

Notice d'information contractuelle

Garantie temporaire familiale d'un Capital en cas d'obsèques

CONDITIONS GÉNÉRALES

PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, la Mutuelle La Frontalière, dont le siège social est situé 15, Tartre Marin, 25500 MORTEAU, Mutuelle régie par le Code de la mutualité (SIREN n° 421 110 305), ci-après dénommé le Souscripteur,
- et d'autre part, la Mutuelle Miltis dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817), ci-après dénommé l'Organisme assureur,

un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° MPI35.

Ce contrat est ouvert aux membres participants de la Mutuelle La Frontalière.

Le contrat est annuel et se renouvelle par tacite reconduction d'année en année sauf dénonciation par le Souscripteur ou l'Organisme assureur six mois avant la fin de l'exercice en cours. La dénonciation du contrat met fin à la garantie.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code de la mutualité. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

1•OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir en cas de décès du membre participant et de ses ayants droit, le versement d'un capital à la personne physique ou morale qui a financé les frais d'obsèques à hauteur des frais engagés selon la garantie souscrite et sur présentation de justificatifs.

Ce contrat ne peut être affecté à la garantie d'un prêt.

2• FORMALITÉS DE GESTION

Il est convenu que toutes les opérations prévues pour l'admission des membres participants au contrat, la déclaration des sinistres, le recouvrement des

primes, seront mises en place par délégation de gestion au profit du Souscripteur.

A cet effet les formalités nécessaires à la gestion du contrat font l'objet d'une convention de gestion établie entre le Souscripteur (le gestionnaire) et l'Organisme assureur.

3•ADHÉSION AU CONTRAT

3•1 PERSONNES ASSURABLES

Le présent contrat est réservé aux personnes physiques :

- résidant en France ;
- âgées de 12 ans au minimum et jusqu'au 31 décembre de leur 65^{ème} anniversaire ainsi que leurs ayants droits affiliés, lorsque ces derniers remplissent les mêmes conditions.

Aucune dérogation ne pourra être appliquée quant à une possible adhésion ou affiliation au présent contrat d'un enfant de moins de 12 ans.

3•2 FORMALITÉS D'ADHÉSION

Toute personne souhaitant bénéficier des présentes garanties doit compléter, dater et signer un bulletin d'adhésion transmis au Souscripteur mandaté par l'Organisme assureur.

Pour un mineur âgé de 12 à 17 ans, l'autorisation du ou des représentant(s) légal(aux) et la signature du mineur sont exigées.

3•3 DROIT DE RENONCIATION

Le membre participant dispose d'un délai de 30 (trente) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion, à compter de la date à laquelle il est informé de la prise d'effet de celle-ci (qui correspond à la date de réception du certificat d'adhésion).

En cas de renonciation, si des cotisations ont été perçues, l'Organisme assureur les remboursera au membre participant dans un délai de 30 (trente) jours à compter de la réception de la lettre recommandée avec avis de réception.

Le courrier de renonciation devra être envoyé à Mutuelle La Frontalière - 15 Tartre Marin, 25500 MORTEAU, en recommandé avec avis de réception (cf. modèle de lettre ci-après).

Modèle de lettre de renonciation :

"Je soussigné (Nom et prénom du membre participant), demeurant à..... ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signé le (Date) (Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées".

Ale.....

3•4 PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège du Souscripteur du bulletin d'adhésion complété et signé, sous réserve du paiement de la première cotisation et de l'acceptation du risque par l'Organisme assureur notifiée par la délivrance du certificat d'adhésion.

Un délai d'attente de 3 mois suivant la prise d'effet de l'adhésion est applicable en cas de décès par maladie.

4•VIE DU CONTRAT

4•1 DURÉE DE LA GARANTIE

L'adhésion au contrat est temporaire.

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction. Selon les dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, tout membre participant peut se retirer au 31 décembre sous réserve d'en faire la demande par écrit avant le 1^{er} novembre, par lettre recommandée, adressée au siège de la Mutuelle La Frontalière - 15, Tartre Marin, 25500 MORTEAU. Les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre).

A compter du 31 décembre de son 65^{ème} anniversaire, le membre participant peut continuer à bénéficier d'un renouvellement annuel du présent contrat avec une cotisation adaptée, s'il en fait la demande dans un délai de 6 mois suivant le 31 décembre qui suit son 65^{ème} anniversaire.

4•2 CESSATION DE LA GARANTIE

Le présent contrat prend fin pour le membre participant et ses ayants droit affiliés :

- **A l'échéance de cotisation qui suit la date à laquelle il cesse d'être membre participant du Souscripteur, ou de remplir les conditions ouvrant droit à son affiliation à la garantie,**
- **En cas de décès du membre participant,**
- **Au plus tard au 31 décembre de son 65^{ème} anniversaire,**
- **Au 1^{er} janvier qui suit la date de réception par le Souscripteur de la demande de résiliation du membre participant, sous réserve que cette demande parvienne par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois.**
- **En cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe, en application des dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité,**
- **En cas d'exercice de la faculté de renonciation par le membre participant en application des dispositions de l'article L. 223-8 du Code de la mutualité,**
- **En cas de non-paiement des cotisations (cf. article 9 « Cotisations »),**
- **À tout moment en cas d'omissions ou de fausses déclarations du risque lors de l'adhésion ou pendant le cours du contrat, lorsque l'assuré tente d'obtenir, ou obtient au titre du présent régime, des prestations au moyen de déclarations sciemment fausses. En pareil cas, la cessation de**

l'assurance prend effet 10 jours après sa notification à l'assuré par lettre recommandée,

- **Et, en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du présent contrat par le Souscripteur ou l'Organisme assureur.**

Lorsque le membre participant continue de bénéficier de la garantie avec une cotisation adaptée après le 31 décembre de son 65^{ème} anniversaire, dans ce cas la garantie cesse pour lui et ses ayants droit affiliés :

- **En cas de décès du membre participant,**
- **Au 1^{er} janvier qui suit la date de réception par le Souscripteur de la demande de résiliation du membre participant, sous réserve que cette demande parvienne par lettre recommandée avec avis de réception avec un préavis de 2 mois.**
- **En cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe, en application des dispositions de l'article L. 221-6 du Code de la mutualité,**
- **En cas d'exercice de la faculté de renonciation par le membre participant en application des dispositions de l'article L. 223-8 du Code de la mutualité,**
- **En cas de non-paiement des cotisations (cf. article 9 « Cotisations »),**
- **À tout moment en cas d'omissions ou de fausses déclarations du risque lors de l'adhésion ou pendant le cours du contrat, lorsque l'assuré tente d'obtenir, ou obtient au titre du présent régime, des prestations au moyen de déclarations sciemment fausses. En pareil cas, la cessation de l'assurance prend effet 10 jours après sa notification à l'assuré par lettre recommandée,**
- **Et, en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du présent contrat par le Souscripteur ou l'Organisme assureur.**

5•NATURE ET MONTANT DE LA GARANTIE

En cas de décès du membre participant, il est prévu le versement à la personne physique ou morale qui a financé les frais d'obsèques, d'un capital de 4 000 euros.

6•RÉVISION DU CONTRAT

En cours de contrat, le Souscripteur et l'Organisme Assureur peuvent se mettre d'accord sur la révision des garanties, des tarifs ou toutes autres modifications du présent contrat. Le cas échéant, les nouvelles conditions prennent effet au 1^{er} jour d'un mois civil et sont entérinées par avenant ou par un nouveau contrat auquel s'appliquent les dispositions de l'article 3 « Adhésion au contrat ».

Les modifications sont applicables dès leur date d'effet aux membres participants.

En outre, lorsqu'une décision législative ou réglementaire vient modifier la portée des engagements de l'Organisme assureur, ce dernier procède à la révision des conditions des garanties souscrites, à la date d'effet des modifications en cause.

7-ÉTENDUE TERRITORIALE

Le capital est versé quel que soit le lieu du décès (monde entier). Le règlement des prestations est effectué en France et en euros.

8-EXCLUSIONS DE GARANTIES

Tous les risques de décès sont garantis, exceptés:

Risques de guerre :

- Pour les risques survenant dans les Etats composant l'espace Economique Européen : les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire.
- Pour les risques survenant hors des Etats composant l'Espace Economique Européen : au cas où la France est impliquée dans une action militaire ou de police et sauf convention particulière contraire, les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire se produisant dans ou les le pays où la France est impliquée. Dans le cas contraire, l'exclusion ne s'applique que lorsque l'assuré prend part active à l'évènement.

Risques aériens :

- Les conséquences d'un accident survenu en cours de compétitions, démonstrations aériennes, acrobaties, raids, tentatives de records, vol sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activité de navigant militaire.
- Par ailleurs, les conséquences d'un accident de la navigation aérienne ne sont garanties que dans le cas où l'assuré se trouve à bord d'un avion muni d'un certificat de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmés, le pilote pouvant être l'assuré lui-même.

Autres risques :

- Le suicide de l'assuré avant une année d'assurance,
- Les conséquences d'un attentat, ou d'une tentative d'attentat, sauf si l'assuré n'y prend pas une part active ou s'il se trouve dans l'exercice de son activité professionnelle.

9-COTISATIONS

9-1 MONTANT DES COTISATIONS (EN EUROS)

Le montant des cotisations est précisé au certificat d'adhésion du membre participant.

Le montant des cotisations est déterminé en fonction de l'âge atteint et du type de cotisation choisi.

Pour le maintien de la garantie au-delà du 31 décembre des 65 ans, il convient de contacter le Souscripteur pour obtenir une proposition tarifaire.

9-2 PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement d'avance par prélèvement automatique le 10 du mois suivant sur le compte bancaire du membre participant.

En cas de non-paiement des cotisations, conformément à l'article L. 223-19 du Code de la mutualité, le Souscripteur adressera une mise en demeure par lettre recommandée au plus tôt dans les dix jours après la date d'échéance pour informer le membre participant qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation échue entraîne la résiliation du contrat.

10-BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL

Le capital garanti est versé à la personne physique ou morale qui a financé les frais d'obsèques ou à l'organisme de pompes funèbres qui a pris en charge les obsèques, à hauteur des frais engagés dans la limite de la garantie souscrite et sur présentation de justificatifs.

L'Organisme assureur peut être désigné comme tiers payeur afin de régler directement les frais à l'organisme de pompes funèbres ayant réalisé les obsèques, à hauteur des frais engagés, dans la limite de la garantie souscrite.

Le reliquat éventuel sera alors attribué aux bénéficiaires désignés.

Les modalités et les conséquences de la désignation du ou des bénéficiaire(s) :

L'assuré peut désigner le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès dans le bulletin d'Adhésion et ultérieurement par avenant au contrat ou suivant tout autre forme juridiquement valide notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'assuré peut porter au contrat les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'Organisme assureur en cas de décès de l'assuré.

Pour le mineur non émancipé de 12 à 17 ans, les bénéficiaires désignés pour le reliquat en cas de décès sont les héritiers légaux. Ils pourront en changer à leur majorité ou ultérieurement.

A défaut de désignation d'un bénéficiaire par l'assuré notifiée à l'Organisme assureur ou lorsque cette désignation est caduque, le capital est versé :

- Au conjoint.

A défaut de conjoint, le capital est versé par parts égales entre eux :

- Aux enfants de l'assuré nés ou représentés, reconnus ou adoptifs.
- A défaut à ses petits-enfants,
- A défaut de descendance directe, à ses parents,
- A défaut à ses grands-parents survivants,
- A défaut de tous les susnommés, aux héritiers selon la dévolution successorale.

Toute désignation de bénéficiaire qui ne serait pas portée à la connaissance de l'Organisme assureur ne lui sera pas opposable.

L'assuré, sauf hypothèse de l'acceptation par le bénéficiaire, peut modifier cette clause bénéficiaire selon ses souhaits. L'attention de l'assuré est attirée sur le fait qu'en cas d'acceptation par le bénéficiaire de la stipulation faite à son profit, cette désignation, sauf renonciation écrite faite par le bénéficiaire acceptant, devient irrévocable, sauf dispositions légales particulières. A défaut d'accord du bénéficiaire acceptant, l'assuré ne pourra procéder à aucune modification. L'acceptation peut être faite soit par un avenant signé de l'Organisme assureur, de l'assuré et du bénéficiaire, soit par acte authentique ou par un acte sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire, mais dans ce cas, elle n'a d'effet à l'encontre de l'Organisme assureur que lorsqu'il lui a été notifié par écrit.

11•RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Pièces à fournir à l'Organisme assureur :

- bulletin de décès ou copie du livret de famille mentionnant la date de naissance et la date de décès de l'assuré ;
- en cas d'accident au cours des trois premiers mois d'adhésion, une copie du rapport de police ou de gendarmerie ou tout autre document justificatif ;
- la facture des prestations funéraires ;
- toute pièce de nature à justifier la qualité du bénéficiaire ;
- le Relevé d'Identité Bancaire du ou des bénéficiaire(s) désigné(s) ;
- le certificat médical précisant la cause du décès.

A compter de la date de réception de l'ensemble des pièces justificatives visées ci-dessus, l'Organisme assureur verse dans un délai qui ne peut excéder un mois le capital garanti à la personne physique ou morale qui a financé les frais d'obsèques ou à l'organisme de pompes funèbres qui a pris en charge les obsèques.

12•ÉVOLUTION DU CAPITAL GARANTI APRÈS LE DÉCÈS

Lorsque les bénéficiaires sont des personnes physiques, le capital garanti est revalorisé à compter du décès de l'assuré jusqu'à la réception des pièces nécessaires au paiement dans les conditions fixées par l'article L. 223-19-1 du Code de la mutualité.

A défaut de paiement du capital par l'Organisme assureur dans le délai prévu à l'article 11, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

13•DISPOSITIONS DIVERSES

13.1 SANCTION POUR FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations du membre participant servent de base à l'adhésion. En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte, faite lors de l'adhésion, les dispositions des articles L.

221-14, L. 221-15 du Code de la mutualité seront appliquées à l'ensemble du contrat.

Article L. 221-14 du Code de la mutualité

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article L. 221-15 du Code de la mutualité

Pour les opérations individuelles et collectives facultatives, 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 prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle ou l'union a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée.

La mutuelle ou l'union restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du précédent alinéa.

13.2 PRESCRIPTION

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

Article L. 221-11 du Code de la mutualité

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux 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 ou l'union 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 participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union 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 l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (...).

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.

Article L. 221-12 du Code de la mutualité

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

***Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du code de la mutualité.**

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

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- L'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;

- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)) ;

- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil).

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

»

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

13.3. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (ci-après, LIL) et au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (ci-après, RGPD), la Mutuelle la Frontalière, responsable de traitement, collecte et traite des données à caractère personnel relatives aux adhérents, et le cas échéant, leurs bénéficiaires (conjoint(s) et/ou enfant(s)) aux fins de :

- Sur le fondement de ses obligations contractuelles et l'exécution des mesures précontractuelles :
 - Constitution de sa base de données adhérents et leur transmission à Miltis le cas échéant ;
 - Gestion administrative des adhésions et du contrat ;
 - Appel à cotisations et de l'encaissement ;
- Sur le fondement de ses obligations légales et réglementaires :
 - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.
- Sur la base de son intérêt légitime ;
 - Lutte contre la fraude interne et la fraude à l'assurance ;
 - Adresser aux adhérents une présentation des nouveaux services offerts par La Frontalière, les adhérents disposant du droit de s'y opposer ;
 - Réalisation d'analyses statistiques à des fins de gestion et d'amélioration de ses services.

La Mutuelle Miltis, en tant que destinataire des données et responsable de traitement indépendant, traite des données à caractère personnel relatives aux adhérents, et le cas échéant, de leurs bénéficiaires (conjoint(s) et/ou enfant(s)) aux fins de réalisation des garanties. La Mutuelle Miltis et La Frontalière agissent, par ailleurs, en qualité de responsables de traitement conjoints dans le cadre de la lutte contre les capitaux en déshérence. Ces traitements sont fondés sur l'exécution de ses obligations contractuelles.

Les données collectées sont destinées au personnel de La Frontalière dûment habilité. Sont également susceptibles d'être destinataires des données collectées :

- Les prestataires techniques notamment en charge de l'hébergement des applicatifs et les prestataires de remboursement dans les limites contractuelles nous liant avec eux ;
- Le cas échéant, toutes autorités administratives et judiciaires compétentes, y compris les autorités en charge de la lutte anti-blanchiment (Tracfin), ainsi que les auxiliaires de justice.

Ces destinataires externes des données sont tous tenus à une obligation de confidentialité.

Aucun flux de données à caractère personnel hors Union Européenne vers des pays n'offrant pas de protection adéquate au regard des règles retenues par la Commission Européenne n'est réalisé.

Les données seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Conformément à la réglementation en vigueur, les adhérents et, le cas échéant, leurs bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, de portabilité, du droit de retirer leur consentement à tout moment lorsque le traitement est fondé sur ce fondement, du droit d'opposition pour motif légitime à ce que les données à caractère personnel le(s) concernant fassent l'objet d'un traitement, ainsi que du droit d'édicter des directives anticipées sur le sort de ces données après leur mort.

Ces droits peuvent être exercés par les adhérents (ou les personnes concernées) en adressant un courriel à : contact@lafrontaliere.fr ou à l'adresse suivante : Mutuelle la Frontalière – 15 Tartre Marin – 25500 MORTEAU.

Les adhérents et, le cas échéant, leurs bénéficiaires peuvent, à tout moment, introduire une réclamation auprès de la CNIL.

La Mutuelle La Frontalière dispose d'un délégué à la protection des données pouvant être contacté à l'adresse suivante : dpo@lafrontaliere.fr.

La Mutuelle Miltis dispose d'un délégué à la protection des données pouvant être contacté à l'adresse suivante : contact-cnil@miltis.fr

13.4 EXAMENS DES RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, le membre participant peut adresser une réclamation au service client de la Mutuelle la Frontalière - 15, Tartre Marin, 25500 MORTEAU, en précisant son numéro de membre participant. La Mutuelle la Frontalière en accusera réception dans un délai maximum de 10 jours ouvrables (sauf si une réponse a pu lui être apportée avant) et lui répondra dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

En cas de désaccord sur la réponse apportée, le membre participant pourra saisir le Médiateur de la Fnim dans un délai d'un an à compter de sa réclamation auprès du Souscripteur

Soit par courrier à l'adresse suivante :
Médiateur de la Fnim
4 avenue de l'Opéra
75001 – Paris

- Soit par courriel à l'adresse :

mediateur@fnim.fr

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant un particulier à l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties qui peuvent en toute liberté, saisir éventuellement le tribunal compétent.

13.5 ORGANISME DE CONTRÔLE

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09 est chargée du contrôle de la Mutuelle La Frontalière et de la Mutuelle Miltis.

14. LEXIQUE

ACCIDENT : Un accident est caractérisé par une lésion de l'organisme provoqué par un événement extérieur, soudain, non intentionnel de la part du membre participant ou du bénéficiaire des prestations.

ASSURÉ : Il s'agit du membre participant ainsi que ses ayants droit.

AYANTS DROIT : Sont considérés comme répondant à la définition d'ayants droit :

- le conjoint du membre participant répondant à l'une des définitions suivantes :
 - le conjoint marié du membre participant non séparé de corps judiciairement,
 - le ou la partenaire auquel ou à laquelle le membre participant est lié par un pacte civil de solidarité (PACS) sous réserve de la production d'un document officiel attestant du PACS,
- les enfants **âgés de plus de 12 ans** répondant à l'une des définitions suivantes :
 - les enfants célibataires du membre participant (affiliés au titre d'ayants droit sur la carte d'assuré social du participant) jusqu'au 31 décembre de leur vingtième anniversaire,
 - les enfants étudiants du membre participant bénéficiant du régime de la Sécurité sociale des étudiants jusqu'au 31 décembre de leur vingt-huitième anniversaire,
 - les enfants du membre participant suivant une formation en alternance jusqu'au 31 décembre de leur vingt-huitième anniversaire,
 - les enfants handicapés du membre participant s'ils sont avant leur vingt-et-unième anniversaire bénéficiaires de l'allocation spéciale des adultes handicapés.

DÉLAI D'ATTENTE : Il s'agit de la période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas. Le délai d'attente court à compter de la prise d'effet de l'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

MALADIE : Toute altération de l'état de santé de l'assuré, constatée par une autorité médicale.

MEMBRE PARTICIPANT : Personne physique, membre de la Mutuelle La Frontalière sous réserve de répondre aux conditions d'adhésion définies à l'article « Adhésion au contrat » de la présente notice d'information.

ANNEXE

RÉGIME FISCAL ET SOCIAL DU CONTRAT D'ASSURANCE PORTANT SUR LA DURÉE DE LA VIE HUMAINE

La Garantie Obsèques est soumise, selon la législation en vigueur au 1^{er} janvier 2018, au régime fiscal et social de droit français suivant pour les personnes résidentes fiscales en France.

FISCALITÉ EN CAS DE DÉCÈS

1• En cas de désignation du bénéficiaire à titre onéreux

Le bénéficiaire à titre onéreux est la personne qui a financé les obsèques de l'adhérent. Celui-ci n'est pas soumis aux dispositions des articles 990 I et 757 B du Code Général des Impôts.

2• En cas de désignation du bénéficiaire à titre gratuit

A l'ouverture de la succession de l'assuré, les sommes versées au(x) bénéficiaire(s) bénéficient d'une exonération de droits de mutation dans certaines limites selon l'âge de l'assuré lors du versement des cotisations.

Age de l'assuré lors du versement des primes	
Avant 70 ans	Article 990 I du Code Général des Impôts : Abattement de 152 500 € par bénéficiaire désigné pour tous contrats d'assurance vie confondus sur la tête d'un même assuré. Au-delà de cet abattement, prélèvement forfaitaire de : <ul style="list-style-type: none">• 20 % pour la fraction de la part taxable de chaque bénéficiaire ≤700 000 €,• 31,25 % pour la fraction de la part taxable de chaque bénéficiaire au-delà de 700 000 €
Après 70 ans	Article 757 B du Code Général des Impôts : Abattement de 30 500 € par bénéficiaire désigné pour tous contrats d'assurance vie confondus sur la tête d'un même assuré. Au-delà de cet abattement les cotisations versées après le 70 ^e anniversaire sont soumises aux droits de successions. Les intérêts et participation aux bénéfices s'y rapportant sont totalement exonérés de droits de succession. Exonérations :

Exonérations :

Les sommes versées à titre gratuit aux bénéficiaires suivants sont totalement exonérées de droits de mutation :

- le conjoint de l'assuré ou son partenaire lié par un PACS ;
- les frères et sœurs de l'assuré lorsque les conditions suivantes sont remplies au moment du décès :
 - ils sont âgés de plus de 50 ans ou atteint d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité de subvenir par leur travail aux nécessités de l'existence,
 - ils doivent être célibataires, veufs, divorcés ou séparés de corps,
 - ils doivent être constamment domiciliés avec le défunt pendant les 5 années ayant précédées le décès ce dernier.

Miltis : assureur du contrat

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)

La Mutuelle La Frontalière : Souscripteur et gestionnaire du contrat

15, Tartre Marin, 25500 MORTEAU

Mutuelle régie par le Code de la mutualité (SIREN n° 421 110 305)