

PLAN ACCIDENT

TITRE 1 - DISPOSITIONS GENERALES

■ ARTICLE 1 : DEFINITIONS

ORGANISME ASSUREUR

SUD-OUEST MUTUALITE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Registre national des mutuelles sous le numéro 777 169 079.

SOUSCRIPTEUR

La personne physique ou morale qui fait établir le contrat d'adhésion, le signe et s'engage au paiement des cotisations.

ADHERENT-ASSURE

Personne sur laquelle repose le risque et au titre de laquelle est établi le contrat.

AYANT DROIT

Est considérée comme ayant droit d'adhérent-assuré acquittant les cotisations pour ce faire, toute personne qui bénéficie des prestations versées par l'organisme assureur, non à titre personnel mais du fait de ses liens reconnus et consacrés avec l'assuré social adhérent-assuré.

BENEFICIAIRE

Personne qui reçoit de l'organisme assureur les sommes dues au titre des sinistres.

En cas de décès de l'adhérent-assuré, à moins qu'une autre personne n'ait été désignée par celui-ci, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

1. Au conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ;
2. A défaut aux descendants directs ;
3. A défaut aux ascendants directs ;
4. A défaut aux héritiers et selon la répartition en vigueur conformément aux principes du droit des successions en proportion de leurs parts héréditaires. Ils conservent ce droit en cas de renonciation à la succession.

En l'absence d'héritier, le capital est versé au fonds social de SUD-OUEST MUTUALITE à charge pour cette dernière de participer, si nécessaire, aux frais d'obsèques du défunt, dans la limite du capital dû.

Pluralité de conjoints : Pour les adhérents-assurés étrangers polygames pour lesquels le droit international privé français laisse se produire en France les effets d'un droit acquis sans fraude à l'étranger et en conformité de la loi ayant compétence, un seul capital est versé et réparti, à défaut de désignation expresse, par parts égales entre les différents bénéficiaires.

En cas d'invalidité absolue et définitive, le bénéficiaire des capitaux n'est autre que l'adhérent-assuré lui-même.

FAMILLE

Groupe formé par des personnes ayant des liens de parenté par filiation, par alliance, par un pacte civil de solidarité (PACS) ou vivant maritalement.

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un adhérent-assuré et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure et toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle, sous réserve des exclusions définies dans le chapitre suivant.

Sont assimilés aux accidents :

- Les infections causées directement par un accident garanti, à l'exclusion de toute infection résultant de l'intervention humaine après un accident garanti.
- Les empoisonnements et lésions corporelles dus

à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives.

- L'asphyxie due à l'action imprévue de gaz ou de vapeurs.

- La noyade et les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute dans l'eau ou dans un liquide infecté.

- Les gelures, coup de chaleur, insolation ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écroulement, avalanche et inondation.

- Les lésions corporelles résultant d'agression ou d'attentat dont l'adhérent-assuré serait victime sauf s'il est prouvé qu'il aurait pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements.

MODE DE CALCUL DE L'AGE

Pour l'application des dispositions du présent contrat l'âge est déterminé par la différence de millésime entre l'année de naissance de l'intéressé et l'année au cours de laquelle intervient l'opération considérée.

■ ARTICLE 2 : ANTERIORITES-EXCLUSIONS

- L'état de grossesse et ses conséquences
- Les bilans de santé et traitements esthétiques
- Les cures de sommeil et de désintoxication
- L'hospitalisation à domicile
- La pratique de sports à hauts risques
- L'hospitalisation de jour

La garantie ne couvre pas les sinistres :

- Causés ou provoqués intentionnellement par l'adhérent-assuré ou les bénéficiaires.

- Dus à la conduite en état d'ivresse lorsque le taux d'alcoolémie est égal ou supérieur à celui légalement admis dans le pays où a lieu l'accident.

- Causés par le suicide ou la tentative de suicide de l'adhérent-assuré.

- Résultant de la participation de l'adhérent-assuré à des paris de toute nature (sauf compétitions sportives), à des rixes (sauf en cas de légitime défense), à des crimes.

- Résultant de la pratique d'un sport considéré comme étant à risque ou réputés dangereux tels que la participation à des courses de véhicule à moteur, le saut à ski, le saut à l'élastique, la plongée sous-marine, et les tentatives de records.

- Résultant de l'utilisation, comme pilote, d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs ou de la pratique de tous les sports aériens et notamment du delta plane, du parachutisme, du parapente ou de l'U.L.M.

- Survenus lorsque l'adhérent-assuré est passager d'un appareil de locomotion aérienne qui n'est pas exploité par une entreprise de transport public de voyageurs.

- Provoqués par la guerre civile ; il appartient à l'organisme assureur de faire la preuve que le sinistre résulte de l'un de ces faits.

- Dus aux effets d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ou à l'accélération artificielle de particules atomiques ou encore dus à la radiation provenant de radio-isotopes.

■ ARTICLE 3 : FAUSSE DECLARATION ET OMISSION

La garantie accordée à l'adhérent-assuré par l'organisme assureur est nulle 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 l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent-assuré a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'organisme assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages intérêts.

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent-assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'organisme assureur a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent-assuré ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée à l'adhérent-assuré par lettre recommandée. L'organisme assureur restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'adhérent-assuré par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

■ ARTICLE 4 : ETENDUE TERRITORIALE

L'adhérent-assuré ou le bénéficiaire doit au moment de la souscription être résident de l'un des Etats membres de l'Union Européenne.

La garantie est acquise pour les accidents survenus dans le monde entier.

■ ARTICLE 5 : PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant des présentes conditions générales se prescrivent et ne peuvent être exercées au-delà d'un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte intentionnelle sur le risque, le délai ne court que du jour où l'organisme assureur en a connaissance ;

- En cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance.

- Lorsque l'action a pour cause le recours d'un tiers, le délai ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent-assuré ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent-assuré décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'organisme assureur à l'adhérent-assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'adhérent-assuré à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

■ ARTICLE 6 : INFORMATIQUE ET LIBERTE

En vertu des dispositions de la loi n° 78-17 « Informatique et Libertés », du 6 janvier 1978, L'adhérent-assuré peut obtenir à tout moment communication et le cas échéant, rectification de toutes informations le concernant qui figurent sur tout fichier à l'usage de l'organisme assureur. L'adhérent-assuré peut également demander à ce que ces informations ne soient pas communiquées à des tiers. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège de l'Organisme assureur.

■ ARTICLE 7 : DATE D'EFFET ET DUREE

La date de prise d'effet de l'ensemble des garanties est indiquée au certificat d'adhésion, sous réserve, le cas échéant, de l'encaissement effectif par SUD-OUEST MUTUALITE de la première cotisation, de l'acceptation de la déclaration de bonne santé et/ou du questionnaire médical, ainsi que dans les conditions plus amplement énoncées dans le titre 2 du présent règlement mutualiste.

La prise d'effet du décès ou de l'invalidité absolue et définitive par accident est immédiate.

Le contrat d'adhésion se termine le trente et un décembre de l'année en cours. Il se renouvelle ensuite d'année en année par tacite reconduction par formation d'un contrat identique, sauf résiliation ou nullité.

■ ARTICLE 8 : RESILIATION DU CONTRAT D'ADHESION

Le présent contrat d'adhésion peut être résilié :

- A la demande du souscripteur ou de l'adhérent-assuré, à l'expiration d'un délai d'un an, en envoyant une lettre recommandée à l'organisme assureur au moins deux mois avant la date d'échéance ;

- A la demande du souscripteur, de l'adhérent-assuré ou de l'organisme assureur lorsque les conditions liées au champ de recrutement ne sont plus remplies ou en cas de changement de domicile, de profession, de situation ou de régime matrimonial, retraite ou cessation définitive d'activité, à condition que l'adhésion ait pour objet la garantie de risque en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la nouvelle situation. Cette résiliation ne peut intervenir que dans les 3 mois suivant la date de l'événement ou de sa révélation. Elle prend effet un mois après réception de sa notification ;

- A la demande de l'organisme assureur, en cas de défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation due dans les 10 jours de son échéance. Indépendamment du droit pour l'organisme assureur de poursuivre l'exécution du contrat d'adhésion en justice, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après la mise en demeure de l'adhérent assuré. Au cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de la cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. L'organisme assureur peut résilier les garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours mentionné ci-dessus.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'organisme assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

En cas de défaut de paiement ou d'incident entraînant la constatation d'une créance au bénéfice de la Mutuelle, les frais rendus nécessaires pour recouvrer ladite créance sont automatiquement et intégralement mis à la charge de l'adhérent.

■ ARTICLE 9 : REMBOURSEMENT DES COTISATIONS

En cas de non survenance de l'événement ouvrant droit au versement des prestations prévues au présent contrat d'adhésion, à la date du terme arrêté au cinquième anniversaire du contrat, SUD-OUEST MUTUALITE rembourse au souscripteur les deux dernières années de cotisations annuelles versées, à condition qu'aucun adhérent-assuré ou bénéficiaire dudit contrat d'adhésion n'ait fait l'objet du versement d'une prestation au cours des cinq années, et que l'ensemble des cotisations ait été réglé sans interruption.

Dans le cadre du versement de prestation ou la réalisation du sinistre, le décompte du retour sur cotisation reprend après le dernier jour de sinistre indemnisé, après le versement d'un capital dans le cadre d'une garantie avec plusieurs bénéficiaires, ou après le remboursement au souscripteur de deux années de cotisations.

TITRE 2 : CARACTERISTIQUES DU CONTRAT D'ADHESION

■ ARTICLE 10 : NATURE DU CONTRAT D'ADHESION

Contrat d'adhésion individuelle.

■ ARTICLE 11 : OBJET DE LA GARANTIE

Le présent contrat couvre une hospitalisation consécutive à un accident, un décès accidentel ou en cas d'invalidité absolue et définitive. Il entraîne :

- Le versement d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation due à un accident ;
- Le versement d'un capital décès accidentel ou d'Invalidité Absolue et définitive (de troisième catégorie Sécurité sociale) suite à un accident ;
- L'exonération des cotisations (pour l'ensemble de la famille s'il y a lieu) en cas d'hospitalisation et d'indemnisation du souscripteur du contrat d'adhésion, à partir du 31ème jour consécutif indemnisé et reprise du paiement le mois suivant le dernier jour d'indemnisation ;
- La restitution de deux années de cotisations si aucun sinistre déclenchant la garantie n'intervient sur une période de cinq années consécutives.

Les montants garantis peuvent être :

Indemnité journalière	Capital
20 euros	20 000 euros
40 euros	40 000 euros
40 euros	50 000 euros
40 euros	75 000 euros

Pour la garantie famille, la garantie proposée est unique avec 30 euros d'indemnité journalière et 30 000 euros de capital décès ou d'invalidité absolue et définitive.

■ ARTICLE 12 : FRANCHISE

La période de franchise est de 1 journée et l'indemnisation commence à compter du 2ème jour d'hospitalisation.

■ ARTICLE 13 : DUREE DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont payables sur une durée maximale de 360 jours discontinus pour un même accident, jusqu'à la résiliation du contrat.

■ ARTICLE 14 : CONDITIONS D'ADHESIONS

Age limite d'adhésion : 55 ans ;
Age limite de couverture : 75 ans.

■ ARTICLE 15 : FORMALITES MEDICALES

Aucun questionnaire médical n'est demandé.

■ ARTICLE 16 : VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les garanties sont versées sur production des pièces et justificatifs suivants :

- Déclaration d'accident précisant le lieu et la nature de l'accident ;
- Toute preuve écrite attestant de la réalité et de l'existence de l'accident (rapport de police, PV de gendarmerie, coupure de journaux ...) ;
- Extrait de l'acte de décès ;
- Certificat médical ;
- Déclaration de mise en invalidité ;
- La notification de mise en invalidité troisième catégorie ;

- Pour les assujettis à la Sécurité sociale, et pour les non assujettis un certificat médical ;
- Une fiche individuelle d'état civil pour chaque enfant bénéficiaire.

■ ARTICLE 17 : EXPERTISE MEDICALE

En cas de demande d'un capital pour invalidité absolue et définitive, l'organisme assureur se réserve le droit de soumettre l'adhérent-assuré à un examen médical approfondi soit par son propre médecin conseil soit par un médecin choisi en dehors du médecin traitant.

Compte tenu de l'avis formulé par ce dernier, l'organisme assureur statue sur la demande présentée et notifie sa décision à l'adhérent-assuré. L'adhérent-assuré ne peut se soustraire à ce contrôle sous peine de déchéance de la garantie.

■ ARTICLE 18 : EXPERTISE EN CAS DE DESACCORD

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil et le médecin traitant.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande d'un des deux médecins, par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins au domicile de l'adhérent-assuré.

Les honoraires du médecin choisi restent à la charge de l'organisme assureur, ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert. Toutefois, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision prise à l'égard de l'adhérent-assuré, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront alors à la charge de l'adhérent-assuré.

■ ARTICLE 19 : COTISATIONS – CONDITION DE PAIEMENT

Les cotisations varient annuellement selon l'âge atteint par l'adhérent-assuré et les ayants droit à la date d'échéance en fonction des options choisies dans le cas contraire.

Les cotisations sont payables d'avance le premier de chaque mois pour le montant indiqué aux conditions particulières, soit par prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal du souscripteur, soit par chèque bancaire ou postal uniquement pour les cotisations payées d'avance et à l'année.

En cas d'hospitalisation et d'indemnisation du premier adhérent-assuré, le règlement des cotisations concernant l'ensemble d'une famille est suspendu à partir du trente et unième jour consécutif d'hospitalisation indemnisé et reprend le premier jour du mois suivant le dernier jour indemnisé.

■ ARTICLE 20 : AJUSTEMENT ANNUEL DE LA COTISATION

Les cotisations peuvent être réajustées en fonction d'une éventuelle modification de barèmes uniforme pour les contrats d'adhésions de même nature.

A l'occasion du renouvellement du contrat d'adhésion, la cotisation mensuelle est adaptée au nouveau barème en vigueur. L'adhérent-assuré peut alors refuser la modification proposée en résiliant son contrat d'adhésion dans les conditions plus amplement énoncées audit contrat.

Lors des renouvellements annuels à la date anniversaire de l'adhésion, la cotisation évolue en fonction :
- Le cas échéant, de l'âge atteint par l'assuré (calculé par différence de millésime entre celui de l'année en cours et celui de l'année de naissance) ;
- De la revalorisation du barème.