, au jour de l'adhésion, être âgée au minimum de 18 ans et de moins de 65 ans.

Lors de l'adhésion, l'Adhérent et la personne proposée à l'assurance devront :

- remplir et signer une Demande d'Adhésion.
- répondre aux questions complémentaires éventuellement posées par la Mutuelle.

- ne pas avoir déjà été Adhérent au présent contrat.

b) Limitations particulières :

Les professions ci-dessous sont exclues du champ d'application de la convention :

Les guides de chasse, dockers, cascadeurs, démineurs et voyance.

c) Modification du risque :

L'Assuré qui bénéficie des garanties du présent contrat doit avertir la Mutuelle par lettre recommandée :

- s'il change de statut, de profession, d'occupation ou s'il exerce sa profession dans des conditions autres que celles déclarées à l'adhésion,
- s'il pratique des activités sportives différentes de celles signalées à l'adhésion.

Une activité sportive aggravante pourra entraîner, le cas échéant, un aménagement ou une limitation des garanties.

Le changement de statut, de profession ou d'occupation peut entraîner la résiliation du contrat APICIL ACCIDENT.

d) Modification des garanties :

L'Adhérent peut demander l'augmentation du niveau de ses garanties (avec l'accord de l'Assuré s'il s'agit du conjoint ou concubin), par lettre recommandée, avec un préavis de 2 mois, pour effet au 1^{er} janvier suivant, sous réserve d'acceptation par la Mutuelle.

Il en est de même pour une demande de diminution des garanties, sauf si cette diminution fait suite à un changement de profession ou de conditions d'exercice de sa profession. Dans le cas d'une demande d'augmentation des prestations, l'Assuré doit remplir une nouvelle Demande d'Adhésion. Toute modification de garanties donne lieu à l'émission d'un nouveau Certificat d'Adhésion et les cotisations seront modifiées en conséquence.

Article 4 - DATE D'EFFET ET DUREE DES ADHESIONS

Date d'effet des adhésions :

L'adhésion prend effet pour chaque Assuré à la date indiquée sur le Certificat d'Adhésion et au plus tôt le lendemain de la date de réception de la Demande d'Adhésion par la Mutuelle.

Cependant, les garanties ne sont acquises qu'à réception par la Mutuelle du Certificat d'Adhésion signé par l'Adhérent et après paiement de la première cotisation sous réserve de son encaissement.

Durée des garanties :

Les garanties sont acquises pour une première période allant de la date d'effet de l'adhésion au 31 Décembre de l'année en cours.

Ensuite, l'adhésion se renouvelle automatiquement par tacite reconduction à chaque échéance annuelle.

Cessation des garanties :

a) Renoncement :

L'Adhérent dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception du Certificat d'Adhésion pour renoncer à l'assurance, par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à la Mutuelle, conformément au modèle figurant sur la Demande d'Adhésion.

L'exercice de cette faculté entraîne la restitution par la Mutuelle de l'intégralité des sommes versées par l'Adhérent, dans un délai de 30 jours calendaires révolus à partir de la réception de la lettre recommandée. **Toutes les garanties cessent dès réception de la lettre de demande de renoncement.**

b) Les garanties cessent de produire leurs effets :

- **En cas de résiliation par l'Adhérent, au 31 décembre d'un exercice, sous réserve que la demande ait été faite par lettre recommandée avec un préavis de deux mois.**
- **En cas de résiliation en cours d'année par la Mutuelle, dans un délai de deux ans suivant l'adhésion au présent contrat avec un préavis de deux mois,**
- **En cas de dénonciation de la convention par le Souscripteur ou la Mutuelle à l'échéance annuelle (dans ce cas, APICIL UPESE ASSOCIATION s'engage à en informer les Adhérents),**
- **au 60^{ème} anniversaire de l'Assuré pour les garanties Invalidité Absolue et Définitive et Invalidité Accidentelle optionnelle,**
- **au 70^{ème} anniversaire de l'Assuré pour la garantie décès,**
- **à la date du paiement du capital dû par la Mutuelle,**
- **en cas de non-paiement des cotisations,**
- **en cas d'omission ou d'inexactitude dans les déclarations à l'adhésion ou en cours de contrat, conformément aux dispositions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances.**

Article 5 - EXCLUSIONS

Sont toujours exclus :

- Le suicide conscient ou inconscient de l'Assuré.
 - Toute tentative consciente ou inconsciente de suicide.
 - La guerre, déclarée ou non, quelle que soit la forme qu'elle prend (invasion, guerre civile ou étrangère, insurrection, mutinerie, soulèvement militaire...)
 - Les Sinistres résultant de la fission ou fusion nucléaire ou de la radioactivité, ainsi que leurs conséquences directes ou indirectes.
 - La manipulation d'explosifs.
 - Tout fait intentionnel de l'Assuré ou d'un bénéficiaire (mutilation volontaire, par exemple).
 - Tout acte médical non justifié par l'état de santé de l'Assuré (chirurgie esthétique, traitement de rajeunissement par exemple).
 - Les conséquences et séquelles d'accident dont la première constatation est antérieure à l'adhésion et dont l'exclusion a été notifiée expressément à l'Assuré ou non déclarées à l'adhésion,
 - L'alcoolémie de l'Assuré ou l'ivresse manifeste de l'Assuré lorsque le taux d'alcool dans le sang est égal ou supérieur au taux légal prévu en matière de circulation routière.
 - Les affections qui sont la conséquence d'un comportement d'intoxication éthylique chronique.
 - L'usage par l'Assuré de drogues, de stupéfiants ou produits toxiques non prescrits médicalement ou consommés au-delà des doses prescrites.
 - La participation de l'Assuré à des rixes, émeutes ou mouvements populaires, crimes, actes de terrorisme ou de sabotage.
 - Les cataclysmes.
 - La pratique par l'Assuré d'un sport quelconque à titre professionnel ou à titre d'amateur avec compétitions ou concours au niveau national ou international, y compris pendant les périodes d'entraînement.
 - La participation de l'Assuré, en qualité de conducteur ou de passager, à des compétitions de toute nature avec usage de véhicules quelconques, à leurs essais ou entraînements préparatoires.
 - Le risque de navigation aérienne : l'accident survenu au cours de vols de compétition ou d'essai, de raids, de matches ou d'acrobaties aériennes est exclu. En dehors de ces cas, le décès résultant d'un accident de la navigation aérienne donne lieu à garantie, si l'Assuré se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, ce pilote ne pouvant être l'Assuré lui-même.
 - La pratique par l'Assuré d'une activité à risques : alpinisme (escalade ou varappe), ski hors-piste, ski acrobatique, bobsleigh, toutes formes de boxe, catch, plongée sous-marine, spéléologie, rafting, canyoning ou des sports aériens suivants : deltaplane, ULM, parachutisme, parapente, aile volante, kitesurf, sauts à l'élastique, vol à voile, aérostat, tout sport aérien nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur.
 - Les exhibitions, tentatives de records, paris.
 - Les conséquences d'une noyade, d'une affection cérébro-cardio-vasculaire ou d'une crise d'épilepsie.
 - Les troubles, ainsi que leurs conséquences et séquelles, d'origine psychique, y compris dépression nerveuse, syndrome anxio-dépressif, surmenage, surmenage professionnel, fatigue, asthénie, névrose d'où syndrome névrotique, psychose, d'où syndrome psychotique, sauf pendant la période d'hospitalisation en établissement spécialisé.
- Cependant, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités existant au moment de l'adhésion et des affections ayant fait l'objet d'une constatation ou d'une intervention médicale avant l'adhésion, à la condition toutefois que ces affections aient été déclarées et qu'elles n'aient pas fait l'objet d'une exclusion notifiée à l'Assuré par tout moyen.

Article 6 – SINISTRES

Documents à fournir en cas de Sinistre :

Les sommes dues par la Mutuelle sont payables dans les 30 jours qui suivent la réception par la Mutuelle :

- du Certificat d'Adhésion,
- des Avenants éventuels,
- de la copie du livret de famille de chaque Bénéficiaire, auxquels s'ajoutent :

En cas de décès accidentel :

- une déclaration de Sinistre précisant les circonstances détaillées de l'Accident,

- un acte de naissance du décédé,
- un extrait d'acte de décès,
- un certificat de notoriété ou un acte de notaire,
- une copie du livret de famille tenue à jour,
- la preuve que le décès est accidentel (P. V. de gendarmerie par exemple).

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive ou d'Invalidité Accidentelle optionnelle :

La déclaration d'invalidité doit être faite par l'Assuré (ou ses proches) dès qu'il a eu connaissance de son état. Cette déclaration doit comporter toutes les justifications nécessaires. Elle peut se faire par la production de la notification de la Sécurité Sociale ou de toutes pièces justifiant de l'état de l'Assuré, en particulier un certificat médical.

La Mutuelle règle le capital aussitôt après la consolidation de l'état d'invalidité, c'est à dire à partir du jour où, l'état de l'Assuré s'étant stabilisé, la preuve de l'Invalidité Absolue et Définitive ou de l'Invalidité Accidentelle optionnelle a été apportée. La reconnaissance de l'état d'invalidité reste cependant soumise à l'appréciation du médecin conseil de la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve le droit de demander, le cas échéant, toute pièce complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

Contrôle : L'Assuré et les bénéficiaires s'obligent à fournir tous les éléments qui pourraient leur être demandés par la Mutuelle. L'Assuré devra, le cas échéant, se soumettre à l'examen du médecin missionné par la Mutuelle.

Bénéficiaires :

- En cas de décès accidentel de l'Assuré, le capital est versé au Bénéficiaire désigné.
- Pour les garanties Invalidité Absolue et Définitive et Invalidité Accidentelle optionnelle, le bénéficiaire du capital est l'Assuré lui-même. **Le paiement d'un capital à l'Assuré met alors fin à l'adhésion.**

Etendue territoriale :

La garantie décès accidentel produit ses effets dans le monde entier. La garantie Invalidité Absolue et Définitive et la garantie Invalidité Accidentelle optionnelle **ne produisent leurs effets qu'à la date de constatation de l'état d'Invalidité Absolue et Définitive ou d'Invalidité Accidentelle optionnelle de l'Assuré, par le médecin conseil de la Mutuelle, en France métropolitaine**, quel que soit le lieu du Sinistre à l'origine de cet état.

Article 7 - PROCEDURE D'ARBITRAGE

Les dommages sont évalués de gré à gré ou à défaut par une expertise amiable, sous réserve des droits respectifs des parties. Chacune des parties choisit un expert. Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert. Les trois experts opèrent en commun accord et à la majorité des voix. Faute par l'une des parties de nommer son expert, ou par les deux experts de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance dans le ressort duquel le Sinistre s'est produit. Cette nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente faite au plus tôt 15 jours après l'envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception. Chaque partie paie les frais et honoraires de son expert et s'il y a lieu, la moitié des honoraires du tiers expert et des frais de sa nomination.

Article 8 – COTISATIONS

Cotisations

La cotisation est fonction de la formule choisie.

La cotisation est payable d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.

L'encaissement de la première cotisation ne préjuge pas de la position ultérieure de la Mutuelle qui se réserve la possibilité de limiter ou de refuser l'assurance des personnes qui lui paraîtraient constituer un risque aggravé.

En cas de refus d'assurance, la partie de cotisation éventuellement encaissée sera intégralement remboursée.

Le tarif peut évoluer annuellement en fonction des résultats du contrat et de l'évolution de la mortalité de la population assurable.

Défaut de paiement de la cotisation

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, l'Adhérent sera informé, par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu, que le défaut de paiement de cotisations ou fractions de cotisation échues entraînera la résiliation de l'adhésion 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée, à moins que les cotisations dues n'aient été versées entre-temps.

En cas de décès ou de constatation de l'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré survenant alors qu'il y a défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation pendant le délai de 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée, le capital versé par la Mutuelle sera diminué du montant des cotisations arriérées.

A la demande de l'Adhérent, l'adhésion résiliée pourra être remise en vigueur dans les 60 jours qui suivent la résiliation, sous réserve du paiement des cotisations arriérées, et du paiement des cotisations échues et à échoir.

La Mutuelle prendra expressément position sur la remise en vigueur et un avenant sera délivré.

Article 9 - DISPOSITIONS DIVERSES

Sanctions en cas de fausse déclaration intentionnelle :

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le Sinistre, dans les conditions prévues par les Art. L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances.

Conformément à la loi, le présent contrat est établi d'après les déclarations de l'Adhérent et de l'Assuré. Ils doivent en conséquence répondre aux questions posées par la Mutuelle qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend à sa charge (Art. L. 113-2 du Code des Assurances).

Demande d'informations :

D'un commun accord entre les parties, il est convenu qu'à tout moment, la Mutuelle se réserve le droit de demander à l'Assuré, toute information permettant d'apprécier à sa juste valeur l'évolution du risque lié au contrat.

Aggravation du risque :

Lorsque la modification constitue une aggravation du risque (à l'exception des modifications de l'état de santé) telle que, si le nouvel état des choses avait existé lors de la souscription du contrat, la Mutuelle n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée, la Mutuelle peut proposer un nouveau taux de cotisation. **Si l'Adhérent n'accepte pas ce nouveau taux dans les 30 jours qui suivent la proposition, la Mutuelle peut résilier le contrat au terme de ce délai**, à condition d'avoir informé l'Assuré de cette faculté, en la faisant figurer en caractères apparents dans la lettre proposition.

Prescription :

Conformément à l'article L 114-1 du Code des Assurances, toutes actions dérivant de l'adhésion à ce contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'Adhérent.

La prescription est interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception :

- à la Mutuelle, adressée par l'Adhérent, l'Assuré ou le bénéficiaire, en ce qui concerne le règlement des prestations ;
- à l'Adhérent, par la Mutuelle, en ce qui concerne le paiement des cotisations.

Election de domicile :

La Mutuelle et le Souscripteur élisent domicile en leur siège respectif. Les parties contractantes déclarent se soumettre à la juridiction des Tribunaux français et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

Changement de domicile :

Pour tout changement de domicile, en France ou hors de France, l'Adhérent devra, par lettre recommandée avec avis de réception, informer la Mutuelle de son changement d'adresse pour y recevoir toutes communications. A défaut, les lettres recommandées adressées à son dernier domicile connu produiront tous leurs effets.

Informatique et Libertés :

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, l'Adhérent ou l'Assuré peuvent demander communication

et rectification de toute information les concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle. Le droit d'accès et de rectification peut s'exercer au siège de la Mutuelle.

Ces informations sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat. Par la signature de la demande d'Adhésion, l'Adhérent et l'Assuré acceptent expressément que les données les concernant soient ainsi transmises.

Assurances multiples :

Il est précisé qu'en aucun cas, «un Assuré ne pourra être couvert par plus d'une adhésion au présent contrat même si celui-ci a réglé plusieurs fois des cotisations. Si cela était, la Mutuelle serait limitée en tout état de cause aux garanties et plafonds de garanties correspondant à la première adhésion au présent contrat.

Réclamation - Autorité de contrôle :

Le contrat est un contrat d'Assurance de groupe régi par le droit français et notamment par le Code des Assurances.

Les éventuelles réclamations sont à adresser à la Mutuelle à l'adresse suivante : APICIL ASSURANCES – Service Réclamations - 38, rue François Peissel - BP 238 - 69648 CALUIRE et CUIRE Cedex.

Si l'Adhérent est en désaccord avec la réponse donnée, il a la faculté de demander l'avis du Médiateur. Ses coordonnées lui seront communiquées sur simple demande à l'adresse ci-dessus.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) située au 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.

ARTICLE 10 - DEMARCHAGE A DOMICILE

Lorsque l'Adhérent, personne physique, a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail les dispositions suivantes du code de la consommation s'appliquent :

Article L. 121-23

Les opérations visées à l'article L. 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont un exemplaire doit être remis au client au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

- 1° Noms du fournisseur et du démarcheur ;
- 2° Adresse du fournisseur ;
- 3° Adresse du lieu de conclusion du contrat ;
- 4° Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou des services proposés ;
- 5° Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services ;
- 6° Prix global à payer et modalités de paiement ; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ;
- 7° Faculté de renonciation prévue à l'article L. 121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté et, de façon apparente, le texte intégral des articles L. 121-23, L. 121-24, L. 121-25 et L. 121-26.

Article L. 121-24

Le contrat visé à l'article L. 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L. 121-25. Un décret en Conseil d'Etat précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire. Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence.

Tous les exemplaires du contrat doivent être signés et datés de la main même du client.

Article L. 121-25

Dans les sept jours, jours fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant. Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue. Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L.121-27.

Article L. 121-26

Avant l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L. 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement,

à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit. Toutefois, la souscription à domicile d'abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts, n'est pas soumise aux dispositions de l'alinéa précédent dès lors que le consommateur dispose d'un droit de résiliation permanent, sans frais ni indemnité, assorti du remboursement, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée de l'abonnement restant à courir.

En outre, les engagements ou ordres de paiement ne doivent pas être exécutés avant l'expiration du délai prévu à l'article L. 121-25 et doivent être retournés au consommateur dans les quinze jours qui suivent sa rétractation.

Les dispositions du deuxième alinéa s'appliquent aux souscriptions à domicile proposées par les associations et entreprises agréées par l'Etat ayant pour objet la fourniture de services mentionnés à l'article L. 129-1 du code du travail sous forme d'abonnement.

Le présent document est complété par une annexe tarifaire Réf. TARIF APICIL ACCIDENT, en vigueur en 2007.

Ce tarif est révisable conformément à l'article 8.

Fait le 1^{er} octobre 2007, à Caluire.

APICIL UPESE ASSOCIATION

MICILS

