

« Horizon »

Cette Notice d'information a pour objet de définir les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

L'Association pour le Développement de la Prévoyance (ADP) a souscrit la garantie « HORIZON » référencée « CUCR1710 » pour le compte de ses membres, auprès de Mutuelle Bleue, sise 68 rue du Rocher – CS- 60075 – 75396 PARIS Cedex 08, mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 671 993.

Cette garantie vous est présentée par l'intermédiaire d'UCR, 1 bis Boulevard Faidherbe, 59400 CAMBRAI, SAS de courtage d'assurance au capital de 1 250 000 €, RCS DOUAI 345 083 588 – n° Orias 07 000 616 (www.orias.fr) – Garantie financière et Responsabilité Civile Professionnelle souscrites conformément aux articles L. 512-6 et L. 512-7 du Code des assurances.

ARTICLE 1 : OBJET ET FORME DU CONTRAT

La garantie « HORIZON » a pour objet de garantir le versement, en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré, d'un capital forfaitaire de deux mille (2 000) euros ainsi que d'une rente certaine payable trimestriellement d'avance.

Est considéré en état de **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)**, l'Assuré dont l'invalidité ou l'incapacité, le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou activité rémunérée ou de pouvoir se procurer des gains ou profits et qui ne peut plus effectuer, sans l'assistance permanente d'une tierce personne, tout ou partie des actes ordinaires de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se nourrir etc.).

Il faut entendre par **Capital constitutif** la somme du capital forfaitaire de deux mille (2 000) euros ainsi que le montant total correspondant au cumul des rentes en fonction du niveau et de la durée choisis par l'Assuré. L'Assuré peut souscrire plusieurs contrats, sans que toutefois le capital constitutif garanti ne soit supérieur à soixante-quatorze mille (74 000) euros.

Il faut entendre par **Rente certaine**, la rente versée pour une période et d'un montant déterminés, fixés à l'avance. La rente prévue par le présent Contrat est versée pendant cinq (5) ans, huit (8) ans ou dix (10) ans au choix de l'Assuré. L'Assuré choisira également le montant parmi les cinq (5) niveaux de rentes proposés, étant entendu que le montant minimum de la rente trimestrielle sera de six cents (600) euros et le montant maximum de mille huit cents (1800) euros.

Il faut entendre par **Accident** « toute atteinte corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'Assuré. Ne sont pas considérés comme accidentels les maladies aiguës ou chroniques, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examen médicaux ».

Pour être qualifié d'accidentel, le décès doit survenir dans un délai de six (6) mois suivant l'accident.

Il faut entendre par **Délai de carence** la période de neuf (9) mois pendant laquelle la garantie décès ne s'applique pas. Le délai de carence court à compter de la prise d'effet du Contrat. **Il est uniquement**

applicable en cas de décès à la suite d'une maladie (hors décès par Accident).

Ce Contrat est régi par le Livre II du Code de la Mutualité et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur au moment de son adhésion.

ARTICLE 2 : INTERVENANTS

Organisme Assureur :

l'organisme assureur du présent Contrat est Mutuelle Bleue, mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993, dont le siège social est sis 68 rue du Rocher - CS 60075 - 75396 Paris Cedex 08. Ci-après dénommée « Mutuelle Bleue ».

Gestionnaire du contrat :

le gestionnaire du présent contrat est UCR, SAS de courtage d'assurance au capital de 1 250 000 €, RCS DOUAI 345 083 588 – n° Orias 07 000 616, dont le siège social est 1 bis Boulevard Faidherbe, 59400 CAMBRAI.

Ci-après dénommé « UCR »

Adhérent/Assuré :

personne physique qui adhère au présent Contrat, sur la tête de laquelle repose la garantie. Le Souscripteur et l'Assuré sont la même personne. L'Assuré acquiert la qualité de Membre participant de Mutuelle Bleue.

Ci-après dénommé « l'Assuré ».

Bénéficiaire :

personne physique désignée au Contrat pour percevoir en priorité les prestations assurées. Pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le Bénéficiaire est l'Assuré.

Ci-après dénommé « le Bénéficiaire » ou « Bénéficiaire de premier rang ».

Bénéficiaires subsidiaires :

personnes physiques qui pourront prétendre au bénéfice du Contrat en cas de défaut du Bénéficiaire désigné par ordre de priorité.

Ci-après dénommés « les Bénéficiaires subsidiaires ».

ARTICLE 3 : PRESTATIONS

3.1. PRESTATIONS GARANTIES

La garantie « HORIZON » a pour objet le versement, en cas de décès de l'Assuré, d'un capital forfaitaire de deux mille (2 000) euros ainsi que d'une rente certaine payable trimestriellement d'avance au Bénéficiaire désigné à cet effet.

Un Délai de carence de neuf (9) mois est appliqué en cas de décès à la suite d'une maladie (hors décès par Accident).

Le montant de la rente trimestrielle certaine garantie est librement choisi par l'Assuré parmi les cinq (5) niveaux proposés, 600, 900, 1200, 1500 ou 1800 euros.

Le montant de la rente et la durée de versement choisis par l'Assuré (cinq (5) ans, huit (8) ans ou dix (10) ans), figurent dans le certificat d'adhésion.

Le capital et la rente tels que définis ci-dessus peuvent être versés par anticipation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré. Le Bénéficiaire des garanties est alors l'Assuré lui-même.

Le versement des prestations en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met définitivement fin au Contrat.

3.2. PLAFOND DE GARANTIE

Les engagements de Mutuelle Bleue sur le Capital constitutif versé au titre de la garantie décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sont plafonnés à soixante-quatorze mille (74 000) euros par Assuré.

Un Assuré peut souscrire plusieurs contrats sans que toutefois le capital garanti ne soit supérieur à 74 000 euros, conformément au tableau figurant en annexe 1 de la présente.

3.3. ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le monde entier, pour tout déplacement ne dépassant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs ou quatre-vingt-dix (90) jours non consécutifs sur une période de douze (12) mois. Cependant, en cas de décès de l'Assuré survenu hors de France, la preuve devra être fournie au moyen d'un acte de décès légalisé par les autorités compétentes dans le pays concerné, ainsi qu'un certificat médical mentionnant la cause du décès en langue française.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré survenue dans les mêmes conditions, l'état d'invalidité devra être constaté et reconnu médicalement par des professionnels de santé exerçant en France métropolitaine (y compris la Corse et les DOM), ci-après dénommée « France ».

Les éventuels frais de rapatriement sont à la charge de l'Assuré.

ARTICLE 4 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Peuvent adhérer au contrat, l'ensemble des Assurés membre de l'Association « ADP ».

L'Assuré devra remplir et signer la Demande d'adhésion rédigée par Mutuelle Bleue ainsi que la Déclaration d'Etat de Santé figurant sur la Demande d'adhésion.

Cette Demande d'adhésion est transmise à UCR accompagnée du règlement de la première périodicité de paiement de la cotisation.

En cas d'adhésion par voie électronique, le 1^{er} règlement de cotisation se fera par mandat de prélèvement SEPA, mandat qui sera complété et signé lors de cette adhésion.

L'Assuré reçoit un document appelé « Certificat d'adhésion » indiquant le niveau de garantie souscrit, la durée du Contrat, la date d'effet du Contrat ainsi que les Bénéficiaires du Capital constitutif qu'il a désignés.

Pour être admis au bénéfice de l'assurance, l'Assuré doit remplir les conditions suivantes :

- ▶ Être âgé, à la date de prise d'effet des garanties tel que stipulé dans le Certificat d'adhésion :
 - ▶ D'au moins dix-huit (18) ans ;
 - ▶ De moins de soixante-cinq (65) ans ;
- ▶ Être résident, fiscalement et de façon permanente, en France. Un déménagement en dehors de la France met fin à la couverture et à la présente adhésion ;
- ▶ Avoir signé la Déclaration d'Etat de Santé et avoir reçu un accord d'UCR.
- ▶ Pour pouvoir adhérer à la garantie HORIZON, l'Assuré doit avoir pu cocher l'ensemble des questions qui lui sont posées dans la Déclaration d'Etat de Santé. Dans l'hypothèse où l'Assuré n'a pas pu répondre de manière favorable à l'ensemble des questions, Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire d'UCR, ne donnera pas une suite favorable à la demande d'adhésion ;

- ▶ Avoir réglé la première périodicité de paiement indiquée sur la Demande d'adhésion ;
- ▶ Ne pas avoir atteint le plafond maximal de garantie défini à l'article 3.2 de la présente.

Il est précisé que l'âge est calculé par différence de millésime entre l'année considérée et l'année de naissance. Dans l'hypothèse où le dossier d'adhésion serait incomplet, UCR est en droit de refuser l'adhésion au Contrat.

ARTICLE 5 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT

Le Contrat prend effet, sous réserve du règlement de la 1^{ère} cotisation et à condition, pour l'Assuré, de satisfaire aux conditions énoncées à l'article 4 de la présente, à la date indiquée au Certificat d'adhésion pour une période se terminant le 31 décembre suivant.

L'adhésion se renouvelle ensuite annuellement au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'Assuré, notifiée par lettre recommandée avec avis de réception, deux (2) mois avant cette date.

En cas d'incident de paiement sur la 1^{ère} cotisation, la prise d'effet est reportée à la date d'encaissement effective du paiement. A défaut de régularisation dans un délai de trois (3) mois, l'adhésion est annulée dans tous ses effets.

ARTICLE 6 : COTISATIONS

6.1. CALCUL DES COTISATIONS

Les cotisations à l'adhésion sont définies par tranches d'âge.

Les cotisations sont déterminées à l'adhésion en fonction du montant de la rente trimestrielle certaine choisie, de la durée de versement de la rente certaine et de l'âge de l'Assuré établi par tranches. Les cotisations seront maintenues identiques à chaque renouvellement jusqu'au changement de tranche d'âge.

Au changement de tranche d'âge la cotisation sera révisée selon le barème en vigueur. Les renouvellements seront alors fonction de l'âge atteint par l'Assuré.

6.2. PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Toutefois, l'Assuré peut opter pour un paiement annuel, semestriel, trimestriel ou mensuel.

Le montant de la cotisation fractionnée ne pourra néanmoins être inférieur à quinze (15) euros.

Dans le cas d'un fractionnement mensuel, le prélèvement automatique est obligatoire.

Les cotisations sont payables dans un délai de dix (10) jours suivant la date d'échéance mentionnée sur l'avis d'appel de cotisation.

A chaque échéance annuelle, l'Assuré reçoit un appel de cotisation.

L'Assuré a la possibilité chaque début d'année et sous condition d'en avoir fait la demande écrite auprès de UCR deux (2) mois auparavant, de modifier le mode de paiement et le fractionnement de la cotisation.

ARTICLE 7 : NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement des cotisations dans les dix (10) jours de son échéance, UCR adresse à l'Assuré une lettre de mise en demeure par courrier recommandé avec avis de réception l'informant que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties du contrat.

L'exclusion de l'Assuré ne peut intervenir, à défaut de paiement, que dans les quarante (40) jours suivant cette mise en demeure.

En cas d'exclusion, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à UCR.

ARTICLE 8 : CLAUSE BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

La désignation de Bénéficiaires peut se faire dans la Demande d'adhésion dans l'encadré prévu à cet effet. Il peut également effectuer sa désignation par avenant, ou suivant toute autre forme juridiquement valide, notamment par acte sous seing privé ou acte authentique séparé (par exemple par testament déposé chez un notaire).

Les prestations dues ne peuvent être réparties entre plusieurs Bénéficiaires et seront donc versées par priorité :

- ▶ Au Bénéficiaire désigné ;
- ▶ A défaut au Bénéficiaire de deuxième rang ;
- ▶ A défaut aux Bénéficiaires subsidiaires successifs par ordre de désignation ;
- ▶ A défaut aux héritiers de l'Assuré, selon la dévolution successorale.

Le décès du Bénéficiaire désigné entraîne la redistribution de son capital et du versement de la rente au Bénéficiaire subsidiaire par ordre de priorité.

L'attention de l'Assuré est attirée sur l'importance attachée à la rédaction de la clause bénéficiaire et de l'opportunité lors de l'adhésion de désigner des Bénéficiaires subsidiaires.

En effet, dans le cas où le Bénéficiaire de 1^{er} rang, voir de 2nd rang décède ou si les renseignements délivrés concernant le Bénéficiaire désigné ne permettraient pas à UCR d'identifier ce dernier, la désignation de Bénéficiaires subsidiaires permet au paiement de la rente certaine trimestrielle de ne pas être interrompu. Tant qu'il existe un Bénéficiaire désigné au contrat, UCR s'acquitte du versement des rentes certaines jusqu'à l'échéance de la dernière rente dont la durée de paiement est contractuellement fixée.

Toute désignation de Bénéficiaire qui ne serait pas portée à la connaissance de Mutuelle Bleue ne lui sera pas opposable.

La clause bénéficiaire peut être modifiée si celle-ci n'est plus appropriée. Dans l'hypothèse où le Bénéficiaire n'a pas accepté le bénéfice de la stipulation faite à son profit, l'Assuré peut modifier à tout moment, par voie d'avenant, le libellé de la clause bénéficiaire définie à l'adhésion, notamment lorsqu'il n'est plus approprié.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le Bénéficiaire. L'acceptation peut être faite soit par un avenant signé d'UCR, de l'Assuré et du Bénéficiaire, soit par acte authentique ou par acte sous seing privé, signé de l'Assuré et du Bénéficiaire, mais dans ce cas, elle n'a d'effet à l'encontre d'UCR que lorsqu'il lui a été notifié par écrit.

Le capital et la rente garantis en cas de décès pourront être versés au Bénéficiaire quel que soit le lieu de résidence de ce dernier lors du décès de l'Assuré.

ARTICLE 9 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

9.1. FORMALITÉS À ACCOMPLIR

Sous réserve de l'application du délai de carence de neuf (9) mois en cas de décès de l'Assuré des suites d'une maladie (hors décès par Accident), UCR règle les prestations dues au Bénéficiaire, après justification de sa qualité, et après remise, par ce dernier, notamment des pièces énoncées ci-dessous :

- ▶ Une demande écrite datée et signée du Bénéficiaire,
- ▶ L'original de certificat d'adhésion du Contrat et des éventuels avenants,
- ▶ Une copie intégrale de l'acte de décès de l'Assuré,
- ▶ Une photocopie recto/verso lisible d'une pièce d'identité en cours de validité (Carte Nationale d'Identité, Passeport, ou toutes pièces officielles justifiant de son identité...) du Bénéficiaire portant

la mention manuscrite « non décédé » datée et signée,

- ▶ Un certificat médical précisant la nature et la cause du décès de l'Assuré adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de Mutuelle Bleue, 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex,
- ▶ Lorsqu'il s'agit d'un décès accidentel, une pièce établissant la cause du décès (rapport de Police ou de Gendarmerie, coupures de journaux...),
- ▶ Toutefois, cet élément de preuve n'est pas demandé lorsque le certificat médical mentionne clairement la nature, la date, le lieu, les circonstances et les causes du décès,
- ▶ Un Relevé d'Identité Bancaire ou un relevé comportant les numéros IBAN et BIC au nom du Bénéficiaire,
- ▶ Toute autre pièce jugée nécessaire par UCR.

En cas de décès du Bénéficiaire désigné, les prestations dues seront versées au Bénéficiaire subsidiaire dans l'ordre défini à l'article 8 de la présente Notice d'information sous réserve de la réception par UCR de l'ensemble des pièces énumérées ci-dessus.

9.2. MODALITÉS DE VERSEMENT

En cas de décès de l'Assuré, le Bénéficiaire doit en informer UCR dans les plus brefs délais.

A réception de l'avis de décès et de la prise de connaissance des coordonnées du Bénéficiaire, UCR dispose d'un délai de quinze (15) jours pour lui réclamer l'ensemble des pièces nécessaires à l'instruction du dossier.

Le versement du capital forfaitaire et de la rente est conditionné à l'accord de Mutuelle Bleue par l'intermédiaire d'UCR.

Le règlement est effectué par virement sous forme d'un capital forfaitaire de deux mille (2 000) euros et de rentes trimestrielles certaines.

Les frais relatifs aux virements seront à la charge d'UCR, à l'exception des frais relatifs au taux de change et les frais consécutifs à un rejet de virement, qui eux, seront à la charge du Bénéficiaire.

Si l'indemnisation est due, le versement du capital forfaitaire sera effectué dans un délai de trente (30) jours maximum suivant la réception et la validation de la totalité des pièces nécessaires au règlement de la prestation. Le règlement de la 1^{ère} rente trimestrielle sera effectué le 1^{er} jour du trimestre civil suivant la réception de la totalité des pièces nécessaires au règlement de la prestation, sous réserve qu'UCR reçoive lesdites pièces au moins 5 (cinq) jours ouvrés avant le début du trimestre civil concerné. Si cette dernière condition n'est pas remplie, le règlement de la 1^{ère} rente trimestrielle sera effectué le 1^{er} jour du trimestre civil suivant.

Les rentes suivantes seront versées le 1^{er} jour de chaque trimestre civil, pour une durée égale à celle choisie par l'Assuré dans la Demande d'adhésion.

En cas de décès du Bénéficiaire de la rente pendant la période de versement choisie par l'Assuré (cinq (5) ans, huit (8) ans ou dix (10) ans), les rentes restantes seront alors versées au Bénéficiaire subsidiaire désigné par ordre de priorité.

Les garanties cessent au décès de l'Assuré et le règlement de la dernière rente trimestrielle met définitivement fin au Contrat.

La mise en application d'une clause d'exclusion de garantie définie à l'article 13 de la présente ne donne pas droit au versement des prestations.

9.3. REVALORISATION DU CAPITAL GARANTI APRÈS LE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

Conformément à l'article L. 223-19-1 du Code de la Mutualité, en cas de décès de l'Assuré et en l'absence de demande de versement du capital par le Bénéficiaire, ou en l'absence de réception de l'ensemble des pièces nécessaires au paiement, le capital garanti est automatiquement revalorisé.

Cette revalorisation intervient à compter du décès de l'Assuré, jusqu'à réception par UCR des pièces mentionnées ci-dessus ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt du capital à la Caisse des Dépôts et Consignations en application de l'article L. 223-25-4 du Code de la Mutualité.

Le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux (2) taux suivants :

- ▶ a. la moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- ▶ b. le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

En outre, conformément aux dispositions de l'article L. 223-22-1 du Code de la Mutualité, à compter de la réception par UCR des pièces citées ci-dessus, le capital garanti est versé au Bénéficiaire dans un délai qui ne peut excéder un (1) mois.

Au-delà de ce délai d'un (1) mois, le capital non versé produit de plein droit intérêt au taux légal, majoré du double durant deux (2) mois puis, à l'expiration de ce délai de deux (2) mois, au triple du taux légal.

ARTICLE 10 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES GARANTIES EN CAS DE PTIA

10.1. FORMALITÉS À ACCOMPLIR

Sous réserve de l'accord du médecin conseil de Mutuelle Bleue concernant la reconnaissance de l'état de PTIA de l'Assuré, UCR règle les prestations dues au Bénéficiaire, payables exclusivement par virement sur le compte bancaire de l'Assuré, après justification de sa qualité, et après remise, par ce dernier, notamment des pièces énoncées ci-dessous :

- ▶ Une demande écrite datée et signée de l'Assuré,
- ▶ L'original du Certificat d'adhésion du Contrat et des éventuels avenants,
- ▶ Un certificat médical délivré par le médecin traitant, à retourner par l'Assuré, sous pli confidentiel au médecin conseil de Mutuelle Bleue, à l'adresse suivante : 14 Rue René Cassin – CS 70528 – 77014 MELUN CEDEX (Ce certificat devra préciser l'origine, la nature, la date de début et le caractère définitif de la PTIA ainsi que l'état clinique actuel de l'assuré).
- ▶ Un certificat médical attestant l'obtention définitive de la tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie,
- ▶ Le cas échéant, la notification d'attribution d'une pension d'invalidité, 3^{ème} catégorie avec majoration pour tierce personne au titre de son régime propre d'assurance maladie,
- ▶ Lorsque la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est consécutive à un Accident, toutes pièces établissant de façon décisive la cause accidentelle de l'invalidité (ex : rapport de Police).
- ▶ Toutefois, cet élément de preuve n'est pas demandé lorsque le certificat médical mentionne clairement la nature, la date, le lieu, les circonstances et les causes de l'Accident,
- ▶ Une photocopie lisible de la pièce d'identité (Carte Nationale d'Identité, Passeport) de l'Assuré portant la mention manuscrite « non décédé » datée et signée,
- ▶ Un Relevé d'Identité Bancaire ou un relevé comportant les numéros IBAN et BIC au nom de l'Assuré.
- ▶ Toute autre pièce jugée nécessaire par UCR.

10.2. MODALITÉS DE VERSEMENT

Le versement du capital forfaitaire et de la rente est conditionné à l'accord de Mutuelle Bleue par l'intermédiaire d'UCR.

Le règlement est effectué par virement sous forme d'un capital forfaitaire de deux mille (2 000) euros et de rentes trimestrielles certaines.

Les frais relatifs aux virements seront à la charge d'UCR, à l'exception des frais relatifs au taux de change et les frais consécutifs à un rejet de virement, qui eux, seront à la charge de l'Assuré.

Le versement du capital forfaitaire sera effectué dans un délai de trente (30) jours maximum suivant la réception et la validation de la totalité des pièces nécessaires au règlement de la prestation.

Le règlement de la 1^{ère} rente trimestrielle sera effectué le 1^{er} jour du trimestre civil suivant la réception de la totalité des pièces nécessaires au règlement de la prestation, sous réserve qu'UCR reçoive lesdites pièces au moins cinq (5) jours ouvrés avant le début du trimestre civil concerné. Si cette dernière condition n'est pas remplie, le règlement de la 1^{ère} rente trimestrielle sera effectué le 1^{er} jour du trimestre civil suivant.

Les rentes suivantes seront versées le 1^{er} jour de chaque trimestre civil, pour une durée égale à celle choisie par l'Assuré dans la Demande d'adhésion.

En cas de décès de l'Assuré pendant la période de versement choisie par ce dernier (cinq (5) ans, huit (8) ans ou dix (10) ans), les rentes restantes seront alors versées au Bénéficiaire désigné ou, à défaut, au Bénéficiaire subsidiaire désigné, par ordre de priorité. En tout état de cause, le capital forfaitaire de deux mille (2000) euros ayant été versé à l'Assuré après qu'il ait été reconnu en PTIA ne pourra pas faire l'objet d'un autre versement au décès de l'Assuré.

Les garanties cessent à la survenance de la PTIA et le règlement de la dernière rente met définitivement fin au Contrat.

La mise en application d'une clause d'exclusion de garantie définie à l'article 13 de la présente ne donne pas droit au versement des prestations.

ARTICLE 11 : CHANGEMENT ET MODIFICATION DE GARANTIES

L'Assuré ne peut modifier les garanties souscrites en cours de Contrat.

ARTICLE 12 : CONTRÔLE MÉDICAL ET ARBITRAGE

12.1. CONTRÔLE MÉDICAL

Les décisions de reconnaissance d'un état d'invalidité, reconnu par le médecin conseil de l'organisme d'assurance maladie dont relève l'Assuré ou par son médecin traitant, ne s'imposent pas à Mutuelle Bleue.

Mutuelle Bleue se réserve le droit de faire apprécier la réalisation du risque de PTIA ainsi que sa date de consolidation par tout médecin-expert de son choix qui évaluera l'état de santé de l'Assuré.

Les frais engagés pour l'expertise médicale sont à la charge de Mutuelle Bleue.

Si l'Assuré est en désaccord avec les conclusions de l'expertise médicale initiale, il peut avoir recours à un autre médecin-expert, dont le choix devra être validé par Mutuelle Bleue, et qui procédera à une contre-expertise. Les frais occasionnés par cette contre-expertise sont à la charge de l'Assuré.

12.2. ARBITRAGE

En cas de désaccord entre les conclusions des deux médecins-experts, l'Assuré ou Mutuelle Bleue peut demander une tierce-expertise. Les deux médecins-experts s'adjoignent à cet effet un tiers expert.

Faute d'entente sur le choix de ce tiers expert, ce dernier sera désigné par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

Chaque partie paie les honoraires de son médecin-expert et ceux du tiers expert sont supportés pour moitié par chacune des parties.

Les conclusions du tiers expert s'imposent aux parties et mettent un terme à la procédure d'arbitrage. En tout état de cause, l'Assuré et Mutuelle Bleue conservent la faculté d'exercer un recours en justice.

ARTICLE 13 : EXCLUSIONS

Les garanties décès et PTIA ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

- ▶ du fait intentionnel ou illégal de l'Assuré ou du Bénéficiaire,
- ▶ des conséquences d'un acte délibéré du Bénéficiaire,
- ▶ du suicide de l'Assuré au cours de la 1^{ère} année d'adhésion,
- ▶ des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournements, prises d'otages,
- ▶ de la participation active de l'Assuré à des émeutes, rixes, crimes, délits, actes de sabotage (sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel),
- ▶ de l'usage abusif de produits pharmaceutiques ou de stupéfiants en l'absence ou en cas de non-respect de l'ordonnance médicale,
- ▶ de la manipulation d'une arme à feu par l'Assuré,
- ▶ de la pratique d'un sport à titre professionnel ou des sports suivants : aviation légère ou sportive, vol à voile, ULM, parachutisme, deltaplane, parapente, compétitions automobiles, motocyclistes ou motonautiques,
- ▶ de l'usage en tant que pilote ou passager d'une moto de cylindrée supérieure à 400 cc (la garantie étant acquise pour une moto de cylindrée inférieure mais uniquement en usage promenade-trajet) ou d'engins aériens autres que les avions de lignes régulières,
- ▶ des conséquences sportives (entraînements et épreuves) à titre professionnel ou pratique des activités suivantes : alpinisme avec varappe ou randonnée au-delà de 4 000 m, boxe, hippisme en compétition, navigation maritime de plaisance, spéléologie, ski hors-piste, tout sport nécessitant un engin à moteur,
- ▶ des conséquences de la modification de structure du noyau atomique ou de toute autre source de rayonnements ionisants,
- ▶ des conséquences d'accidents occasionnés par une catastrophe naturelle,
- ▶ des conséquences de l'état d'ivresse, d'éthylisme ou d'alcoolémie (taux constaté égal ou excédant le taux fixé par la réglementation en vigueur lors du sinistre).

ARTICLE 14 : RÉSILIATION

14.1. RÉSILIATION À L'INITIATIVE DE L'ASSURÉ

L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative de l'Assuré si elle est signifiée à UCR, par lettre recommandée avec avis de réception, au moins deux (2) mois avant la fin de l'année civile.

Le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de cette lettre (cachet de la Poste faisant foi). L'Assuré sera informé de son droit à résiliation annuelle dans l'avis d'échéance de cotisations.

La résiliation prendra effet à la fin de l'année civile et ne dispense pas l'Assuré du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile.

14.2. RÉSILIATION À L'INITIATIVE DE MUTUELLE BLEUE

En cas de non-paiement des cotisations par l'Assuré, Mutuelle Bleue peut résilier le Contrat dans les conditions prévues à l'article 7 de la présente.

14.3. RÉSILIATION EXCEPTIONNELLE

En cas de modification des droits et obligations des Assurés, ces derniers peuvent mettre fin à leur adhésion dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la Notice d'information ou de l'avenant à la Notice d'information comportant les modifications. Dans ce cas, la résiliation ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

ARTICLE 15 : CESSATION DES GARANTIES

Les garanties couvrant l'Assuré cessent :

- ▶ A la date de résiliation de l'adhésion dans les conditions prévues aux articles 7 et 14 de la présente ;
 - ▶ En cas de déménagement de l'Assuré en dehors de la France ;
 - ▶ À la date du décès ou de la PTIA ;
 - ▶ Au plus tard, au 31 décembre de l'année du 70ème anniversaire de l'Assuré ;
- À l'égard du Bénéficiaire les garanties cessent :
- ▶ A la date de cessation des garanties du Contrat ;
 - ▶ A la date à laquelle il ne répond plus aux conditions lui conférant la qualité de Bénéficiaire.

ARTICLE 16 : MODALITÉS DE RENONCIATION

L'Adhérent a la faculté de renoncer au Contrat souscrit auprès de Mutuelle Bleue. Pour faire part de son intention, il suffit à l'Adhérent d'adresser, par envoi recommandé avec avis de réception, à UCR, 1 bis Boulevard Faidherbe, 59400 CAMBRAI, dans un délai de trente (30) jours, une lettre de renonciation. Conformément à l'article L. 223-8 du Code de la mutualité, le délai de trente (30) jours démarre à compter du moment où l'assuré est informé que son adhésion a pris effet, sauf en cas de vente à distance (article L.221-18 du Code de la mutualité) : le délai de trente (30) jours démarre à compter, soit du jour où l'adhésion a pris effet, soit du jour où l'Adhérent reçoit les conditions d'adhésion et la Notice d'information comprenant les informations pré contractuelles, si cette dernière date est postérieure à celle où l'adhésion à pris effet.

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche, ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. UCR s'engage à rembourser intégralement son versement dans les trente (30) jours qui suivent la réception de la demande de renonciation de l'Adhérent.

Le modèle de lettre de renonciation, visé ci-dessus, peut être établi selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme) (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat « HORIZON » que j'avais souscrit le Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.

Fait à, le Signature »

L'Adhérent doit veiller à indiquer les références de son adhésion dans cette lettre. L'exercice de la faculté de renonciation entraîne de plein droit la cessation de l'adhésion au Contrat et de toutes les garanties et annexes s'y rapportant.

ARTICLE 17 : DISPOSITIONS DIVERSES

17.1. PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité :

Article L. 221-11 du Code de la mutualité : toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- ▶ 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant que du jour où Mutuelle Bleue en a eu connaissance ;
- ▶ 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre Mutuelle Bleue a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré, ou a été indemnisé par celui-ci.

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, l'Assuré n'est pas l'Adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Adhérent décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du membre participant.

Article L. 221-12 du Code de la mutualité : la 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. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle à l'Assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Assuré, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code de la mutualité.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- ▶ la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- ▶ l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- ▶ une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution d'un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- ▶ l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la recon-

naissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

▶ L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

17.2. PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES

Pour chaque exercice civil, Mutuelle Bleue détermine un montant minimal de participation aux bénéfices conformément à la réglementation en vigueur. Cette participation correspond au moins à 90 % des résultats techniques et 85% des résultats financiers, si le total de ces deux (2) résultats est positif, déduction faite des intérêts techniques retenus pour le calcul des provisions mathématiques. Le résultat est affecté à la provision pour participation aux excédents au début de la période civile suivant l'exercice auquel est rattachée la participation aux bénéfices.

Le montant ainsi déterminé est incorporé aux provisions mathématiques des contrats participatifs au plus tard dans les huit (8) prochaines années de son affectation par décision du Conseil d'Administration de Mutuelle Bleue, ce qui se traduit par une augmentation du capital garanti au terme des contrats bénéficiaires de même nature, déterminée en fonction de l'âge atteint.

17.3. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les données à caractère personnel recueillies auprès de l'Assuré au titre des Demandes d'adhésion font l'objet d'un traitement informatisé et sont nécessaires à la gestion de la relation contractuelle ainsi qu'à la satisfaction d'obligations légales ou réglementaires (notamment fiscales).

Elles sont destinées à UCR et à Mutuelle Bleue en tant que responsables du traitement, et éventuellement aux mandataires, aux partenaires et/ou réassureurs de Mutuelle Bleue.

Elles sont régies par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée. Ainsi que par le Règlement n°2016/679 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, adopté le 27 avril 2016 .

Mutuelle Bleue et UCR prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

L'Assuré ainsi que les Bénéficiaires figurant sur tout fichier informatique à l'usage de Mutuelle Bleue et de UCR, de ses mandataires, ses réassureurs ou ses partenaires peuvent demander communication ou rectification de toute information les concernant en s'adressant, par courrier postal accompagné d'un justificatif d'identité, d'UCR, 1 bis Boulevard Faidherbe, 59400 CAMBRAI. Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant.

En outre, l'Assuré ainsi que les Bénéficiaires ont la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel applicables après leur décès.

Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales).

17.4. DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, l'Assuré est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL – Service BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10000 TROYES ;

soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr

Cette inscription permet à l'Assuré de ne pas être sollicité par démarchage. En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas Mutuelle Bleue de joindre téléphoniquement en cas de relations contractuelles préexistantes.

17.5. RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

Les Assurés peuvent formuler toute réclamation en s'adressant à leur interlocuteur habituel.

En cas de difficultés persistantes, les Assurés peuvent adresser leur réclamation à UCR, 1 bis Boulevard Faidherbe, 59400 CAMBRAI.

UCR s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

En dernier recours si, après épuisement de toutes les procédures internes de UCR, un désaccord subsiste, et que l'Assuré ou le Bénéficiaire n'a pas saisi les tribunaux, il aura la faculté de faire appel au Médiateur de la consommation de la Mutualité Française dont les coordonnées sont les suivantes :

FNMF – Médiateur de la consommation de la Mutualité Française - 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS CEDEX 15

Mail : mediation@mutualite.fr

Accès au site : <https://www.mediateur-mutualite.fr>

La proposition du Médiateur de la consommation de la Mutualité Française sera écrite et motivée. Elle sera communiquée à UCR qui sera tenue de s'y conformer.

17.6. SANCTIONS

Mutuelle Bleue se réserve le droit d'exclure tout Assuré ou Bénéficiaire qui aura causé ou tenté de causer volontairement atteinte aux intérêts de Mutuelle Bleue selon les modalités définies par les Statuts.

En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par l'Assuré ou le Bénéficiaire, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, l'Assuré ou le Bénéficiaire peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité :

- ▶ en cas de mauvaise foi établie : nullité de la garantie (article L. 221-14 du Code de la Mutualité)
- ▶ lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : réduction du montant des prestations garanties ou augmentation de la cotisation correspondante acceptée par l'Assuré (article L. 221-15 du Code de la Mutualité)

En cas notamment de fausse déclaration, de fraude ou tentative de fraude avérée, Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire d'UCR, peut également procéder à la résiliation du contrat.

La résiliation est notifiée à l'Assuré par lettre recommandée avec avis de réception adressée par UCR au dernier domicile connu. Elle prendra effet au jour de la première présentation du courrier par la poste.

17.8. LOI APPLICABLE

La loi applicable aux présentes dispositions est la loi française conformément à l'article L. 225-2 du Code de la Mutualité.

Lorsque des dispositions législatives et réglementaires viennent à modifier la portée des engagements de Mutuelle Bleue, cette dernière peut procéder à la révision du Contrat. Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les conditions antérieures s'appliquent sauf lorsque les nouvelles dispositions sont d'ordre public

et, de ce fait, d'application immédiate. En ce dernier cas, Mutuelle Bleue pourra être amenée à aménager les garanties et les tarifs.

Ce Contrat est assujéti au régime fiscal français. Tous impôts, taxes, prélèvements et contributions qui pourraient s'appliquer à l'adhésion au Contrat sont à la charge de l'Assuré ou du Bénéficiaire selon le cas et ce, notamment lorsqu'une nouvelle législation est adoptée postérieurement à la date d'adhésion du Contrat.

17.9. RÈGLES EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Mutuelle Bleue et UCR s'engagent à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. À ce titre, elles sont tenues de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans ses livres ou les opérations portant sur des sommes dont elles savent, soupçonnent ou ont de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou sont liées au financement du terrorisme.

17.10. ORGANISME DE CONTRÔLE

Mutuelle Bleue exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 Place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

Le rapport sur la solvabilité et la situation financière de Mutuelle Bleue prévu à l'article L. 355-5 du Code des assurances est accessible sur le site internet de la Mutuelle à l'adresse suivante : www.mutuellebleue.fr/qui-sommes-nous.

Tableau Capital Constitutif

« Horizon »

GARANTIE	Capital forfaitaire garanti	Montant de la rente mensuelle en euros	Montant total correspondant au cumul des rentes en fonction de la durée choisie			Capital constitutif (capital forfaitaire + cumul des rentes)		
			5 ans	8 ans	10 ans	5 ans	8 ans	10 ans
Niveau 1	2 000€	200€	12 000€	19 200€	24 000€	14 000€	21 200€	26 000€
Niveau 2	2 000€	300€	18 000€	28 800€	36 000€	20 000€	30 800€	38 000€
Niveau 3	2 000€	400€	24 000€	38 400€	48 000€	26 000€	40 400€	50 000€
Niveau 4	2 000€	500€	30 000€	48 000€	60 000€	32 000€	50 000€	62 000€
Niveau 5	2 000€	600€	36 000€	57 600€	72 000€	38 000€	59 600€	74 000 €