

Article 1
Nature et objet du contrat

La Mutuelle a souscrit auprès d'AUXIA un contrat collectif d'assurance en cas de décès afin de garantir à ses adhérents santé un capital en cas de décès.

Le contrat collectif est souscrit pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction. Chacune des parties peut décider de s'opposer au renouvellement moyennant un préavis de 6 mois adressé à l'autre partie. La résiliation du contrat collectif met un terme à l'ensemble des adhésions en cours. La Mutuelle s'engage à informer les adhérents des conséquences de la résiliation au moins 3 mois avant le terme prévu.

Le présent contrat est un contrat soumis au code des assurances français et relève de la branche 20 (Vie / Décès) des activités d'assurance pour lesquelles l'Assureur a reçu un agrément.

Le contrat ne comporte pas de valeurs de rachat. Les cotisations sont versées à fonds perdus.

Article 2
Définitions

Adhérent : la personne qui adhère au contrat collectif d'assurance et s'engage à payer les cotisations.

Assuré : la ou les personnes suivantes dont le décès entraîne le versement du capital :

- l'Adhérent lui-même,
- son conjoint tel que défini ci-après,
- ses enfants qui sont âgés de 12 ans ou plus au jour de la mise en œuvre de la garantie et fiscalement à sa charge.

Assureur :

AUXIA : entreprise du groupe Malakoff Humanis régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 74 545 776 € - RCS de Paris 422 088 476 – siège social au 21 rue Laffitte 75009 Paris.

Conjoint : l'époux ou l'épouse de l'Assuré, non séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e) ;

A défaut, le concubin : la personne ayant une vie commune notoire et permanente avec l'Assuré pendant une durée d'au moins deux ans. Aucune durée n'est exigée si un enfant est né de cette union. L'Assuré et le concubin ne doivent être mariés, ni l'un ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité.

Délai de carence :

Un délai de carence est appliqué à compter de l'adhésion. Il est, selon les cas, de 6 ou 12 mois. Pour connaître le délai de carence appliqué, il convient de se reporter au « tableau des garanties » annexé au contrat Santé.

En cas de conclusion du contrat à titre individuel uniquement : le délai de carence est la période pendant laquelle la garantie n'est pas encore applicable, le décès n'est pas couvert.

En cas d'adhésion en qualité d'assuré d'un contrat Santé souscrit par un employeur auprès de la Mutuelle, aucun délai de carence ne sera appliqué.

Article 3
Adhésion au contrat

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes d'un an (sauf en cas de survenance de l'une des causes de cessation de l'adhésion listées ci-après).

Le prélèvement des cotisations est effectué par La Mutuelle qui a reçu délégation de l'assureur à cet effet.

Les décès survenant avant le terme du délai de carence ne sont pas pris en charge.

L'adhésion prend fin dans les cas suivants :

- décès de l'Adhérent,

- dénonciation par l'adhérent et notifiée à l'assureur, du contrat Allocation Obsèques. Cette dénonciation n'est possible que si l'adhérent dénonce aussi son adhésion au contrat Santé selon la procédure prévue dans le règlement mutualiste de la Mutuelle qui a été porté à la connaissance des affiliés de la Mutuelle par la Mutuelle ou selon la procédure décrite dans les conditions particulières de la Mutuelle,
- en cas de défaut de paiement dans les conditions énoncées à l'article 5.3,
- si le contrat Santé souscrit auprès de la Mutuelle est résilié.

Article 4
Le capital garanti en cas de décès

4.1 Evénement garanti

La garantie s'applique au décès d'un Assuré, quelle qu'en soit la cause (accident ou maladie), ne relevant pas d'une clause d'exclusion et survenant à compter de la prise d'effet de la garantie et avant son terme.

EXCLUSIONS : ne sont pas garantis les décès consécutifs à :

- La participation active de l'Assuré à des rixes (sauf cas de légitime défense), crimes ou délits, actes de terrorisme ou sabotage ;
- Un accident occasionné par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes ;
- L'utilisation par l'Assuré d'une arme à feu ou au pilotage d'appareils de navigation aérienne, d'engins de guerre ;
- Des effets directs ou indirects d'une explosion atomique ou des radiations ;
- Une pandémie ;
- Un suicide survenant au cours de la première année d'assurance.

4.2 Montant du capital garanti

Le montant du capital garanti en cas de décès est fixé forfaitairement à **2030,65 €**.

À noter :

- le montant du capital décès est fixé forfaitairement et ne correspond pas au coût moyen des obsèques en France.

Le moment venu, les proches du défunt peuvent donc avoir à verser une somme complémentaire pour permettre la bonne exécution des obsèques conformément aux volontés du défunt,

Les enfants âgés de moins de douze ans au jour du décès ne sont pas couverts par ce contrat.

4.3 Bénéficiaires du capital garanti

Les bénéficiaires en cas de décès de l'Assuré sont par ordre de priorité :

1/ L'opérateur qui, au moment des obsèques, est missionné par la personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles pour réaliser les prestations et fournitures. Il est bénéficiaire à titre onéreux, c'est à dire en contrepartie de l'exécution des obsèques et dans la limite du montant TTC de sa facture.

Si plusieurs opérateurs interviennent au cours des obsèques, l'Assureur verse le capital aux opérateurs les plus diligents au fur et à mesure de leur intervention auprès des services de l'Assureur.

L'engagement de l'Assureur est strictement limité au montant du capital garanti en cas de décès.

2/ à défaut du premier ou pour le reliquat, le Conjoint de l'Assuré décédé,

3/ à défaut, les Enfants de l'Adhérent, vivants ou représentés, par parts égales,

4/ à défaut, les héritiers de l'Assuré décédé par parts égales.

La clause bénéficiaire peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

4.4 Versement du capital décès

En cas de décès, les proches du défunt sont invités à contacter dans les meilleurs délais la Mutuelle qui leur communiquera les modalités de mise en œuvre de la garantie.

La liste des pièces à fournir au décès

- un extrait d'acte de décès au nom de l'Assuré ;
- pour l'opérateur funéraire désigné en qualité de bénéficiaire : la facture originale attestant de la réalisation et du montant TTC des prestations et fournitures funéraires réalisés ;
- une copie de la carte nationale d'identité (recto/verso) du Bénéficiaire ou de son passeport (3^{ème} et 4^{ème}

pages) ; le document d'identité doit être en vigueur à la date de sa transmission ;

- toute pièce permettant de justifier du lien unissant l'Assuré à l'Adhérent et au Bénéficiaire (PACS, copie de livret de famille attestation fiscale...);
- le Relevé d'Identité Bancaire (RIB) d'un compte ouvert au nom du Bénéficiaire pour le paiement ;
- le cas échéant, toute pièce justifiant du caractère accidentel du décès (procès-verbal de gendarmerie,...).

Le Bénéficiaire doit satisfaire, préalablement au paiement des capitaux, à l'ensemble des exigences réglementaires, notamment en matière fiscale. À cet égard, l'Assureur peut exiger la production de toute pièce complémentaire prévue par un texte qui s'impose à lui.

Le règlement du capital décès intervient sous délai maximum de 30 jours après réception de toutes les pièces justificatives.

Article 5 Les cotisations d'assurance

5.1 Montant de cotisation

Le montant de chaque cotisation est compris dans la cotisation payée par l'adhérent au titre du contrat Santé.

En cas d'augmentation des taxes applicables, le montant de la cotisation due au titre du contrat Allocation Obsèques sera automatiquement révisé à la hausse pour tenir compte de cette augmentation.

L'Assureur peut par ailleurs procéder à des modifications de prix selon les résultats du contrat collectif. L'Adhérent sera informé de toute modification de sa cotisation globale (comprenant la cotisation due au titre du contrat Santé et celle due au titre du contrat Allocation Obsèques le concernant au moins trois mois avant son entrée en vigueur. Le client peut dénoncer son adhésion et y mettre un terme jusqu'à cette date. Si l'adhérent dénonce son adhésion au contrat Allocation Obsèques, il doit aussi dénoncer son adhésion au contrat Santé.

5.2 Modalités de paiement de la cotisation

Le montant des cotisations est prélevé par la Mutuelle qui a reçu mandat de l'Assureur à cet effet.

Le paiement est, au choix de l'adhérent, précisé à la conclusion du contrat : mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel.

Le règlement en espèce et en chèque de banque des cotisations n'est pas accepté.

5.3 Conséquences du défaut de paiement de la cotisation

À défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, la Mutuelle adresse à l'Adhérent une lettre recommandée l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours le défaut de paiement de la cotisation entraîne le terme immédiat de l'adhésion.

Article 6 Le droit de renonciation de l'Adhérent

L'Adhérent peut renoncer à son adhésion pendant trente (30) jours calendaires révolus suivant la signature de son bulletin d'adhésion.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante :

Services Clients Miel- 11 rue du Gris de Lin 42021 Saint-Etienne Cedex 1 accompagnée, le cas échéant, de l'original du bulletin d'adhésion en sa possession. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre ci-dessous.

Modèle de lettre :

« Je soussigné(e) (nom, prénom et adresse de l'adhérent), déclare renoncer à mon adhésion n°..... conformément aux dispositions prévues par l'article L. 132-5-1 du Code des assurances et demande le remboursement de l'intégralité de la cotisation versée.
Fait à (lieu), le (date) et signature de l'adhérent ».

L'intégralité des versements effectués est remboursée dans les trente (30) jours suivant la date de réception de la renonciation.

Attention : la renonciation au contrat Allocation Obsèques n'est possible que si l'adhérent renonce aussi à son adhésion au contrat Santé. AUXIA rembourse uniquement à l'adhérent la part de la cotisation globale qui a été versée au titre de l'adhésion au contrat Allocation Obsèques.

Article 7

Traitement des réclamations et demandes clients

1 – Votre service client

La Mutuelle a mis en place un service client accessible du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 (hors jours fériés) :

- par téléphone : un numéro de téléphone est indiqué sur nos courriers ;
- par courrier à :
Services Clients Miel
11 rue du Gris de Lin
42021 Saint-Etienne Cedex 1

Pour plus de rapidité dans le traitement de votre demande, n'oubliez pas de nous communiquer :

- vos noms, prénoms, votre adresse, les références de votre contrat, l'objet de votre démarche ;
- un numéro de téléphone pour vous joindre le cas échéant.

Notre service client examine avec vous l'origine du problème et s'efforce de vous apporter une réponse dans les meilleurs délais. Lorsque la demande le nécessite, nous vous informons régulièrement de l'avancement du dossier.

2 – Votre service réclamation

Si la réponse apportée par notre service client ne vous satisfait pas entièrement, nous vous invitons à adresser une réclamation écrite à l'adresse suivante : Services Clients Miel - 11 rue du Gris de Lin 42021 Saint-Etienne Cedex 1

Notre service réclamation vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

3 – Votre dispositif de médiation

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée avec l'Assureur, vous pouvez, sans préjudice du droit d'agir en justice, saisir la Médiation de l'Assurance.

Le Médiateur est une autorité indépendante et extérieure à la société d'assurance, qui examine et donne un avis sur le règlement des litiges liés au contrat d'assurance.

La demande doit être adressée :

- Par voie électronique :
www.mediation-assurance.org
- Par courrier à l'adresse suivante :
La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS CEDEX 09

Ce médiateur peut être saisi uniquement après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres à l'Assureur, étant précisé que certains litiges ne relèvent pas de sa compétence.

En application de l'article 2238 du Code civil, le recours à la médiation suspend le délai de prescription des actions.

La suspension a pour effet d'arrêter temporairement le cours de la prescription, mais n'efface pas le délai ayant déjà couru (article 2230 du Code civil). Le délai de prescription ne recommence à courir, pour une durée minimale de six mois, qu'à compter de la date à laquelle la procédure de médiation est déclarée achevée.

Article 8 Prescription des actions

Conformément aux dispositions des articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent 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, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre l'assureur 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 l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

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 de l'Assuré. »

La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L.114-2 du Code des assurances. Cet article prévoit que « La prescription est interrompue

par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- La demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil),
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'article L.114-3 du Code des assurances prévoit que, « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance 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 ».

Article 9 Loi Informatique et libertés

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'adhérent et les autres assurés sont informés par « AUXIA », ci-après désigné AUXIA, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, qu'AUXIA a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis,

1. Les données à caractère personnel de l'adhérent et des autres assurés peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès d'AUXIA ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis de l'adhérent et des autres assurés sur les produits, services ou contenus proposés par AUXIA ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'adhérent et des autres assurés ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification de l'adhérent et des autres assurés ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à leur inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition à l'adhérent et aux autres assurés de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par AUXIA ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'adhérent et des autres assurés.

AUXIA s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'adhérent et des autres assurés pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes de

l'adhérent : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique de l'adhérent et des autres assurés est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'adhérent et des autres assurés sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services d'AUXIA dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé de l'adhérent et des autres assurés sont destinées au Service médical d'AUXIA et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

AUXIA s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'adhérent et des autres assurés ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés. Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'adhérent et des autres assurés sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'adhérent et les autres assurés varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations

légales d'AUXIA et des prescriptions légales applicables.

AUXIA et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'adhérent et des autres assurés et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. L'adhérent et les autres assurés disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. L'adhérent et les autres assurés disposent également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés directement sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, l'adhérent et les autres assurés disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/> agir ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

L'adhérent et les autres assurés disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

Article 10 **Organisme de contrôle de l'Assureur**

L'organisme chargé du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.