

CYBELE SOLIDARITE est une mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren n°443 885 355, dont le siège social est situé Domaine des Tourelles, 1 Avenue Winston Churchill, 33700 MERIGNAC (ci-après désignée « la mutuelle »), CYBELE SOLIDARITE est une mutuelle substituée par la MUTUELLE du REMPART, mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire Sirene sous le numéro Siren n°776 950 537 dont le siège social est situé 1 rue d'Austerlitz - CS 27 261 – 31072 TOULOUSE cedex 6.

Dans le cadre d'une convention de substitution, la MUTUELLE du REMPART se substitue intégralement à LA MUTUELLE CYBELE SOLIDARITE, en application de l'article L.211-5 du Code de la mutualité, pour la constitution des garanties d'assurance maladie, accident et décès offertes aux membres participants de LA SUBSTITUÉE et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1, 2 et 20 tels qu'ils sont définis dans le règlement des garanties.

La MUTUELLE du REMPART donne à LA MUTUELLE sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale dans les conditions prévues par l'article L. 211-5, I, alinéa 4, du Code de la mutualité. Si l'agrément accordé à la MUTUELLE du REMPART lui est retiré ou est déclaré caduc, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation.

Dans le cadre d'une convention de délégation de gestion conclue entre la Mutuelle Cybèle Solidarité et la Mutuelle du REMPART, la Mutuelle du REMPART assure la gestion de l'ensemble des garanties régies par le présent règlement.

## TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

### ARTICLE 1. : NATURE ET OBJET DU REGLEMENT

Le présent règlement mutualiste est régi par le Code de la mutualité.

Il a pour objet, en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et de l'article 5 des statuts de la mutuelle, de définir les droits et obligations réciproques existant entre les membres participants de la mutuelle et la mutuelle, dans le cadre de la garantie des risques suivants :

- **dépendance totale**
- **dépendance partielle**

Les adhérents ont le choix entre deux garanties :

- **rente viagère**
- **capital « Aménagement du Domicile » forfaitaire**

### ARTICLE 2. : MEMBRE PARTICIPANT

Les membres participants de la mutuelle sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Seuls peuvent adhérer au présent règlement, les membres participants régulièrement inscrits à la mutuelle.

L'adhésion s'effectue selon les conditions et modalités fixées au chapitre I du Titre II du présent règlement mutualiste. Il est remis à chaque membre participant un exemplaire des statuts de la mutuelle et du présent règlement mutualiste.

Toute personne perdant sa qualité de membre participant peut devenir, selon les modalités et conditions fixées par les statuts de la mutuelle, membre honoraire en versant une cotisation.

Le membre honoraire peut acquérir à nouveau la qualité de membre participant en adhérant à une garantie individuelle selon les modalités et conditions fixées par le présent règlement.

### ARTICLE 3. : DEFINITIONS

Les termes et expressions comportant la première lettre en majuscule ont la signification qui leur est attribuée ci-après :

**Accident** : est considéré comme un Accident, tout évènement soudain, imprévisible, irrésistible et extérieur au bénéficiaire ayant pour lui, des conséquences matérielles et/ou physiques telles que le bénéficiaire entre dans un état de Dépendance dans un délai de 6 mois maximum après la survenance de l'Accident.

Les événements liés à des opérations chirurgicales ou des interventions en milieu hospitalier, sauf celles découlant d'Accident, ne sont pas considérés comme Accidentels.

**Date de consolidation** : Date à partir de laquelle les séquelles consécutives à une Maladie ou un Accident prennent un caractère permanent, permettant de constater la stabilisation de l'état de santé du membre participant.

**Délai d'attente** : période qui suit la date d'effet de l'adhésion et pendant laquelle le membre participant paye sa cotisation sans pouvoir bénéficier des prestations pour tout ou partie du risque.

**Délai de carence** : Période qui court entre le jour de la constatation de la Dépendance par la mutuelle et le jour à compter duquel celle-ci paye ses prestations.

**Dépendance** : La Dépendance est considérée comme étant une perte d'autonomie et doit présenter un caractère permanent et entraînant de façon définitive l'assistance d'une tierce personne. Par assistance d'une tierce personne, on entend l'aide d'un membre du personnel médical. Cette aide peut être dispensée dans un établissement public, privé ou à domicile et ne comprend pas les simples interventions de type aide-ménagère comme les courses ou le ménage. L'état de Dépendance est mesuré après recours aux équipements adaptés (cannes, béquilles, déambulateur, fauteuil roulant, prothèses,).

**Dépendance Physique Totale** : Est considérée comme dépendante physique totale toute personne dont l'état de santé est consolidé et qui est classée par la mutuelle dans le GIR 1 ou 2 de la grille AGGIR et qui, suite à un Accident ou une Maladie, se trouve être reconnue dans l'impossibilité, totale et définitive, constatée par des examens médicaux appropriés, d'effectuer seule au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie quotidienne et qui justifie de l'assistance d'une tierce personne pour les effectuer.

**Dépendance Psychique Totale** : Est considérée comme dépendante psychique totale toute personne dont l'état de santé est consolidé et qui est classée par la mutuelle dans le GIR 1 ou 2 de la grille AGGIR et qui est atteinte de démence sénile invalidante ou de la Maladie d'Alzheimer, constatée par un rapport médical et après examen des résultats de tests psychotechniques, pratiqués par un neuropsychiatre et qui a une incapacité nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne.

**Dépendance Partielle** : Est considérée comme dépendante partielle, toute personne dont l'état de santé est jugé consolidé et qui est classée par la mutuelle dans le GIR 3 de la grille AGGIR et qui se trouve être reconnue dans l'impossibilité, totale et définitive, constatée par des examens médicaux appropriés, d'effectuer seule au moins deux des quatre actes ordinaires de la vie quotidienne et qui justifie de l'assistance d'une tierce personne pour les effectuer.

#### **Grille nationale Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources (AGIRR) :**

● **GIR 1 :**

Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie.

● **GIR 2 :**

Regroupe deux catégories majeures de personnes âgées :

- celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
- celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.

● **GIR 3 :**

Personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui ont besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle. La majorité de ces personnes n'assument pas seule l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.

● GIR 4 :

Comprend deux catégories de personnes âgées :

- Celles n'assurant pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement. Une grande majorité d'entre elles s'alimentent seules.
- Celles n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.

● GIR 5 :

Personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

● GIR 6 :

Personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

**Actes ordinaires de la vie quotidienne :**

- Se déplacer : la capacité de se déplacer sur une surface plane, après recours aux équipements adaptés. Si une personne peut se déplacer seule à l'aide d'une canne, d'une béquille, ou de tout autre équipement adapté, il sera considéré qu'elle est capable de se déplacer seule.
- Se laver : la capacité de satisfaire, de façon spontanée et non incitée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles : c'est à dire de laver le haut et le bas du corps.
- S'habiller : la capacité de mettre ou d'enlever ses vêtements ou toute prothèse orthopédique habituellement portée ; le seul handicap de ne pas pouvoir mettre ou enlever ses chaussures n'entre pas en considération.
- S'alimenter : la capacité de se servir et d'absorber la nourriture préalablement préparée et mise à disposition. La capacité de s'alimenter implique pouvoir couper ses aliments, se servir à boire, porter les aliments à sa bouche et les avaler.

**Maladie :** Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente autre que le membre participant lui-même ou un membre de sa famille et qui nécessite un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

**Proche :** Est considéré comme proche, la personne ayant un lien de parenté ou affectif avec la personne en état de Dépendance.

## TITRE II – ADHESION, CHANGEMENTS DE FORMULES, RESILIATION, DEMISSION, EXCLUSION, RADIATION

### CHAPITRE I. ADHESION - MUTATIONS

#### ARTICLE 4. : CONDITIONS D'ADHESION

---

Chaque personne candidate à l'adhésion doit être âgée entre 18 et 75 ans et être domiciliée en France métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM).

L'âge retenu est celui du candidat à l'adhésion au 31 décembre de l'année en cours.

L'adhésion est soumise aux conditions que la personne candidate à l'adhésion ne soit ni en arrêt de travail, ni en mi-temps thérapeutique, ni en disponibilité d'office pour Maladie au moment de la demande d'adhésion et qu'elle remplisse les conditions prévues au Questionnaire Médical Simplifié et le cas échéant au Questionnaire Médical Complet.

Pour les personnes bénéficiant d'un arrêt de travail entre la date de signature de leur demande d'adhésion et la date d'effet de leur adhésion, leur candidature ne sera pas prise en considération, elle devra être renouvelée après leur reprise d'activité à temps complet.

#### ARTICLE 5. : ADHESION

---

##### 5.1. – Modalités d'adhésion

Chaque personne candidate à l'adhésion se voit remettre avant la signature de la Demande d'Adhésion, les statuts de la mutuelle et le présent règlement mutualiste.

Elle peut adhérer à l'une des formules de garanties suivantes :

- Garantie de Niveau I « Dépendance totale » ;
- Garantie de Niveau II « Dépendance totale ou partielle » ;
- Garantie de Niveau III « Dépendance totale ou partielle ».

Le détail de chacune des garanties est décrit à l'article « DETAIL ET MONTANT DES GARANTIES ».

Ensuite, chaque personne candidate, après acceptation par sa signature du devis joint en annexe complète la Demande d'Adhésion sur laquelle elle indique notamment le niveau des garanties choisi et la signe.

Cette signature vaut accord des dispositions des statuts de la mutuelle et des droits et obligations, définis par le présent règlement mutualiste, qui s'imposent au membre participant.

À la demande d'Adhésion doit être joint le Questionnaire Médical Simplifié ou le Questionnaire Médical Complet selon l'âge du candidat à l'adhésion et le niveau de garantie qu'il a choisi :

- si l'âge du candidat est inférieur strictement à 70 ans, il doit compléter le Questionnaire Médical Simplifié quel que soit le niveau de garantie qu'il choisit. Dans le cas où le candidat répond positivement à au moins une question, il doit obligatoirement compléter le Questionnaire Médical Complet.
- si l'âge du candidat se situe entre 70 et 75 ans, il doit compléter le Questionnaire Médical Simplifié s'il opte pour la garantie de niveau I. Il doit compléter le Questionnaire Médical Complet s'il opte pour la garantie de niveau II ou de niveau III ou s'il répond positivement à au moins une question du Questionnaire Médical Simplifié.

A défaut de pouvoir valider le Questionnaire Médical Simplifié, le candidat complète le Questionnaire Médical Complet et le valide par sa signature. Il est soumis à l'accord préalable du service médical de la mutuelle qui statue au vu du questionnaire de santé complété, s'il y a lieu, par une visite médicale auprès d'un médecin désigné par elle.

À la Demande d'Adhésion doivent être joints :

- un mandat de prélèvement SEPA des cotisations sur compte bancaire accompagné d'un RIB,
- et à défaut la cotisation des trois premiers mois,
- le cas échéant, le certificat de radiation du précédent organisme assureur.

Le Questionnaire Médical devra être transmis sous pli confidentiel au Médecin conseil de la mutuelle.

La durée de validité d'un Questionnaire Médical est de 3 mois à compter de la date de signature.

Selon les réponses apportées, la candidature à l'adhésion pourra être acceptée ou refusée. Si la mutuelle accepte la Demande d'Adhésion, elle envoie au membre participant un Certificat d'Adhésion indiquant les garanties qu'il a souscrites, leurs montants, la date d'effet de l'adhésion, les délais d'attente éventuels et la date d'effet des garanties.

Si la mutuelle refuse la Demande d'Adhésion la mutuelle en informe la personne candidate et lui rembourse les cotisations qu'elle a versées.

La décision de la mutuelle de l'acceptation de la demande d'adhésion est valable 6 mois à compter de la date de notification au candidat à l'adhésion.

## **5.2. – Date d'effet et durée de l'adhésion**

**L'adhésion prend effet à la date indiquée au Certificat d'Adhésion pour une durée qui expire au 31 décembre de l'année en cours.** En cas de défaut de paiement de la cotisation, la date de prise d'effet des garanties est reportée à la date effective de son paiement.

Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation notifiée par lettre recommandée envoyée au moins deux mois avant son terme, le cachet de la poste faisant foi. La dénonciation de l'adhésion est effective le 31 décembre de l'année de la dénonciation, à minuit.

## **5.3. – Modification de l'adhésion**

Le membre participant doit informer la mutuelle de :

- tout changement d'activité professionnelle
- toute modification des conditions d'exercice de sa profession

- toute cessation temporaire ou définitive de son activité
- tout changement de son état civil
- tout changement de son adresse
- tout changement concernant le RIB

## **ARTICLE 6. : RENONCIATION**

---

Le membre participant peut renoncer à son adhésion au présent règlement pendant 14 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle prend effet l'adhésion. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Pour renoncer à son adhésion, le membre participant doit faire parvenir la demande de renonciation à

**Mutuelle du REMPART pour CYBELE Solidarité**

**81 Boulevard Carnot**

**CS 76945**

**31069 TOULOUSE CEDEX**

Par lettre recommandée avec avis de réception, accompagnée de l'exemplaire original de son Certificat d'Adhésion.

La mutuelle restituera au membre participant l'intégralité de la somme versée, dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation dont un modèle est proposé ci-après sous déduction des prestations éventuellement versées.

La lettre de renonciation pourra être rédigée en ces termes :

« Je soussigné(e) ..... (Nom, prénom), demeurant ..... (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au règlement CYBELIA DEPENDANCE pour la (ou les) garantie(s) à laquelle (auxquelles) j'ai adhéré le ..... (préciser la date) :

et demande le remboursement de l'intégralité des sommes que j'ai versées au titre de ma cotisation, sous déduction des prestations éventuellement versées par la mutuelle.

Date et Signature »

## **ARTICLE 7. : CHANGEMENTS DE FORMULES**

---

Les changements de formules de garanties à la hausse sont possibles à effet du 1<sup>er</sup> janvier de chaque année suivant la demande adressée par le membre participant à la mutuelle, sous réserve que le membre participant soit âgé de moins de 75 ans et qu'il se soumette à des formalités médicales.

Le membre participant doit adresser sa demande de changement de formule de garantie, par écrit au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre, à :

**Mutuelle du Rempart pour CYBELE Solidarité**

**81 Boulevard Carnot**

**CS 76945**

**31069 TOULOUSE CEDEX**

Le membre participant peut changer de formule de garantie à la hausse dans le cadre des offres promotionnelles ponctuelles proposées par la mutuelle Cybèle solidarité. Dans ce cas, le changement de formule prendra effet, par exception, le 1<sup>er</sup> jour du mois civil qui suit l'acceptation par la mutuelle de la demande écrite du membre participant.

Un changement de formule de garantie à la hausse s'entend du choix d'une formule de garantie dont le montant de la cotisation est plus élevé.

Un changement de formule de garantie à la baisse s'entend du choix d'une formule dont le montant de la cotisation est moins élevé.

Toute demande de changement de formule de garantie à la baisse après la mise en œuvre d'une précédente demande de changement dans une autre formule de garantie, ne pourra intervenir qu'après un délai de maintien de 12 mois minimum dans la formule de garantie en cours.

## CHAPITRE II. CESSATION DE L'ADHESION

### ARTICLE 8. : CESSATION DE L'ADHESION

---

#### **8.1. – Non renouvellement à l'initiative du Membre participant ou de la mutuelle**

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle, soit par acte extra-judiciaire, soit, lorsque la Mutuelle propose l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication, au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, à l'adresse suivante :

**Mutuelle du REMPART pour CYBELE Solidarité  
1 rue d'Austerlitz  
CS 27 261  
31072 TOULOUSE CEDEX 6**

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

La résiliation prend effet au 31 décembre minuit de l'année en cours, les cotisations restant dues jusqu'à cette date.

La date limite d'exercice du droit à résiliation de l'adhésion est rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation conformément aux dispositions légales.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Le membre participant peut, par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L 221-10-3 mettre un terme à l'adhésion, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de la reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou la date de notification.

#### **8.2. – Résiliation à l'initiative du membre participant**

En cas de modification des cotisations, les membres participants peuvent mettre fin à leur adhésion dans les conditions prévues à l'article « REVISION DES COTISATIONS »

#### **8.3. – Résiliation à l'initiative de la mutuelle**

##### **8.3.1. – Non-Paiement des cotisations**

**En cas de non-paiement des cotisations dues par le Membre participant, la mutuelle peut procéder à la résiliation dans les conditions prévues à l'article « NON-PAIEMENT DES COTISATIONS ».**

La cotisation est due pour le mois entier quelle que soit la date de résiliation de l'Adhésion au cours du mois.

##### **8.3.2 - Survenance du sinistre garanti durant le délai d'attente**

Dans le cas où il est constaté que le risque garanti est reconnu pendant le délai d'attente ou bien qu'il résulte d'une Maladie ayant débuté avant l'adhésion ou pendant le délai d'attente ou encore d'Accident survenu avant l'adhésion, la mutuelle ne prendra pas en charge le sinistre. Il y aura résiliation de l'adhésion avec remboursement des cotisations perçues, sauf s'il est constaté une fausse déclaration intentionnelle.

#### **8.4. – Résiliations exceptionnelles :**

Conformément à l'article L.221-17 du Code de la mutualité, lorsque le membre participant ne remplit plus les conditions nécessaires pour demeurer dans sa formule ou en cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, de changement de régime matrimonial, de changement de profession, de retraite professionnelle ou de cessation définitive ou temporaire d'activité professionnelle, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet le premier jour du mois qui suit la réception de sa notification.

La mutuelle doit rembourser au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

### **8.5. – Résiliation de plein droit**

L'adhésion est résiliée de plein droit dans les cas suivants :

- lorsque l'assuré perd la qualité de membre participant ou membre honoraire à la mutuelle,
- en cas de décès du membre participant.

La résiliation des garanties est de convention expresse fixée au jour de l'événement. La cotisation est proratisée en conséquence. En cas de décès, la cotisation du mois en cours n'est due que jusqu'au jour du décès.

### **8.6. – Omission et Fausse déclaration**

#### **Omission :**

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle peut maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de la cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord, la garantie prend fin selon les conditions visées par l'article L 221-15 du Code de la mutualité. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle, qui restitue au membre participant la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Le membre participant peut formuler une nouvelle demande d'adhésion dans les conditions définies au présent règlement mutualiste.

Si la constatation a lieu après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient dues être versées si le risque avait été exactement déclaré.

#### **Fausse déclaration :**

**Les déclarations faites par le membre participant, servent de base à la garantie. La mutuelle se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.**

**En cas de réticence ou de fausse déclaration du membre participant susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque, l'adhésion sera résiliée de plein droit sans préjudice, pour la mutuelle, de la possibilité de se prévaloir de la nullité de l'adhésion.**

**Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues.**

## **ARTICLE 9. : CONSEQUENCES DU NON RENOUVELLEMENT OU DE LA RESILIATION**

---

La résiliation donne droit au remboursement des cotisations versées au prorata de la période d'assurance non garantie sauf stipulations contraires prévues au présent règlement mutualiste.

En cas de résiliation de l'adhésion, le service des prestations Dépendance en cours est maintenu au niveau atteint à la date d'effet de la résiliation et ceci jusqu'au terme prévu par la garantie.

## **TITRE III – LES GARANTIES**

### **CHAPITRE I. DISPOSITIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES**

#### **ARTICLE 10. : TERRITORIALITE DES GARANTIES**

---

Les garanties du membre participant sont acquises en France métropolitaine, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM). Dans le reste du monde, les garanties sont acquises pour des séjours du membre participant n'excédant pas 3 mois.

## ARTICLE 11. : RISQUES EXCLUS

---

Ne sont pas garanties et ne donnent lieu à aucun paiement, les conséquences :

- D'UNE AFFECTION, D'UNE MALADIE, D'UN ACCIDENT OU D'UNE INFIRMITÉ DONT LA 1ÈRE CONSTATATION MÉDICALE EST ANTERIEURE A LA PRISE D'EFFET DES GARANTIES ET A L'EXPIRATION DU DELAI D'ATTENTE. LES GARANTIES S'EXERCENT CEPENDANT SUR LES AFFECTIONS, MALADIES, ACCIDENTS OU INFIRMITÉS QUI ONT ÉTÉ DÉCLARÉES AU QUESTIONNAIRE MÉDICAL SAUF SI ELLES ONT FAIT L'OBJET D'UNE EXCLUSION PORTÉE SUR LE CERTIFICAT D'ADHESION,
- DE FAITS DE GUERRES ÉTRANGÈRES LORSQUE LA FRANCE EST PARTIE BELLIGÉRANTE,
- DE GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE, D'ATTENTAT, D'ACTE DE TERRORISME, D'ÉMEUTE, D'INSURRECTION, QUEL QUE SOIT LE LIEU OU SE DÉROULENT CES ÉVÉNEMENTS ET QUELS QU'EN SOIENT LES PROTAGONISTES, DES LORS QUE LE MEMBRE PARTICIPANT Y PREND UNE PART ACTIVE,
- DU FAIT INTENTIONNELLEMENT CAUSE OU PROVOQUE PAR LE MEMBRE PARTICIPANT OU LE BÉNÉFICIAIRE,
- DE MUTILATION VOLONTAIRE, DU REFUS DE SE SOIGNER AU SENS DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, BLESSURES OU MALADIES.
- DES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS D'EXPLOSION, DE DÉGAGEMENT DE CHALEUR, D'IRRADIATION PROVENANT DE LA TRANSMUTATION DE NOYAUX D'ATOME,
- DE DÉMONSTRATIONS, RAIDS, ACROBATIES, COMPÉTITIONS, MATCHS, PARIS, TENTATIVES DE RECORDS,
- DE VOLS SUR APPAREILS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT DE NAVIGABILITÉ OU POUR LESQUELS LE PILOTE NE POSSEDE PAS UN BREVET OU UNE LICENCE VALIDE,
- DE VOLS SUR AILES VOLANTES, ULM, PARAPENTE, RALLYES, COURSES MOTOCYCLISTES ET AUTOMOBILES, SAUTS À L'ÉLASTIQUE,
- D'ACTIVITÉS SPORTIVES OU DE LOISIRS PRATIQUÉES DANS LE NON-RESPECT DE LA RÉGLEMENTATION, DES RÈGLES, CONSIGNES ET RECOMMANDATIONS DE SÉCURITÉ, DE PRUDENCE ÉLÉMENTAIRE OU PRATIQUÉES AU MOYEN D'UN MATÉRIEL NON CONFORME À L'USAGE QUI EN EST FAIT OU PRATIQUÉES À TITRE PROFESSIONNEL,
- DE CATACLYSMES, CATASTROPHES NATURELLES, TREMBLEMENT DE TERRE, ÉRUPTION VOLCANIQUE, RAZ DE MAREE,
- D'USAGE DE STUPEFIANTS, DROGUES, PRODUITS TOXIQUES,
- D'INGESTION DE MÉDICAMENTS NON PRESCRITS OU ABSORBÉS ABUSIVEMENT,
- D'ACCIDENTS DONT EST VICTIME L'ASSURÉ ALORS QU'IL SE TROUVE EN ÉTAT D'ALCOOLÉMIÉ OU D'IVRESSE MANIFESTE, LORSQUE SA RESPONSABILITÉ EST ENGAGÉE,
- DE LA CONSOMMATION RÉGULIÈRE ET EXCESSIVE DE BOISSONS ALCOOLISÉES CONSTATÉES, AINSI QUE LES COMPLICTIONS PHYSIQUES OU NEUROPSYCHIATRIQUES D'ABUS CHRONIQUE OU DE CONSOMMATION EXCESSIVE DE BOISSONS ALCOOLISÉES,
- DE LA CONSOMMATION RÉGULIÈRE ET EXCESSIVE DE TABAC, AINSI QUE LES COMPLICTIONS PHYSIQUES OU NEUROPSYCHIATRIQUES D'ABUS CHRONIQUE OU DE CONSOMMATION EXCESSIVE DE TABAC.

Le fait que la mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

## ARTICLE 12. - CONTROLE MEDICAL

---

### 12.1. – Visite médicale et enquête

La mutuelle se réserve le droit de soumettre à visite médicale ou à enquête tout membre participant qui formule une demande ou bénéficie du versement de prestations, pour vérifier la réalité du sinistre et la validité de la déclaration faite par le membre participant, lors de l'adhésion à la garantie.

Au vu des conclusions du contrôle médical ou de l'enquête, la mutuelle statue sur l'acceptation ou le rejet de la demande, l'arrêt ou la poursuite du paiement des prestations et notifie sa décision à l'intéressé directement par courrier.

Le membre participant qui refuse de se soumettre à un contrôle médical ou à une enquête ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, verra l'effet de sa garantie suspendue sans préavis. Il en sera de même si le membre participant est absent du domicile en dehors des heures autorisées par le médecin sauf à ce qu'il prouve un cas de force majeure pour expliquer son absence.

### 12.2. – Conciliation en cas de refus de prise en charge

Tout refus de prise en charge par la mutuelle suite à un contrôle médical et dès lors qu'il ne résulte pas d'une fausse déclaration intentionnelle peut faire l'objet, à la demande du membre participant, d'une procédure de conciliation dans un délai de deux mois qui suit ce contrôle.

Une demande écrite doit être adressée par le membre participant et mentionner la demande d'une mise en place de cette procédure accompagnée d'un certificat médical établi par son médecin qu'il désignera pour le représenter. La demande doit mentionner que le membre participant accepte les règles de la procédure de conciliation. Cette demande doit être adressée à la mutuelle dans les meilleurs délais afin de mettre en place cette procédure.

Le médecin que le membre participant aura désigné et le médecin conseil de la mutuelle rechercheront une position commune relative à l'état de santé du membre participant.

En cas d'accord, les deux parties établiront un procès-verbal d'accord. Dans le cas contraire, la mutuelle invite alors son médecin conseil et le médecin du membre participant à désigner un médecin tiers pour les départager, les conclusions de cet expert s'imposeront aux deux parties.

En tout état de cause, chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin. Ceux du médecin tiers arbitre, ainsi que les frais liés à sa mission sont à la charge de la partie perdante.

Quel que soit le résultat de cette conciliation les deux parties ont la faculté d'exercer une action en justice.

#### **ARTICLE 13. : REVISION DES GARANTIES**

---

Les garanties peuvent être modifiées à tout moment par la mutuelle en fonction notamment de l'évolution de la réglementation relative à la protection sociale dont celle relative à la Sécurité sociale, suite, par exemple, à des mesures de désengagement ou des modifications des bases de remboursement, et à celle relative à la fiscalité.

L'évolution des garanties doit être notifiée au membre participant.

#### **ARTICLE 14. : FRAUDE ET FAUSSE DECLARATION**

---

**En cas de fraude ou de fausse déclaration du membre participant ayant entraîné le paiement de prestations, la mutuelle peut décider de la suspension immédiate et sans préavis du service de la prestation et la nullité de la garantie.**

**Une enquête sera demandée par la mutuelle afin que l'intéressé fournisse toutes explications nécessaires.**

**Si le résultat de l'enquête confirme les faits reprochés au membre participant, il peut être décidé le remboursement des prestations déjà servies et / ou l'annulation des droits de l'intéressé au titre de l'adhésion ainsi que le remboursement des frais engagés par la mutuelle suite à cette fraude.**

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle faite par le membre participant entraîne la nullité de la garantie dès lors que cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou diminue l'opinion pour la mutuelle, et ce alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.**

**Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. La mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pour le recouvrement des sommes indûment payées au membre participant ou à ses bénéficiaires.**

**Les présentes dispositions n'altèrent en rien les dispositions de l'article « CESSATION DE L'ADHESION » en cas d'omission.**

### **CHAPITRE II. GARANTIE DEPENDANCE TOTALE ET PARTIELLE**

#### **ARTICLE 15. : OBJET DES GARANTIES**

---

Les garanties Dépendance du présent règlement mutualiste ont pour objet d'assurer au membre participant, et éventuellement à son ayant droit inscrit, le paiement, en cas de Dépendance Physique ou de Dépendance Psychique Totale ou de Dépendance Partielle reconnue comme telle par la mutuelle, d'une rente viagère dont le montant dépend de la garantie choisie par le membre participant et telle que figurant au Certificat d'Adhésion.

- Viagère,
- Mensuelle,
- À terme échu,
- D'un montant fixé en fonction du lieu de résidence du bénéficiaire :
  - Au minimum 330 € pour les bénéficiaires résidant à leur domicile ou au domicile d'un proche. Cette rente est versée dès le 31<sup>ème</sup> jour suivant la reconnaissance par la mutuelle de l'état de Dépendance,
  - Au minimum 660 € pour les bénéficiaires ne résidant pas/plus à leur domicile ou au domicile d'un proche. Cette rente est versée :

- Si le membre participant ne bénéficie pas de la rente spécifique pour les bénéficiaires résidant à leur domicile ou au domicile d'un proche comme exposé précédemment (rente minimum de 300 €).
- Après un délai de carence de 180 jours à compter du jour où il a perçu le capital « aménagement du domicile », décrit ci-après, le cas échéant. Dans l'intervalle il continuera à bénéficier de la rente minimum de 300 €.

- Servie tant que l'état de Dépendance persiste et au plus tard jusqu'au décès du membre participant.
- Paiement d'un capital « Aménagement du domicile », Capital versé au 31<sup>ème</sup> jour suivant la reconnaissance par la mutuelle de l'état de Dépendance du bénéficiaire s'il réside à son domicile ou au domicile d'un proche. Ce capital n'est payé qu'une seule fois.

## **ARTICLE 16. : DETAIL ET MONTANT DES GARANTIES**

---

### **16.1. – Les différentes formules**

Le montant des prestations versées par la mutuelle dépend directement du niveau des garanties choisi par le membre participant tel que figurant au Certificat d'Adhésion.

- **La Garantie de Niveau I « Dépendance totale » :**

La mutuelle verse une rente mensuelle de 660 euros en cas de Dépendance Totale si le membre participant est en établissement, et de 330 euros si le membre participant réside à son domicile ou au domicile d'un proche.

Au surplus un capital de 2 000 euros peut également être versé si le membre participant réside à son domicile ou au domicile d'un proche, pour des travaux d'aménagements spécifiques liés à la situation de dépendance du membre participant. Le versement sera effectué sur production d'une facture originale, détaillée et acquittée.

Le niveau de rente versée sera ajusté en fonction de l'évolution du niveau de Dépendance du bénéficiaire et de son lieu de vie, dans un sens comme dans l'autre. **Le capital n'est versé qu'en une seule fois.**

- **La Garantie de Niveau II « Dépendance totale ou partielle » :**

La mutuelle verse une rente mensuelle de 660 euros en cas de Dépendance Totale si le membre participant est en établissement, et de 330 euros si le membre participant est à domicile ou au domicile d'un proche.

En cas de Dépendance partielle une rente mensuelle de 400 euros est versée si le membre participant est en établissement et de 200 euros si le membre participant est à domicile ou au domicile d'un proche.

Au surplus, en cas de Dépendance totale ou partielle, un capital de 2 000 euros peut également être versé si le membre participant réside à son domicile ou au domicile d'un proche, pour des travaux d'aménagements spécifiques liés à la situation de dépendance du membre participant. Le versement sera effectué sur production d'une facture originale, détaillée et acquittée.

Le niveau de rente versée sera ajusté en fonction de l'évolution du niveau de Dépendance du bénéficiaire et de son lieu de vie, dans un sens comme dans l'autre. **Le capital n'est versé qu'en une seule fois.**

- **La Garantie de Niveau III « Dépendance totale ou partielle » :**

La mutuelle verse une rente mensuelle de 1 000 euros en cas de Dépendance Totale si le membre participant est en établissement, et de 500 euros si le membre participant est à domicile ou au domicile d'un proche.

En cas de Dépendance partielle une rente mensuelle de 600 euros est versée si le membre participant est en établissement et de 300 euros si le membre participant est à domicile ou au domicile d'un proche.

En cas de Dépendance totale ou partielle, un capital de 5 000 euros peut également être versé en cas de Dépendance si le bénéficiaire vit à son domicile ou au domicile d'un proche.

Le niveau de rente versée sera ajusté en fonction de l'évolution du niveau de Dépendance du bénéficiaire et de son lieu de vie, dans un sens comme dans l'autre. **Le capital n'est versé qu'en une seule fois.**

## **16.2. – Changement de formule et indivisibilité des garanties**

Dans le cas où le membre participant a souscrit à la garantie de Niveau I « Dépendance totale », les garanties de Niveaux II et III « Dépendance partielle ou totale » ne pourront pas être souscrites ultérieurement, sauf si le membre participant accepte de se soumettre à de nouvelles formalités médicales.

La garantie Dépendance partielle ne peut être souscrite seule. Elle est indissociable de la garantie Dépendance totale. De même, le « capital aménagement du domicile » ne peut être souscrit seul et est indissociable de la garantie Dépendance totale et ou partielle.

Le capital « aménagement du domicile » suivra automatiquement les conditions d'attribution de la garantie Dépendance. Il ne pourra, en aucun cas, être versé en cas de Dépendance partielle si cette garantie n'a pas été souscrite.

Le montant de la prestation peut être fonction du degré de Dépendance constaté par le médecin de la mutuelle, selon le choix de garantie fait à l'adhésion. En cas de Dépendance partielle, si cette garantie est prévue au contrat, la mutuelle verse au membre participant la rente souscrite et mentionnée au Certificat d'Adhésion.

Lorsque l'état de santé du membre participant justifiait initialement le versement d'une rente au titre de la Dépendance partielle, cette garantie ayant été souscrite, et que l'aggravation ultérieure de l'état de santé du membre participant est médicalement attestée, amène la mutuelle à constater un état de Dépendance totale, le montant de la rente versée sera augmenté et porté à celui prévu en cas de Dépendance totale.

**Toutefois, le capital aménagement du domicile n'est versé qu'une seule fois au membre participant. Par conséquent, en cas d'aggravation de son état de santé, aucun capital supplémentaire ne lui sera versé.**

## **ARTICLE 17. : DECLARATION DE L'ETAT DE DEPENDANCE**

---

### **17.1. – Procédure de déclaration**

Les déclarations de Dépendance s'effectuent à l'aide d'un formulaire de demande de prestation établi par la mutuelle. A l'appui de la demande de prestation, le membre participant ou un proche joint les pièces suivantes :

- un certificat médical attestant de la perte d'autonomie et de la nature de l'affection en cause ainsi que la date de sa première constatation médicale,
- une copie du Certificat d'Adhésion,
- un dossier médical comportant les comptes rendus d'hospitalisation, le résultat des examens et bilan de santé effectués (notamment les tests d'évaluation des fonctions cognitives en cas de détérioration intellectuelle),
- un document de prise en charge par un régime de Sécurité sociale permettant de justifier d'une manière constante :

- En cas d'invalidité-Dépendance d'origine physique :

- de l'assistance à domicile d'une tierce personne rémunérée complétant les services de soins pris en charge par un régime de la Sécurité sociale (Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 et Décret n° 81-448 du 8 mai 1981) ;
- ou d'une hospitalisation en centre de long séjour, reconnue et prise en charge par un régime de la Sécurité sociale (Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 et Circulaire n° 1575 du 24 septembre 1971) ;
- ou d'un hébergement en section de cure médicale pris en charge par un régime de la Sécurité sociale (Décret n° 78-478 du 29 mars 1978) ;

- En cas d'invalidité-Dépendance d'origine psychique :

- de l'assistance à domicile d'une tierce personne rémunérée complétant les soins pris en charge par un régime de la Sécurité sociale ;
- d'un séjour en établissement psychiatrique (unité, centre ou hôpital) dans le cadre de l'hébergement en établissement spécialisé reconnu et pris en charge par un régime de la Sécurité sociale ;

- En cas d'invalidité 3e catégorie Sécurité sociale :

- le titre d'invalidité 3e catégorie avec recours à l'assistance d'une tierce personne (Article L314-4 du Code de la Sécurité Sociale).

Dans le cas où le membre participant bénéficie de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) ou en a déjà fait la demande :

- le compte-rendu de l'évaluation de la perte d'autonomie transmis au conseil général en vue de l'attribution de l'APA,
- la notification de décision d'attribution de l'APA,
- le plan d'aide,
- une attestation du prestataire de soins précisant les tâches effectuées par l'intervenant auprès du membre participant au titre de cette aide.

Pour tous les membres participants de moins de 62 ans :

- un récapitulatif de prise en charge par un régime de prévoyance de la situation d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité des deux dernières années.

L'attestation de l'état de Dépendance du membre participant, certifiée médicalement par le médecin traitant, devra parvenir sous enveloppe confidentielle adressée au Médecin Conseil de la mutuelle dès que l'état médical du membre participant sera considéré comme susceptible d'ouvrir droit à paiement de la prestation.

### **17.2. – Expertise médicale**

L'état de Dépendance du membre participant sera évalué sur la base d'une expertise médicale par un médecin expert missionné par la mutuelle. Cette expertise a lieu au cabinet de l'expert ou au domicile du bénéficiaire ou dans un établissement médicalisé.

Le Membre participant doit laisser libre accès à son dossier médical. **Le bénéficiaire qui refuserait de se soumettre à l'expertise médicale demandée par la mutuelle, ou refuserait l'accès à son dossier médical, perdrait ses droits à prestations.** Cette expertise pourra être étayée par des renseignements complémentaires si les éléments décrivant la Dépendance du bénéficiaire paraissent insuffisants. Le Médecin Conseil de la mutuelle aura toujours la possibilité de faire pratiquer les examens médicaux qu'il jugera nécessaires.

### **17.3. – La reconnaissance de l'état de Dépendance**

La reconnaissance de la Dépendance ne s'effectue qu'en France Métropolitaine et d'Outre-Mer. Pour être valables, les documents médicaux doivent être établis par un médecin qui remplit les conditions d'exercice pour pratiquer son art en France Métropolitaine ou dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM).

Le membre participant doit informer la mutuelle de tout changement intervenant dans sa situation susceptible d'avoir une incidence sur l'état de Dépendance permettant de bénéficier de la garantie et produire toutes les pièces justificatives. Le membre participant s'engage à rembourser spontanément à la mutuelle toutes les sommes qu'elle lui aurait versées à tort du fait de sa méconnaissance des changements intervenus dans sa situation.

Il incombe au membre participant, ou à toute autre personne de son entourage, d'apporter les pièces justificatives de l'état de santé du bénéficiaire.

### **17.4. – Contestation et arbitrage de l'évaluation de l'état de Dépendance**

Dans le cas où le bénéficiaire et le médecin traitant du bénéficiaire seraient en désaccord avec la décision du Médecin Conseil de la mutuelle, il sera procédé à l'établissement d'un compromis d'arbitrage aux termes duquel le membre participant et la mutuelle s'en remettent à la décision d'un Médecin Expert.

Ce médecin sera choisi sur la liste des experts auprès des Tribunaux parmi les spécialistes en gériatrie, en psychiatrie ou de toute autre spécialité adaptée à l'état de Dépendance du bénéficiaire. A défaut d'entente sur ce choix, l'expert sera désigné par le Tribunal de Grande Instance du domicile du membre participant qui statuera à la requête de la partie la plus diligente.

Les honoraires et frais relatifs à ce troisième médecin seront supportés à charges égales par les deux parties.

Dans le cas où un dossier est refusé il pourra être examiné à nouveau par le Médecin Conseil de la mutuelle aux conditions suivantes :

- un délai de trois mois minimum s'est écoulé depuis la dernière étude,
- des pièces justificatives actualisées devront être produites : elles devront comporter des éléments nouveaux justifiant de l'aggravation de l'état de santé du membre participant intervenus depuis la dernière demande.

- l'adhésion doit être en vigueur.

Pour un membre participant reconnu en Dépendance partielle, dont l'état s'est aggravé, justifiant la demande de reconnaissance en Dépendance totale, une nouvelle demande devra être faite par lettre recommandée avec accusé de réception.

#### **ARTICLE 18. : DELAI DE CARENCE**

---

Le Délai de carence est de 30 jours à partir du moment où la dépendance est constatée par la mutuelle.

Le délai est de 180 jours à compter du jour où le bénéficiaire a perçu le capital « aménagement du domicile », dans le cas d'une augmentation de garantie lorsque le bénéficiaire ne réside plus à son domicile ou au domicile d'un proche. Dans l'intervalle la rente minimum de 330 € spécifique pour le bénéficiaire résidant à son domicile ou au domicile d'un proche continue à être versée au bénéficiaire.

#### **ARTICLE 19. : DELAI D'ATTENTE**

---

**Pour les nouveaux membres participants au présent règlement, il est instauré un Délai d'attente suivant la date d'effet de leur adhésion. Aucun sinistre survenant pendant cette période ne sera garanti.**

Les Délais d'attente sont les suivants :

a). **3 ans en cas de Dépendance consécutive à une affection neurologique ou psychiatrique, à une affection liée aux troubles de la personnalité ou du système nerveux, à la Maladie d'Alzheimer ou tout état de Dépendance psychique totale à la Maladie de Parkinson ou à la sclérose en plaques.**

b). **1 an en cas de Dépendance due à une Maladie autre que celles mentionnées au paragraphe précédent.**

**En cas de Dépendance due à un Accident survenu après la prise d'effet de l'adhésion, il n'est pas fait application de Délais d'attente.**

### **CHAPITRE III. VERSEMENT DES PRESTATIONS**

#### **ARTICLE 20. : CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS**

---

##### **20.1 – Documents à remettre à la mutuelle**

Outre les pièces justificatives nécessaires à la déclaration de dépendance prévue à l'article 16-1, le membre participant doit faire parvenir pour le versement de la rente le questionnaire médical de déclaration de Dépendance, pour le versement de la rente.

Après la mise en service de la rente, le bénéficiaire ou son représentant légal, devra adresser chaque année à la mutuelle :

- un certificat de vie
- une copie de son certificat d'imposition.

En l'absence de communication de ces pièces, la mutuelle se réserve le droit de suspendre le versement de la rente.

#### **ARTICLE 21. : CONDITIONS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS**

---

##### **21.1. – Point de départ des prestations**

La reconnaissance de la Dépendance par la mutuelle donne droit à la perception par le membre participant de la rente souscrite. Il a également le droit, selon son lieu de résidence, au capital « Aménagement du domicile » dont le montant est celui souscrit.

L'âge pris en compte est l'âge exact du bénéficiaire de la reconnaissance de l'état de Dépendance par le médecin conseil désigné par la mutuelle.

Le point de départ de la rente est fixé au 31<sup>ème</sup> jour qui suit la date de la reconnaissance par la mutuelle de l'état de Dépendance, si le bénéficiaire est en vie, en tenant compte du délai d'attente exposé à l'Article « DELAI D'ATTENTE ».

La rente majorée du fait de la modification du lieu de résidence dans un établissement ne pourra être versée qu'au minimum 180 jours après le versement du capital « aménagement du domicile ».

#### **21.2. – Paiement des prestations**

La rente est payable au membre participant mensuellement, à terme échu au dernier jour de chaque mois, à condition qu'il soit toujours en vie et tant que son état de Dépendance perdure.

Elle est payée en EUROS par virement sur un compte domicilié en France Métropolitaine et dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM).

Un prorata de rente, calculé au *pro rata temporis*, est payé à terme échu pour la période allant du point de départ du paiement de la rente au dernier jour du mois civil dans lequel se trouve ce point de départ.

Les prestations sont payées exclusivement par virement.

#### **21.3. – Changement de situation au cours du versement des prestations**

Pendant le service de la rente, le membre participant sera tenu d'informer la mutuelle dans un délai de 30 jours, par lettre recommandée avec accusé réception, sur l'évolution de son état de santé et notamment de l'aviser :

- d'un changement d'établissement,
- de son retour à son domicile ou à celui d'un proche.

#### **21.4. – Documents à remettre à la mutuelle**

Dans le cadre de la perception de la rente majorée, une fois par trimestre, la mutuelle demandera de produire les factures d'hébergement de l'établissement où réside le bénéficiaire.

Une fois par an, la mutuelle demandera au membre participant de produire un certificat de vie. En dehors de cette périodicité, la mutuelle se réserve le droit avant tout règlement d'arrérage de rente de vérifier que le bénéficiaire est toujours en état de Dépendance en lui demandant communication d'un justificatif supplémentaire. En cas de refus du membre participant de se soumettre à un contrôle ou de communiquer les documents demandés, le paiement de la rente cessera.

#### **21.5. – Application d'un prorata temporis en cas de décès du bénéficiaire**

La mutuelle doit être avisée du décès du bénéficiaire par tous moyens et dans les 15 jours suivant sa survenance. Un prorata de rente, calculé *pro rata temporis*, est payé à terme échu pour la période allant du premier jour du mois civil dans lequel a eu lieu le décès à la date exacte du décès. Les arrérages de rentes éventuellement versées au titre de la période postérieure au décès devront être remboursés à la mutuelle.

#### **21.6. – Versement du capital « Aménagement du domicile »**

Le capital « Aménagement du domicile », est versé au 31<sup>ème</sup> jour qui suit la date de la reconnaissance par la mutuelle de l'état de Dépendance, si le bénéficiaire est en vie, en tenant compte du délai d'attente exposé à l'Article « DELAI D'ATTENTE »

### **ARTICLE 22. : CONTROLE ET VERIFICATION**

---

A la déclaration de la Dépendance comme au cours du versement des arrérages de rentes, en cas de doute quant à la situation réelle du bénéficiaire, la mutuelle se réserve la faculté de procéder à un contrôle, notamment en faisant examiner le bénéficiaire par un médecin expert et/ou en faisant pratiquer les examens médicaux qu'il jugera nécessaires.

### **ARTICLE 23. : FORCLUSIONS**

---

Le dossier complet de déclaration de la Dépendance doit parvenir à la mutuelle dans les 180 jours qui suivent la constatation de l'état médical de Dépendance du membre participant. Ce délai n'impacte en rien les dispositions de l'article L 221-11 du Code de la Mutualité.

Tout retard injustifié (sauf cas de force majeure) dans la déclaration de la Dépendance,

- soit fera débiter la réalisation du risque au jour de la déclaration, si l'expertise confirme cet état,
- soit si le retard rend impossible le fait de savoir si la Dépendance résulte ou non des risques exclus ou survient dans la période garantie ou non, fera perdre au membre participant le bénéfice des prestations prévues, l'état de Dépendance étant apprécié par le Médecin Conseil de la mutuelle.

#### **ARTICLE 24. : REVISION DES PRESTATIONS**

---

Les prestations sont révisables et déterminées chaque année par le Conseil d'administration de la mutuelle et opposable au Membre Participant :

- au 31 décembre de chaque année.
  - automatiquement, en cas de modification des taxes auxquelles ce règlement pourrait être soumis.
  - automatiquement, en cas d'adaptation nécessaire à une nouvelle législation française, européenne ou internationale applicable aux présentes garanties.
- En cas de révision des tarifs et/ou garanties, ceux-ci s'appliquent automatiquement tant aux affaires nouvelles qu'aux affaires déjà en portefeuille.

### **TITRE IV – LES COTISATIONS**

#### **ARTICLE 25.**

---

##### **25.1. – Montant de la cotisation**

La cotisation est annuelle. Elle est fixée par tranche d'âge selon la garantie choisie par le membre participant et figure en annexe I du présent règlement mutualiste.

Elle est déterminée, chaque année par le Conseil d'administration de la mutuelle après consultation de la Mutuelle du Rempart, mutuelle auprès de laquelle est substituée la Mutuelle CYBELE SOLIDARITE.

Conformément à l'article 114-7 du Code de la mutualité le membre participant est informé des modifications des montants des cotisations afférentes à la garantie à laquelle il adhère et elles lui sont applicables dès notification.

L'âge est calculé par différence de millésime entre la date d'émission de la cotisation et l'année de naissance du bénéficiaire moins une année. Il y a changement de cotisation dès lors que le bénéficiaire change de tranche d'âge.

##### **25.2. – Paiement des cotisations**

Le membre participant est tenu au paiement de la cotisation annuelle due.

Le montant de la cotisation annuelle est mentionné sur chaque échéancier des cotisations. La cotisation est due pour l'année civile.

La cotisation est prélevée mensuellement par la mutuelle sur le compte bancaire du membre participant. Elle peut être acquittée par précompte sur le salaire du membre participant en cas de mise en place d'une convention spécifique.

En cas de décès d'un bénéficiaire, la cotisation perçue au titre des périodes non couvertes mensuelles ultérieurement à la date à laquelle l'événement s'est produit, est remboursée au prorata.

##### **25.3. – Non-paiement des cotisations**

Le membre participant qui n'a pas réglé sa cotisation ou la fraction de celle-ci venue à échéance dans les dix jours de cette échéance, verra sa garantie suspendue dans tous ses effets, trente jours après sa mise en demeure effectuée par la mutuelle. Aucune prestation ne peut être servie pendant la période de suspension.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de l'adhésion, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisations, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Conformément à l'article L 221-7 du Code de la Mutualité la mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu précédemment.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties. La garantie non résiliée reprend

pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle 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.

Dans tous les cas, la mutuelle poursuivra par tous les moyens de droit le recouvrement des cotisations arriérées. Il est de convention expresse que toutes les contestations ou poursuites, devront être portées devant les Tribunaux compétents au siège social de la mutuelle, en l'absence de clause légale attributive de compétence. Éventuellement en cas de notification tardive de changement de situation, les honoraires d'huissiers restent à la charge du membre participant. Dans tous les cas où la mutuelle est amenée à exercer des poursuites pour assurer le recouvrement des cotisations ou fractions de cotisations arriérées, il est expressément convenu que le principal des cotisations ou fractions de cotisations sera majoré des frais exposés.

#### **25.4 – Exonération de la cotisation**

La cotisation cesse d'être due au premier jour suivant la reconnaissance de l'état de Dépendance Totale par la mutuelle.

#### **25.5. – Révision de la cotisation**

Les cotisations sont réexaminées par la mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiées en fonction notamment des résultats du compte technique d'exploitation du présent règlement mutualiste.

Les cotisations peuvent également être modifiées à tout moment par la mutuelle en fonction notamment de l'évolution de la réglementation relative à la protection sociale et notamment celle relative à la Sécurité Sociale, suite, par exemple, à la création d'un régime obligatoire Dépendance, et de celle relative à la fiscalité.

Le changement de cotisations doit être notifié au membre participant avant sa date de prise d'effet et dans les conditions fixées à l'article L 221-10-1 du Code la mutualité.

En cas de désaccord, le membre participant doit en aviser la mutuelle dans les conditions fixées à l'article 221-10-1 du Code de la mutualité.

A défaut d'accomplissement de cette formalité par le membre participant, celui-ci est réputé avoir accepté le changement.

### **TITRE V - AUTRES GARANTIES INCLUSES**

#### **Informations concernant les garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance**

#### **ARTICLE 26. : LES GARANTIES ASSISTANCE ET ACCESSOIRES**

**26.1.** – Sauf stipulation contraire dans le tableau des garanties, les bénéficiaires du présent règlement mutualiste ont droit à la date d'effet de leur adhésion aux garanties du contrat d'assistance "CYBELIA ASSISTANCE DEPENDANCE ". Cette garantie est souscrite, dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la Mutuelle CYBELE SOLIDARITE sur décision du Conseil d'Administration auprès IMA ASSURANCES – 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9– Société Anonyme au capital de 7 000 000 euros, entreprise régie par le Code des assurances.

Ce contrat collectif est résumé dans une notice d'information « CYBELIA ASSISTANCE DEPENDANCE » établie par IMA ASSISTANCE et remise au Membre participant préalablement à la demande d'adhésion.

**26.2.** – Cette garantie Assistance intervient :

- **lorsque l'adhérent devient aidant ou aidé**
- **en cas d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé**
- **en cas d'Accident corporel ou de Maladie de l'aidant.**

Et selon les conditions fixées dans la notice d'information établie par IMA ASSURANCES.

**26.3.** – Les prestations sont les suivantes, selon les conditions fixées dans la notice d'information établie par IMA ASSURANCES et figurant en annexe 2 :

- information et Conseils.
- soutien de l'aidant en cas de survenance ou d'aggravation de perte d'autonomie de l'aidé.
- formation de l'aidant en cas de survenance ou d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé.
- garanties en cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation de l'aidant.
- garanties proposées en cas de besoin de répit de l'aidant.
- garanties maintien à domicile proposées en cas de survenance ou d'aggravation de perte d'autonomie de l'aidé.
- garanties en cas de non maintien au domicile.

## TITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES

### ARTICLE 27. : SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la mutuelle est subrogée de plein droit, dans les droits et actions du bénéficiaire victime d'un Accident ou d'une maladie, contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à concurrence due de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par les COASSUREURS n'indemnise ces éléments de préjudice. De même en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Afin de permettre à la mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant s'engage à déclarer à la mutuelle, dans les meilleurs délais, tout Accident dont est victime le membre participant.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la mutuelle n'a pu faire valoir leurs droits, ceux-ci disposent d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

### ARTICLE 28. : PRESCRIPTION

**Toutes actions dérivant du présent règlement mutualiste sont prescrites par deux 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 la mutuelle 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 du membre participant ou du bénéficiaire contre la mutuelle 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 le membre participant ou le bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci :

- la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier,
  - la signification d'une citation en justice, même en référé, un commandement ou une saisie,
  - la citation en conciliation lorsqu'elle est suivie d'une assignation en justice signifiée dans les délais de droit,
- et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

En outre, l'interruption de la prescription de l'action peut résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée :

- par la mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation.
- par le membre participant ou le bénéficiaire à la mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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

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

La prescription est portée à 10 ans, pour les opérations mentionnées à l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité.

## **ARTICLE 29. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES**

---

### **29.1. DEFINITIONS SPECIFIQUES**

Dans le cadre des rapports régis par le présent Règlement mutualiste, la Mutuelle Cybèle Solidarité, en qualité de responsable de traitement (ci-après « Mutuelle » ou « Responsable de traitement ») conjoint avec sa délégataire de gestion et substituante la Mutuelle du Rempart, est amenée à traiter des données à caractère personnel (ci-après « Données à caractère personnel », « Données personnelles », ou « Données ») concernant les Membres participants et leurs ayants droit, ainsi que les adhérents potentiels de la Mutuelle (ci-après « Personnes concernées »).

A ce titre, la Mutuelle se conforme à la Règlementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel, en particulier au Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 dit « RGPD » et à la Loi N° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée dite « Loi Informatique et Libertés » (ci-après « Règlementation applicable ») afin d'assurer le respect du droit à la vie privée de ses Membres.

### **29.2. MODALITES DE TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL**

#### **Base légale des traitements**

Les traitements opérés sur les données à caractère personnel des Membres participants et de leur ayants droits sont fondés sur :

- L'exécution des relations contractuelles et précontractuelles les liant à la Mutuelle (devis, étude des besoins, adhésion, contractualisation, prestations) ;
- Le respect d'obligations légales de la Mutuelle (lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, déclarations et prospections obligatoires auprès et au profit des autorités administratives, fiscales et publiques)
- Le consentement des membres participants (prospection, offres commerciales)
- L'intérêt légitime du responsable de traitement (démarche qualité, contrôle interne...)

#### **Finalités des traitements**

La Mutuelle traite principalement les Données de ses Membres pour les finalités suivantes :

- Gestion des prospects (étude des besoins, demandes de devis, demandes de rendez-vous...)
- Gestion des contrats (dossiers d'adhésion, relations adhérents, réclamations, contentieux, ...)
- Gestion des prestations (versements, vérifications, soldes, échanges avec les professionnels de santé...)
- Gestion des cotisations (appels à cotisations, prélèvements, versements, impayés, trop perçus, ...)
- Gestion de la représentation mutualiste
- Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (obligation légale)
- Démarche qualité, contrôle interne, statistiques actuarielles

#### **Caractère obligatoire de la collecte**

Toutes les données collectées sont obligatoires pour permettre la gestion des adhésions et des prestations, sauf celles spécifiquement identifiées comme facultatives. A ce titre, à défaut de communication de ces données, la Mutuelle ne sera pas en mesure de traiter les dossiers.

## Données traitées

Outre les données collectées au sein du dossier d'adhésion, la mise en œuvre des prestations contractées peut nécessiter le traitement de catégories particulières de données, notamment :

- Numéro de sécurité sociale (NIR) ;
- Données relatives aux soins et à l'état de santé.

## Destinataires des données

Sont seuls destinataires des données traitées :

- Les services internes de Cybèle Solidarité ;
- Les services habilités et le médecin conseil de la Mutuelle du Rempart dans le cadre de la délégation de gestion et de la mise à disposition de ressources partagées ;

Peuvent également accéder aux données, dans la limite de leur besoin d'en connaître et pour les besoins des finalités de traitement susmentionnées :

- Les prestataires de la Mutuelle : éditeurs des logiciels, hébergeurs des données, prestataires d'archivage, ...
- Les partenaires de la Mutuelle : organismes de tiers payant, partenaires de prévoyance, de réassurance, ...

Dans ce cas, les relations entre la Mutuelle et ses prestataires et partenaires emportant l'accès à des données personnelles sont régies par des documents contractuels assurant la confidentialité et la sécurité des données, conformément à la Règlementation applicable.

Outre les cas ci-dessus, les organismes publics et autorités administratives ou judiciaires, en leur qualité de tiers autorisés, sont susceptibles d'obtenir communication des données à caractère personnel traitées sur le fondement de textes législatifs ou réglementaires, notamment l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

En tout état de cause, la Mutuelle s'engage à ne pas céder les données personnelles à des tiers qui auraient pour activité ou finalité l'acquisition de nouveaux prospects en vue d'envoi de prospections commerciales.

## Durées de conservation

Les Données traitées sont conservées pour une durée limitée aux besoins de l'accomplissement des finalités de traitement, ou pour la durée de la relation contractuelle, sans préjudice des délais d'archivage fondés sur une obligation légale et/ou sur les durées de prescription en vigueur.

### 29.3. SECURITE DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

La Mutuelle prend toutes les mesures techniques et organisationnelles appropriées afin d'assurer la sécurité des données personnelles de ses Membres.

### 29.4. DROITS DES PERSONNES CONCERNEES

Conformément à la Règlementation applicable, les Personnes concernées disposent de droits sur leurs données à caractère personnel.

Elles disposent notamment des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité (lorsqu'il s'applique) sur leurs données, ainsi que de retrait du consentement, de limitation et d'opposition au traitement de leurs données à caractère personnel et peuvent également définir des directives relatives au sort de leurs données dans l'hypothèse de leur décès.

L'ensemble de ces droits peut être exercé auprès du délégué à la protection des données de la Mutuelle,

- par courrier électronique : [dpo@lexagone.fr](mailto:dpo@lexagone.fr)
- par courrier à l'adresse : DPO /Cabinet Lexagone- 9 rue Léon Salembien – 59200 TOURCOING

De plus, si les personnes concernées ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, elles peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL via le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier à : Société Opposetel – Service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES.

De même, dans le cas particulier des traitements mis en œuvre pour satisfaire aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, conformément à l'article L. 561-45 du Code Monétaire et Financier le droit d'accès s'exerce de manière indirecte auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

Vous disposez également d'une possibilité d'établir une réclamation près de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

#### **ARTICLE 30. : MODIFICATION DU PRESENT REGLEMENT**

---

Conformément à l'article 22 des statuts de la mutuelle, les évolutions du présent règlement, qu'il s'agisse des règles de gestion et des évolutions de montants et taux des cotisations et des prestations, relèvent de la compétence du Conseil d'administration. Celui-ci rend compte devant l'Assemblée générale des décisions prises.

Les décisions prises au titre de cette délégation sont opposables aux membres dès qu'ils en ont connaissance.

#### **ARTICLE 31. : VALEUR CONTRACTUELLE**

---

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

- Le présent règlement mutualiste et ses annexes,
- le Certificat d'Adhésion,
- la Demande d'Adhésion.

En cas de contradiction entre les dispositions Certificat d'Adhésion et celles de la Demande d'Adhésion, ce sont celles du Certificat d'Adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du présent règlement mutualiste n'ont qu'une valeur classificatoire.

L'Adhésion souscrite par le membre participant exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les Parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les Parties se rapportant à l'objet de l'Adhésion.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du règlement mutualiste serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement.

#### **ARTICLE 32. : ADHESION A DISTANCE**

---

##### **32.1. – Coût lié à l'usage d'une technique de communication à distance**

Le coût de l'utilisation d'une technique de communication à distance par le membre participant pour adhérer au règlement mutualiste est à sa charge exclusive selon les conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée.

##### **32.2. – Loi applicable**

En toutes hypothèses et notamment si le risque est situé hors de France et/ou si le lieu de résidence du membre participant est situé hors de France, la loi applicable aux relations précontractuelles avec le membre participant ainsi qu'à son adhésion au présent règlement mutualiste notamment pour son interprétation ou son exécution, sera la loi française.

##### **32.3. – Langue utilisée**

L'adhésion emporte convention d'usage de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

##### **32.4. – Fonds de Garantie**

Le membre participant est informé de l'existence du fonds de garantie destinés à préserver les droits des membres participants et des bénéficiaires contre la défaillance des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du Code la mutualité, tel que défini aux articles L431-1 et suivants dudit Code.

### **ARTICLE 33. : RECLAMATION ET MEDIATION**

---

Le membre participant peut adresser une réclamation par écrit à :

**Mutuelle du REMPART**  
**Service Réclamation**  
**1 rue d'Austerlitz**  
**CS 27 261**  
**31072 TOULOUSE cedex 6**

La demande est traitée dans les dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. La mutuelle rend un avis motivé dans un délai maximum de 45 jours à compter de la date de réception de la réclamation.

Si un désaccord persistait suite aux réponses apportées par la mutuelle et une fois toutes les procédures internes de règlement amiable des litiges épuisées, le membre participant et/ou la mutuelle ont la possibilité de saisir le Médiateur de la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française), dans le délai d'un an à compter de la réclamation, par courrier à l'adresse suivante :

**Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française**  
**FNMF**  
**255 rue de Vaugirard**  
**75719 PARIS cedex 15**

soit via l'adresse mail [mediation@mutualite.fr](mailto:mediation@mutualite.fr)

soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

En tout état de cause, la saisine du Médiateur de la FNMF est sans préjudice sur une éventuelle action ultérieure devant les tribunaux compétents.

### **ARTICLE 34. : AUTORITE DE CONTROLE**

---

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dénommée ACPR, située 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09

### **ARTICLE 35. : DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME**

---

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme, la mutuelle se doit de connaître au mieux ses adhérents. Elle est ainsi fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux adhérents certaines informations complémentaires, telles :

- la justification de l'identité du souscripteur ou de la personne qui acquitte les cotisations, de l'adhérent ;
- la provenance des fonds versés à la mutuelle à titre de paiement des cotisations.
- celles nécessaires pour contrôler la destination finale des fonds versées par la mutuelle au titre du règlement des prestations.

A ce titre, une vigilance particulière doit être apportée sur les Personnes Politiquement Exposées (PPE). Cette vigilance consiste notamment pour la mutuelle à identifier de manière régulière qui au sein de ses adhérents est susceptibles d'être qualifiée comme PPE.

Conformément à l'article R. 561-18 du Code monétaire et financier, dans sa version applicable au 1er octobre 2018, une PPE est définie comme :

**I. – Le membre participant (...), qui est exposé à des risques particuliers en raison de ses fonctions, est une personne résidant dans un pays autre que la France et qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une des fonctions suivantes :**

- 1° Chef d'Etat, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ;
- 2° Membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ;
- 3° Membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ;
- 4° Membre d'une cour des comptes ;
- 5° Dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
- 6° Ambassadeur ou chargé d'affaires ;

- 7° Officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
- 8° Membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
- 9° Directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

**II. – Sont considérées comme des personnes connues pour être des membres directs de la famille des personnes mentionnées au I :**

- 1° Le conjoint ou le concubin notoire ;
- 2° Le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- 3° Les enfants, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- 4° Les ascendants au premier degré.

**III. – Sont considérées comme des personnes étroitement associées aux personnes mentionnées au I :**

- 1° Les personnes physiques qui, conjointement avec la personne mentionnée au I, sont bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger ;
- 2° Les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger connu pour avoir été établi au profit de la personne mentionnée au I ;
- 3° Toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la personne mentionnée au I.

**TITRE VII – GESTION**

Le présent règlement est géré par la Mutuelle du rempart. L'adhérent doit adresser toutes les correspondances destinées à la mutuelle à l'adresse suivante :

**Mutuelle du Rempart pour CYBELE Solidarité**  
**81 Boulevard Carnot**  
**CS 76945**  
**31069 TOULOUSE CEDEX**

**ANNEXE I :  
Cotisations 2020**

Age atteint	Garantie de Niveau I « Dépendance totale »	Garantie de Niveau II « Dépendance totale ou partielle »	Garantie de Niveau III « Dépendance totale ou partielle »
Moins de 30 Ans	1,58 €	2,13 €	2,88 €
30 Ans - 39 Ans	2,23 €	3,13 €	4,38 €
40 Ans - 49 Ans	2,88 €	4,18 €	6,03 €
50	3,13 €	4,61 €	6,64 €
51	3,18 €	4,70 €	6,78 €
52	3,26 €	4,83 €	6,96 €
53	3,72 €	5,56 €	8,09 €
54	4,21 €	6,35 €	9,30 €
55	4,67 €	7,09 €	10,44 €
56	5,09 €	7,77 €	11,48 €
57	5,49 €	8,41 €	12,47 €
58	5,90 €	9,07 €	13,49 €
59	6,36 €	9,82 €	14,64 €
60	6,91 €	10,71 €	16,01 €
61	7,56 €	11,78 €	17,63 €
62	8,32 €	12,86 €	19,30 €
63	9,18 €	13,02 €	19,53 €
64	10,14 €	14,25 €	21,41 €
65	11,17 €	15,73 €	23,67 €
66	12,24 €	17,27 €	26,03 €
67	13,33 €	18,84 €	28,43 €
68	14,43 €	20,46 €	30,90 €
69	15,58 €	22,13 €	33,45 €
70	16,80 €	23,91 €	36,19 €
71	18,17 €	25,91 €	39,25 €
72	19,80 €	28,30 €	42,91 €
73	21,82 €	31,25 €	47,44 €
74	24,39 €	35,00 €	53,20 €
75	27,83 €	40,01 €	60,90 €
76	29,67 €	42,72 €	65,08 €
77	32,08 €	46,23 €	70,51 €
78	34,77 €	50,13 €	76,55 €
79	37,64 €	54,23 €	82,92 €
80	40,82 €	58,70 €	89,88 €
81	44,57 €	63,97 €	98,09 €
82	48,71 €	69,75 €	107,12 €
83	53,21 €	75,98 €	116,88 €
84	58,11 €	82,74 €	127,50 €
85	73,73 €	104,68 €	161,67 €
86	92,31 €	130,64 €	202,24 €
87	115,19 €	162,54 €	252,24 €
88	143,85 €	202,28 €	314,72 €
89	180,40 €	252,56 €	393,99 €
90	227,15 €	316,53 €	495,18 €
91	285,43 €	395,86 €	621,23 €
92	358,82 €	495,19 €	779,70 €
93	454,76 €	623,67 €	985,23 €
94	576,28 €	745,08 €	1 180,51 €
95	729,40 €	790,98 €	1 254,98 €
Plus de 95 Ans	826,87 €	852,45 €	1 352,55 €

**ANNEXE**  
**au contrat d'assurance « Cybélia Assistance Dépendance »**  
**entre IMA ASSURANCES et la Mutuelle Cybèle Solidarité**

**CONVENTION**  
**CYBELIA ASSISTANCE DEPENDANCE**

---

Préambule

Les garanties d'assistance sont assurées par **IMA ASSURANCES**, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632, soumise au contrôle de l'ACPR située 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

La **Mutuelle Cybèle Solidarité**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro SIREN n° 443 885 355, substituée par La mutuelle du Rempart, dont le siège social est situé Domaine des Tourelles, 1 Avenue Winston Churchill, 33700 MERIGNAC, a souscrit auprès de IMA ASSURANCES une convention d'assistance au profit de ses adhérents.

## SOMMAIRE

<b>1.</b>	<b>CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES .....</b>	<b>26</b>
1.1	FAIT GENERATEUR .....	26
1.2	INTERVENTION .....	26
1.3	PIECES JUSTIFICATIVES .....	26
<b>2.</b>	<b>INFORMATIONS &amp; CONSEILS.....</b>	<b>27</b>
2.1	INFORMATIONS MEDICALES .....	27
2.2	PREVENTION NUTRITION SANTE.....	27
2.3	CONSEIL SOCIAL 27	
2.4	INFORMATIONS ADMINISTRATIVES, SOCIALES, JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE.....	27
2.5	RECHERCHE MEDECIN, INFIRMIERE, INTERVENANT PARAMEDICAL .....	27
<b>3.</b>	<b>SOUTIEN DE L'AIDANT EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ .....</b>	<b>28</b>
3.1	BILAN SOCIAL 28	
3.2	ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE .....	28
<b>4.</b>	<b>FORMATION DE L'AIDANT EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ .....</b>	<b>28</b>
<b>5.</b>	<b>GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE OU D'IMMOBILISATION DE L'AIDANT .....</b>	<b>28</b>
5.1	AUXILIAIRE DE VIE OU AIDE MENAGERE .....	28
5.2	LA VENUE D'UN PROCHE OU LE TRANSFERT CHEZ UN PROCHE .....	28
5.3	LIVRAISON DE MEDICAMENTS.....	29
5.4	PORTAGE DE REPAS .....	29
5.5	LIVRAISON DE COURSES .....	29
5.6	COIFFURE A DOMICILE .....	29
5.7	PORTAGE D'ESPECES 29	
5.8	TELEASSISTANCE.....	29
<b>6.</b>	<b>GARANTIES PROPOSEES EN CAS DE BESOIN DE REPIT DE L'AIDANT .....</b>	<b>29</b>
6.1	AUXILIAIRE DE VIE OU AIDE MENAGERE .....	29
6.2	LA VENUE D'UN PROCHE OU LE TRANSFERT CHEZ UN PROCHE .....	30
6.3	LIVRAISON DE MEDICAMENTS.....	30
6.4	PORTAGE DE REPAS .....	30
6.5	LIVRAISON DE COURSES .....	30
6.6	COIFFURE A DOMICILE .....	30
6.7	PORTAGE D'ESPECES .....	30
<b>7.</b>	<b>GARANTIES MAINTIEN A DOMICILE PROPOSEES EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ .....</b>	<b>31</b>
7.1	BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHERAPEUTHE (HORS DROM).....	31
7.2	SERVICE TRAVAUX POUR AMENAGEMENT DU DOMICILE .....	31
7.3	TELEASSISTANCE 31	
<b>8.</b>	<b>GARANTIES EN CAS DE NON MAINTIEN AU DOMICILE.....</b>	<b>31</b>
8.1	AIDE AU DEMENAGEMENT .....	31
8.2	NETTOYAGE DU LOGEMENT .....	31
<b>9.</b>	<b>LIMITATIONS ET EXCLUSIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES .....</b>	<b>32</b>
9.1	FAUSSE DECLARATION.....	32
9.2	FORCE MAJEURE.....	32
9.3	EXCLUSIONS 32	
<b>10.</b>	<b>VIE DU CONTRAT .....</b>	<b>32</b>
10.1	DUREE DES GARANTIES .....	32
10.2	RESILIATION.....	32
10.3	SUBROGATION .....	32
10.4	PRESCRIPTION .....	32
10.5	PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES .....	33
10.6	RECLAMATION ET MEDIATION.....	33
<b>DEFINITIONS</b>	<b>33</b>	

## 1. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES

### 1.1 FAIT GENERATEUR

Les garanties de la présente Convention s'appliquent  
Lorsque l'adhérent devient aidant ou aidé  
En cas d'aggravation de la perte d'autonomie de l'aidé  
En cas d'accident corporel ou de maladie de l'aidant.  
dans les conditions spécifiées à chaque article et à tout moment pour les garanties décrites à l'article 2.

### 1.2 INTERVENTION

IMA ASSURANCES intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant de l'aidant au numéro suivant :  
05 49 34 88 78.

#### 1.2.1 Délai de demande d'assistance

**Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable, toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites à l'article 5 « GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE OU D'IMMOBILISATION DE L'AIDANT » doit être exercée au plus tard dans les 30 jours qui suivent l'évènement. Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.**

#### 1.2.2 Application des garanties

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle de l'aidant et de l'aidé. Le nombre d'heures nécessaires pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins, IMA ASSURANCES se base sur des critères objectifs liés à l'environnement et à la situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.  
Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ASSURANCES ou en accord préalable avec elle.

**IMA ASSURANCES ne participera pas après coup aux dépenses que l'aidant aurait engagées de sa propre initiative.**  
Toutefois, afin de ne pas pénaliser l'aidant qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA ASSURANCES pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA ASSURANCES dans les DROM listés à l'article 1.2.3, elles sont prises en charge par IMA ASSURANCES, en accord préalable avec elle, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.

#### 1.2.3 Territorialité

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion et Guyane) à l'exception de Mayotte.

Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France métropolitaine
- si le domicile de l'adhérent est situé dans un DROM, le transport est effectué au sein du DROM de résidence de l'adhérent.

### 1.3 PIECES JUSTIFICATIVES

La mise en œuvre des garanties par IMA Assurances est soumise à la transmission préalable :

- d'un justificatif de perte d'autonomie de l'aidé,
- d'un nouveau justificatif de perte d'autonomie de l'aidé en cas d'aggravation de la situation
- d'un certificat médical en cas de besoin de répit de l'aidant
- d'un bulletin d'hospitalisation ou d'un certificat médical en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de l'aidant.

## **2. INFORMATIONS & CONSEILS**

### **2.1. INFORMATIONS MEDICALES**

Une équipe médicale communique de 9h à 18h des informations et conseils médicaux sur les domaines suivants :

Perte d'autonomie : attitudes préventives pour prévenir les chutes, conseils sur la santé et informations sur les risques médicaux.

Conseils et prévention en matière de voyages, de vaccinations, d'hygiène et d'alimentation.

Loisirs : attitude préventive face à la reprise d'une activité sportive, pratiques de sports à risques.

**Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.**

**En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.**

### **2.2 PREVENTION NUTRITION SANTE**

Une fois par an, des conseils diététiques sont prodigués par téléphone du lundi au vendredi de 9h à 18h concernant plus particulièrement :

Un accès à des informations pratiques pour un bon équilibre alimentaire,

Les actions en faveur de la prévention santé avec une sensibilisation à la nutrition des personnes dépendantes, problème de déglutition, de mastication...

Les réponses aux questions sur les déséquilibres alimentaires et les problématiques de la dénutrition chez les personnes dépendantes.

Ces conseils sont réalisés par des diététiciens.

Un bilan nutritionnel peut être réalisé. Celui-ci est à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

### **2.3 CONSEIL SOCIAL**

IMA ASSURANCES organise et prend en charge, selon la situation, de un à 5 entretiens téléphoniques sur 12 mois avec un Travailleur Social\*. Ce service est accessible du lundi au vendredi de 9h à 19h hors jours fériés

Le travailleur social apporte une information générique sur les droits sociaux et les modes d'aides disponibles couvrant les champs suivants :

Aides financières, exonérations de charges sociales, réductions d'impôts en fonction du statut de l'aidé et de la nature des mesures à financer : Prestation de Compensation du Handicap (PCH), Aide Personnalisée à la Perte d'Autonomie (APA), Plan d'Action Personnalisée (PAP) et Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE).

Organismes financeurs, démarches à réaliser et étapes du parcours de la demande,

Modes d'intervention des « aides à domicile » : prestataire, mandataire, prêt de main d'œuvre, gré à gré développant une information sur les avantages et les contraintes des différents modes.

\*titulaire du diplôme de Conseiller en Économie Sociale et Familiale ou Assistant Social

### **2.4 INFORMATIONS ADMINISTRATIVES, SOCIALES, JURIDIQUES ET VIE PRATIQUE**

IMA ASSURANCES met à disposition du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service d'information juridique et vie pratique pour des informations relatives à la perte d'autonomie.

A titre d'exemple, les domaines concernés sont les suivants : famille, santé, retraite, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique (tutelle, curatelle, assurance dépendance, choix d'une structure d'accueil, allocation personnalisée d'autonomie...)

### **2.5 RECHERCHE MEDECIN, INFIRMIERE, INTERVENANT PARAMEDICAL**

Dès lors que l'évènement ne relève pas de l'urgence, IMA ASSURANCES pourra communiquer les coordonnées de médecins, infirmières, laboratoires, cabinets de radiographie, intervenant paramédical.

### **3. SOUTIEN DE L'AIDANT EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ**

#### **3.1 BILAN SOCIAL**

IMA ASSURANCES organise et prend en charge un bilan social réalisé par téléphone avec un Travailleur Social, dans la limite de 3 appels sur 3 mois.

Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de la personne dépendante en prenant en compte sa ou ses problématiques : identification de la solution la mieux adaptée à la situation, aide au choix du lieu de vie, à la recherche des aides financières possibles, à la mise en place de l'organisation la plus pertinente ; identifie les priorités et adresse une synthèse à l'aidant, avec des préconisations personnalisées sur sa situation.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi de 8h30 à 17h, hors jours fériés et doit être exécutée dans les 12 mois suivants l'événement.

\*titulaire du diplôme de Conseiller en Économie Sociale et Familiale ou Assistant Social

#### **3.2 ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE**

IMA ASSURANCES organise et prend en charge, selon la situation :

- de 1 à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien

et si nécessaire, de 1 à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

L'assistance psychologique doit être exécutée au profit de l'aidant ou de l'aidé dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'événement et est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés.

### **4. FORMATION DE L'AIDANT EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ**

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile ou de l'aidé pour faciliter le quotidien de l'aidant grâce à :

- l'acquisition des gestes et postures dans la vie quotidienne et la manutention de personnes (lever, toilette, habillage...),  
- l'apprentissage de matériels spécifiques, appareillages, aides techniques et médicales.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés et doit être exécutée dans les 12 mois suivants l'événement.

### **5. GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE OU D'IMMOBILISATION DE L'AIDANT**

En cas d'hospitalisation imprévue de plus de 2 jours ou d'une immobilisation au domicile de plus de 5 jours de l'aidant, IMA ASSURANCES, organise et prend en charge sur une durée maximum de 30 jours les garanties suivantes :

#### **5.1 AUXILIAIRE DE VIE ou AIDE MENAGERE**

Mise à disposition d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'aidé (entre 8h et 20h, hors dimanche et jours fériés),

ou

Mise à disposition d'une aide-ménagère, ayant pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que du ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité.

Les deux garanties ne sont pas cumulables. Le nombre d'heures attribuées est évalué par IMA ASSURANCES selon la situation et ne pourra excéder 30 heures à raison de 2 heures minimum par intervention (dont 2h pour la venue si nécessaire d'une coordinatrice afin d'analyser les besoins de l'aidé).

#### **5.2 LA VENUE D'UN PROCHE OU LE TRANSFERT CHEZ UN PROCHE**

Le transport aller/retour en train ou avion d'un proche en France,

Ou

Le transport non médicalisé de l'aidé chez un proche en France.

Les deux garanties ne sont pas cumulatives et sont prises en charge dans la limite de 200 euros l'aller/retour.

### **5.3 LIVRAISON DE MEDICAMENTS**

Lorsque ni l'aidant, ni son entourage ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant pour l'aidé, IMA ASSURANCES se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche de son domicile et de les lui livrer. La garantie est limitée à une livraison. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

### **5.4 PORTAGE DE REPAS**

Lorsque l'aidant n'est pas en mesure de préparer lui-même les repas pour l'aidé ou de les faire préparer par son entourage, IMA ASSURANCES prend en charge une livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas\* répartie sur un mois.

Notre solution de portage de repas permet lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer les repas en fonction des choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

*\* sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit déjeuner est exclu de la garantie*

### **5.5 LIVRAISON DE COURSES**

Lorsque ni l'aidant, ni son entourage ne sont en mesure de faire les courses pour l'aidé, IMA ASSURANCES prend en charge les frais de livraison d'une commande par semaine. Les frais de livraison seront remboursés à l'aidant ou à l'aidé sur présentation d'un justificatif.

Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas ceci, IMA ASSURANCES organise et prend en charge une livraison par taxi.

Le prix des courses demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

### **5.6 COIFFURE A DOMICILE**

Lorsque l'aidé a besoin de soin de coiffure, IMA ASSURANCES organise le déplacement d'un coiffeur au domicile. La prise en charge est limitée à un seul déplacement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

### **5.7 PORTAGE D'ESPECES**

Lorsque l'aidé ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

-un transport aller/retour dans un établissement bancaire proche du domicile

ou

-le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA ASSURANCES dans un délai d'un mois de 30 jours.

### **5.8 TELEASSISTANCE**

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les frais d'installation d'un transmetteur de téléalarme au domicile de l'aidé ou de l'aidant, si l'aidé vit chez l'aidant, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de 90 jours.

Au-delà de la prise en charge d'IMA ASSURANCES, l'aidant ou l'aidé qui le souhaite pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à sa charge.

## **6. GARANTIES PROPOSEES EN CAS DE BESOIN DE REPIT DE L' Aidant**

En cas de besoin de répit de l'aidant, dûment justifié par un certificat médical et moyennant un délai de prévenance de 7 jours IMA Assurances organise et prend en charge les garanties ci-dessous.

Ces garanties sont mises en œuvre soit :

dans les 12 mois de l'entrée en dépendance

et

en cas d'aggravation de l'état de dépendance

### **6.1 AUXILIAIRE DE VIE ou AIDE MENAGERE**

- la venue d'une auxiliaire de vie pour la garde de jour de l'aidé (entre 8h et 20h, hors dimanche et jours fériés) à raison de 40 heures prises sur une semaine ou fractionnable en 5 fois 8 heures

ou

- la venue d'une aide-ménagère à raison de 40 heures. Ces heures peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins dans la limite de 5 appels téléphoniques à IMA ASSURANCES. La planification des heures déjà accordée par IMA ASSURANCES, ne pourra être modifiée lors des appels ultérieurs.

Les deux garanties ne sont pas cumulatives.

## **6.2 LA VENUE D'UN PROCHE OU LE TRANSFERT CHEZ UN PROCHE**

IMA Assurances organise :

soit le transport aller/retour en train ou en avion d'un proche en France,

ou

soit le transport non médicalisé de l'aidé chez un proche en France.

Les deux garanties ne sont pas cumulatives et sont prises en charge dans la limite de 200 euros l'aller/retour.

## **6.3 LIVRAISON DE MEDICAMENTS**

Lorsque ni l'aidant ni son entourage ne sont en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant pour l'aidé, IMA ASSURANCES se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche de son domicile et de les livrer. Cette garantie est limitée à 2 livraisons.

Le prix des médicaments demeure à la charge de l'aidant.

## **6.4 PORTAGE DE REPAS**

IMA ASSURANCES organise et prend en charge 2 livraisons d'un pack de 5 à 7 jours de repas\* répartie sur un mois.

Notre solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer les repas en fonction des choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

*\* sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit déjeuner est exclu de la garantie*

## **6.5 LIVRAISON DE COURSES**

Lorsque ni l'aidant ni son entourage ne sont en mesure de faire les courses pour l'aidé, IMA ASSURANCES prend en charge les frais de 2 livraisons.

Les frais de livraison seront remboursés à l'aidant ou l'aidé sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA ASSURANCES organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

## **6.6 COIFFURE A DOMICILE**

Lorsque l'aidé a besoin de soin de coiffure, IMA ASSURANCES organise et prend en charge 2 déplacements d'un coiffeur. Le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

## **6.7 PORTAGE D'ESPECES**

Lorsque l'aidé ne dispose plus d'espèces et ne peut s'en procurer, IMA ASSURANCES organise et prend en charge :

- 2 transports aller/retour dans un établissement bancaire proche du domicile

Ou

- 2 portages d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €. La somme avancée devra être remboursée à IMA ASSURANCES dans un délai d'un mois.

## **7. GARANTIES MAINTIEN A DOMICILE PROPOSEES EN CAS DE SURVENANCE OU D'AGGRAVATION DE PERTE D'AUTONOMIE DE L'AIDÉ**

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les garanties ci-dessous dans un délai de 12 mois à compter de l'évènement :

### **7.1 BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHERAPEUTE (HORS DROM)**

IMA ASSURANCES organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile de l'aidé ou de l'aidant si l'aidé vit chez l'aidant.

Cette garantie comprend l'évaluation de la personne dans son lieu de vie :

- recherche de compensations efficaces : organisationnelles et/ou gestuelles, aides techniques, aménagement du logement et du véhicule, aide animalière, aide humaine...
- rédaction d'un document descriptif reprenant les solutions les plus adaptées et permettant la mise en œuvre des préconisations (documentations, schémas, coût des équipements, adresses des revendeurs spécialisés, structures et lieux de ressources sur le plan local...)

### **7.2 SERVICE TRAVAUX POUR AMENAGEMENT DU DOMICILE**

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagement du domicile, IMA ASSURANCES met en relation avec une structure du groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du Code civil, dans la limite d'un dossier par évènement.

Le service comprend :

- La mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis ;
- Le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement) ;
- Un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel ;
- Un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

Le coût des travaux reste à la charge de l'aidant ou de l'aidé qui doit transmettre à la structure du groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la facture acquittée.

### **7.3 TELEASSISTANCE**

IMA ASSURANCES organise et prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile de l'aidé ou de l'aidant si l'aidé vit chez l'aidant, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de 90 jours.

Au-delà de la prise en charge d'IMA ASSURANCES, l'aidant qui le souhaite pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'aidant ou de l'aidé.

## **8. GARANTIES EN CAS DE NON MAINTIEN AU DOMICILE**

### **8.1 AIDE AU DEMENAGEMENT**

IMA ASSURANCES transmet à l'aidant ou à l'aidé, 24h24 et 7j/7, les coordonnées d'une entreprise de déménagement ou une société de garde-meuble.

Le prix du déménagement reste à la charge de l'aidant ou à l'aidé.

### **8.2 NETTOYAGE DU DOMICILE**

IMA ASSURANCES organise et prend en charge le nettoyage du domicile quitté, dans la limite de 4 heures, à prendre sur une période de 30 jours suivant le déménagement.

## **9. LIMITATIONS ET EXCLUSIONS A L'APPLICATION DES GARANTIES**

**9.1 FAUSSE DECLARATION** La fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, lors de l'adhésion aux garanties d'assistance, sur sa situation, à savoir ne pas être aidant ou aidé, entraîne la nullité de l'adhésion dans les conditions prévues à l'article L 113-8 du Code des assurances.

### **9.2 FORCE MAJEURE**

IMA ASSURANCES ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

### **9.3 EXCLUSIONS**

Ne donne pas lieu à l'application des garanties :

1) Les hospitalisations :

dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gérontologiques, programmées lorsqu'elles sont liées à des maladies chroniques, liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies, liées au changement de sexe, à la stérilisation, les traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi qu'à leurs conséquences.

2) De même sont exclus les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et de la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire de l'aidant (tentative de suicide ou mutilation volontaire).

### **9.4 DELAI DE CARENCE**

Un délai de carence de 12 mois est fixé pour les garanties décrites aux articles 3, 4, 5, 6, 7 et 8 en cas de survenance ou d'aggravation d'une perte d'autonomie consécutive à une maladie. Ce délai de carence ne s'applique pas lorsque la perte d'autonomie est consécutive à un accident.

## **10. VIE DU CONTRAT**

### **10.1 DUREE des GARANTIES**

Les garanties définies dans la présente convention suivent le sort du contrat « NOM DU CONTRAT ».

Les bénéficiaires de ce contrat sont couverts en cas de survenance d'un événement durant la validité de la convention liant IMA ASSURANCES et La MUTUELLE CYBELE SOLIDARITE.

### **10.2 RESILIATION**

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation par l'adhérent de son adhésion au règlement mutualiste Cybéla Dépendance souscrit auprès de MUTUELLE CYBELE SOLIDARITE pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA ASSURANCES.

### **10.3 SUBROGATION**

IMA ASSURANCES est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions de l'adhérent contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA ASSURANCES ; c'est-à-dire qu'IMA ASSURANCES effectue en lieu et place de l'adhérent les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

### **10.4 PRESCRIPTION**

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où IMA ASSURANCES en a eu connaissance ;

En cas de sinistre, que du jour où les bénéficiaires en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA ASSURANCES a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre les bénéficiaires ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;

La demande en justice, même en référé ;

une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

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 IMA ASSURANCES aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les bénéficiaires à IMA ASSURANCES en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, IMA ASSURANCES et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

#### **10.5 PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES**

L'ensemble des informations recueillies dans le cadre de la gestion d'un dossier d'assistance est destiné à IMA ASSURANCES afin de mettre en œuvre les garanties d'assistance auxquelles l'adhérent peut prétendre.

Ces informations seront uniquement transmises aux prestataires d'IMA ASSURANCES, sollicités dans l'organisation de l'opération d'assistance, ainsi qu'à MUTUELLE CYBELE SOLIDARITE.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée, les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et de rectification des données le concernant.

L'exercice de ce droit peut se faire auprès d'IMA ASSURANCES.

#### **10.6 RECLAMATION ET MEDIATION**

En cas de désaccord sur l'application de la convention, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA ASSURANCES par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9 ou par courriel depuis le site [www.ima.eu](http://www.ima.eu), Espace Particuliers.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le médiateur du GEMA (Groupement des Entreprises mutuelles d'Assurances) 9 rue de Saint-Pétersbourg - 75008 PARIS. Son avis s'impose à IMA ASSURANCES mais pas aux bénéficiaires qui conservent la possibilité de saisir le tribunal compétent.

### **DEFINITIONS**

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la Convention, entendus avec les acceptions suivantes :

#### **◆ ACCIDENT CORPOREL**

Évènement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure à l'aidant et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

#### **◆ ADHERENT**

Adhérent au règlement mutualiste Cybélia Dépendance de la MUTUELLE CYBELE SOLIDARITE

#### **◆ AGGRAVATION DE LA PERTE D'AUTONOMIE**

Modification de l'état de dépendance d'une personne attestée par :

- le changement de catégorie de l'Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH),
- ou l'évolution des droits pour la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- ou le changement de classement GIR de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

#### **◆ AIDANT**

L'adhérent qui apporte seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie d'un proche et qui n'est pas salarié pour cette aide.

Et/ou

Le proche qui apporte seul ou en complément de l'intervention d'un professionnel, l'aide humaine rendue nécessaire par la perte d'autonomie de l'adhérent et qui n'est pas salarié pour cette aide.

IMA ASSURANCES n'interviendra que pour l'aidant principal déclaré par la famille lors du premier appel.

◆ **AIDÉ**

L'adhérent ou le proche dont la perte d'autonomie nécessite la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne.

◆ **BESOIN DE REPIT**

Besoin de repos, consécutif à un épuisement physique ou moral de l'aidant, qui doit permettre à celui-ci de reprendre des forces afin de continuer d'assumer son rôle.

◆ **DOMICILE**

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'aidant ou de l'aidé en France.

Ne sont pas assimilés au domicile les établissements, médicalisés ou non, ayant pour vocation d'accueillir des personnes en perte d'autonomie ou dépendantes.

◆ **FRANCE**

France métropolitaine et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre (si option DROM mettre « France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre)

◆ **HOSPITALISATION**

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit.

◆ **HOSPITALISATION IMPREVUE**

Hospitalisation dont l'aidant n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

◆ **MALADIE**

Altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

◆ **PERTE D'AUTONOMIE :**

Etat d'une personne qui relève des droits :

à l'Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (AEEH) pour les catégories 2 à 6,

ou à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH),

ou à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) au titre d'un classement GIR 1 à 4.

◆ **PROCHE :**

Ascendant direct, conjoint de droit ou de fait, descendant direct.

Toute personne vivant au domicile de l'adhérent.

◆ **TELEASSISTANCE**

Système de télécommunication qui permet à une personne en perte d'autonomie ou isolée d'alerter à distance un professionnel de l'assistance.