



RÈGLEMENT GARANCE LONGUE VIE

**N'ATTENDEZ PAS
QU'UN MIRACLE
TOMBE DU CIEL,
COMPTEZ PLUTÔT
SUR GARANCE.**



G A R A N C E
Garants de votre
indépendance

SOMMAIRE

RÈGLEMENT	5
GARANCE Longue Vie	5
TITRE I - Dispositions Générales	5
CHAPITRE I - Objet du Règlement GARANCE Longue Vie	5
ARTICLE 1 - Objet du Règlement	5
CHAPITRE II - Règles de gestion comptable et financière	5
ARTICLE 2 - Frais de gestion	5
ARTICLE 3 - Dépôt et emploi des fonds	5
ARTICLE 4 - Réserve de gestion	5
ARTICLE 5 - Inventaire annuel	5
ARTICLE 6 - Évaluation des placements	6
ARTICLE 7 - Réserves diverses	6
ARTICLE 8 - Excédents d'actif	6
ARTICLE 9 - Marge de solvabilité	6
ARTICLE 10 - Provisions techniques	6
ARTICLE 11 - Transferts d'engagements et cessation d'activité	6
CHAPITRE III - Information des adhérents	6
ARTICLE 12 - Tarifs	6
ARTICLE 13 - Information des adhérents	6
ARTICLE 14 - Protection des données personnelles	6
TITRE II - Dispositions particulières	7
CHAPITRE I - Adhésion et droit des adhérents	7
ARTICLE 15 - Conditions générales d'adhésion	7
ARTICLE 16 - Conditions d'âge	7
ARTICLE 17 - Formalités médicales	7
ARTICLE 18 - Bulletin d'adhésion	7
ARTICLE 19 - Ouverture d'un compte individuel	7
ARTICLE 20 - Renonciation à l'adhésion	7
ARTICLE 21 - Participation aux Excédents	8
CHAPITRE II - Cotisations	8
ARTICLE 22 - Tarifs	8
ARTICLE 23 - Mode de calcul des cotisations	8
ARTICLE 24 - Conditions de versement des cotisations	8
ARTICLE 25 - Modalités de paiement des cotisations	8
ARTICLE 26 - Exigibilité des cotisations	8
ARTICLE 27 - Défaut de paiement des cotisations	8
ARTICLE 28 - Exonération pour maladie	8
ARTICLE 29 - Report de cotisations pour difficultés financières	9
ARTICLE 30 - Dénonciation et rachat	9

CHAPITRE III - Prestations garanties	9
ARTICLE 31 - Étendue des garanties - Garantie provisoire et note de couverture	9
ARTICLE 32 - Garantie	9
ARTICLE 33 - Doublement du capital	9
ARTICLE 34 - Rente éducation	10
ARTICLE 35- Montant et prise d'effet des garanties	10
ARTICLE 36 - Choix et modifications des options	10
ARTICLE 37 - Modification de la garantie	10
ARTICLE 38 - Réévaluation de la garantie	10
ARTICLE 39 - Risques Couverts - Risques exclus	11
CHAPITRE IV - Liquidation et versement des prestations	11
ARTICLE 40 - Formalités	11
ARTICLE 41 - Pièces justificatives à fournir	11
ARTICLE 42 - Invalidité totale et définitive	12
ARTICLE 43 - Modalités de versement – Capital d'urgence	12
ARTICLE 44 - Bénéficiaires	12
CHAPITRE V - Réclamations - Prescription	13
ARTICLE 45 - Réclamations	13
ARTICLE 46 - Prescription	13
TARIFS	14
Tarif n° 1-1 - Visé aux articles 12, 22 et 23	14
Tarif n° 1-2 - Visé aux articles 12, 23 et 24	14



RÈGLEMENT

GARANCE LONGUE VIE

TITRE I - Dispositions Générales

CHAPITRE I - OBJET DU RÈGLEMENT GARANCE LONGUE VIE

ARTICLE 1 - Objet du Règlement

GARANCE a notamment pour objet de garantir dans le cadre de l'adhésion individuelle de ses membres participants tels que définis à l'article 6 des Statuts de la Mutuelle :

- le versement d'un capital ou d'une rente éducation au profit des personnes désignées en cas de décès de l'assuré ;
- le versement d'un capital au profit de l'adhérent, en cas d'invalidité totale et définitive nécessitant définitivement l'assistance d'une tierce personne ;
- le versement d'un capital d'urgence dans les conditions visées à l'article 43 ;

En application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité et de l'article 3 des Statuts de la Mutuelle, le présent Règlement GARANCE Longue Vie adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, définit le contenu et la durée des engagements contractuels existant entre les membres participants, personnes physiques, et la Mutuelle, en ce qui concerne les cotisations et les prestations de cette garantie.

GARANCE Longue Vie est une opération d'assurance vie en cas de décès qui offre une « garantie illimitée » (vie entière) relevant de la branche 20 (Vie-décès) au sens de l'article R 211-2 du Code de la mutualité.

CHAPITRE II - RÈGLES DE GESTION COMPTABLE ET FINANCIÈRE

ARTICLE 2 - Frais de gestion

La Mutuelle fait face à ses frais de gestion à l'aide d'un prélèvement opéré sur le montant de la cotisation dont le taux est précisé dans les tarifs ou barèmes annexés au présent Règlement.

En outre, les recettes de gestion peuvent être complétées par toute autre ressource sans destination spéciale attribuée à la Mutuelle par son Conseil d'Administration.

Les sommes ainsi affectées s'ajoutent aux recettes de gestion visées au premier alinéa.

Les charges présentées en fin de chaque année au compte de résultat des opérations de gestion administrative de la Mutuelle sont réparties entre les garanties qu'elle gère.

Les frais applicables à GARANCE Longue Vie sont les suivants :

Frais à l'entrée et sur versements : 10 %.

Frais en cours de vie de l'adhésion : 1,50 % maximum des encours placés (quote-part des actifs placés mis en représentation des engagements). Ces frais ne diminuent pas le taux technique garanti.

Frais de sortie : 5 % en cas de rachat avant la 10^{ème} année d'adhésion.

Autres frais : Néant.

ARTICLE 3 - Dépôt et emploi des fonds

Les fonds de la Mutuelle sont déposés et employés conformément aux dispositions du Code de la mutualité.

Le Conseil d'Administration assisté du Comité Technique de gestion visé à l'article 50 des statuts décide du placement et du retrait des fonds compte tenu, le cas échéant, des orientations données par l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

ARTICLE 4 - Réserve de gestion

Les excédents annuels des recettes de gestion sur les dépenses sont transférés à une réserve spéciale dite : « Réserve de gestion », dont le montant ne peut être utilisé que pour la couverture normale des frais de gestion, au cours des exercices suivants.

ARTICLE 5 - Inventaire annuel

Il est établi chaque année, un inventaire conforme au modèle arrêté par le Ministre chargé de la Mutualité, donnant la situation active et

passive de la Mutuelle et permettant de déterminer par nature de garantie, la répartition de l'actif, le taux moyen du produit des placements et le montant des engagements.

Cet inventaire, ainsi que les comptes financiers annexés, sont transmis pour examen aux autorités compétentes.

ARTICLE 6 - Évaluation des placements

Les placements effectués par la Mutuelle sont évalués par nature de garantie dans les conditions fixées par le Code de la mutualité.

ARTICLE 7 - Réserves diverses

Le Conseil d'Administration de la Mutuelle fixe les conditions d'affectation des résultats. Il affecte par nature de garantie le résultat de l'exercice dans toute réserve qu'il juge opportun et nécessaire de créer en respectant, toutefois, les dispositions visées aux articles 4 et 8.

Sa décision est soumise par voie de résolution à l'Assemblée Générale pour ratification.

ARTICLE 8 - Excédents d'actif

Les excédents d'actif ressortant du bilan de la Mutuelle sont employés par nature de risque dans les conditions fixées par les dispositions du Code de la mutualité.

ARTICLE 9 - Marge de solvabilité

La Mutuelle doit constituer une marge de solvabilité composée notamment du fonds d'établissement, des réserves et des excédents reportés dans les conditions fixées par le Code de la mutualité.

ARTICLE 10 - Provisions techniques

Les provisions techniques sont constituées conformément aux articles L. 212-1 et R. 212-26 du Code de la mutualité.

ARTICLE 11 - Transferts d'engagements et cessation d'activité

Les transferts d'engagements de la Mutuelle sont décidés et exécutés dans les formes requises par le Code de la mutualité. La cessation définitive d'activité de la Mutuelle est décidée et exécutée dans les formes requises par le Code de la mutualité. Les décisions susvisées sont soumises à l'approbation de l'autorité administrative compétente.

CHAPITRE III - INFORMATION DES ADHÉRENTS

ARTICLE 12 - Tarifs

Les tarifs applicables à la garantie GARANCE Longue Vie sont annexés au présent Règlement.

ARTICLE 13 - Information des adhérents

Chaque adhérent signe une demande d'adhésion, reçoit un exemplaire des Statuts, du Règlement, et une note d'information.

La Mutuelle informe l'adhérent de toute modification du présent Règlement, proposée par le Conseil d'Administration et ratifiée par l'Assemblée Générale. Le Règlement modifié est opposable, sauf cas expressément prévu par ce dernier, à tous les adhérents, y compris à ceux ayant adhéré antérieurement à la date d'effet des modifications, sous réserve qu'ils en aient été informés par tous moyens.

Les adhérents sont informés, automatiquement à leur adhésion et sur demande en cours de garantie, des taux de frais de gestion sur cotisation ou prestation ou des prélèvements sur les encours gérés (quote-part des actifs placés mis en représentation des engagements).

Dans les conditions fixées par la réglementation, la Mutuelle communique chaque année aux adhérents, notamment :

- le montant de la valeur de rachat ;
- le cas échéant, le montant de la valeur de réduction ;
- le montant des capitaux garantis ;
- le rendement garanti, la participation aux excédents ainsi que le taux moyen de rendement des actifs détenus en représentation des engagements au titre des garanties de même catégorie.

ARTICLE 14 - Protection des données personnelles

Les données à caractère personnel vous concernant, collectées dans le cadre de l'adhésion au présent contrat font l'objet d'un traitement par GARANCE, en tant que responsable de traitement pour les finalités suivantes : l'instruction de votre demande d'adhésion, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance que vous avez souscrit, la gestion commerciale des adhérents, la réalisation d'enquêtes marketing ou de satisfaction, l'élaboration de statistiques et d'études actuarielles, la lutte contre la fraude, l'organisation de la gouvernance mutualiste et la mise en œuvre d'obligations légales en vigueur.

Lesdits contrats d'assurance constituent la base juridique du traitement, avec le consentement explicite du souscripteur en cas de collecte, le cas échéant, de données concernant la santé. Dans le cadre des finalités précédemment énoncées, les destinataires des données sont les services internes de GARANCE, les sous-traitants, les prestataires et les intermédiaires d'assurance partenaires de GARANCE.

Les données sont conservées pour la durée de la relation contractuelle augmentée des délais de prescription associés et prévus par la réglementation.

Dans les conditions fixées par la réglementation en vigueur sur la protection des données personnelles, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition, de limitation du traitement, de droit à la portabilité des données à « Service réclamation – DPO GARANCE - 51 rue de Châteaudun 75442 Paris Cedex 09 » ou dpo@garance-mutuelle.fr, et en joignant la copie d'un justificatif d'identité.

Par ailleurs, à l'issue de ces démarches, en cas de difficultés dans l'exercice de vos droits, vous avez la possibilité de faire une réclamation auprès de la CNIL sur son site internet : www.cnil.fr

TITRE II - Dispositions particulières

CHAPITRE I - ADHÉSION ET DROIT DES ADHÉRENTS

ARTICLE 15 - Conditions générales d'adhésion

Peuvent adhérer au présent Règlement les personnes visées à l'article 6 des Statuts de la Mutuelle à l'exception des personnes titulaires d'une rente ou pension d'invalidité totale et définitive d'un organisme public ou privé.

ARTICLE 16 - Conditions d'âge

La limite d'âge pour adhérer à la garantie GARANCE Longue Vie est fixée à 80 ans au plus, conformément à l'article 6 des statuts de la Mutuelle.

La limite d'âge de la personne à assurer est fixée à 80 ans.

L'âge est déterminé par la différence de millésime entre l'année civile en cours et l'année de naissance de la personne à assurer.

ARTICLE 17 - Formalités médicales

La personne à assurer doit se soumettre aux formalités médicales suivantes, en fonction du niveau de capital assuré :

Montant du capital garanti*	Formalités médicales
De 6 000 euros à 152 499 euros	Déclaration de bonne santé
De 152 500 euros à 600 000 euros	Questionnaire de santé et examens médicaux

* Ce montant tient compte des autres contrats de prévoyance (ARTIVIE / PREVARTI PRO / PREVARTI CONJOINT / GARANCE LONGUE VIE / GARANCE PREVOYANCE MADELIN) souscrits sur la tête de l'assuré.

Toute personne reconnue inapte, ou qui a perçu une pension pour invalidité partielle ou temporaire d'un organisme public ou privé sera obligatoirement soumise à un contrôle médical.

Par ailleurs, la personne à assurer peut être soumise à une visite médicale dans tout autre cas, à la demande de la Mutuelle, après examen du questionnaire de santé.

ARTICLE 18 - Bulletin d'adhésion

Après examen favorable de sa demande, la Mutuelle adresse à l'adhérent par lettre recommandée avec accusé de réception un bulletin d'adhésion précisant notamment la date d'effet de l'adhésion, le montant des cotisations, la périodicité du paiement des cotisations, les options retenues et le montant des prestations garanties.

ARTICLE 19 - Ouverture d'un compte individuel

La Mutuelle ouvre au nom de l'adhérent un compte individuel où sont portées les cotisations versées et où figure le montant de la garantie.

ARTICLE 20 - Renonciation à l'adhésion

L'adhérent peut renoncer à son adhésion, par lettre recommandée avec avis de réception :

- à compter de la date à laquelle il est informé que l'adhésion a pris effet et jusqu'au 30^{ème} jour calendaire qui suit cette date si le montant de ses garanties est inférieur ou égal à 152 499 euros ;
- à compter de la date de remise de la note de couverture prévue à l'article 31 et jusqu'au 30^{ème} jour calendaire qui suit la date à laquelle il est informé que l'adhésion a pris effet si le montant de ses garanties est supérieur à 152 499 euros. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Dans tous les cas, la réception de la lettre de renonciation entraîne la cessation immédiate de la garantie et la restitution par la Mutuelle de l'intégralité des sommes versées par l'adhérent.

ARTICLE 21 - Participation aux Excédents

Au 1^{er} janvier de chaque année, la Mutuelle établit, dans le respect des contraintes légales et réglementaires et au titre de l'exercice précédent, un compte de participation aux résultats techniques et financiers, conformément à l'article D.212-1 du Code de la mutualité tous produits assurés par la Mutuelle confondus.

À cette date, l'affectation chaque année de la participation aux résultats techniques et financiers au produit GARANCE Longue Vie est décidée par le Conseil d'administration de la Mutuelle.

La Mutuelle peut affecter tout ou partie de la participation aux excédents de l'année à la provision pour participation aux excédents avec redistribution différée aux adhérents au cours des huit exercices suivant celui au titre duquel les sommes ont été portées à la provision.

CHAPITRE II - COTISATIONS

ARTICLE 22 - Tarifs

Les tarifs sont établis en fonction de la table de mortalité, des frais de gestion prévus à l'article 2, et d'un taux technique garanti dont le taux est précisé dans les tarifs annexés au Règlement pour tenir compte des dépenses de contrôle médical, sous réserve de l'utilisation ultérieure d'une table d'expérience.

ARTICLE 23 - Mode de calcul des cotisations

Le montant de la cotisation dépend de l'âge de la personne à assurer au moment de l'adhésion.

Le calcul de l'âge pour la fixation des cotisations est obtenu par la différence entre le millésime de l'année de naissance de l'assuré et l'année au cours de laquelle intervient l'adhésion.

La cotisation peut être révisée en fonction de l'évolution des résultats techniques du présent Règlement. La Mutuelle informe l'adhérent du montant de la nouvelle cotisation. L'adhérent peut librement s'opposer à cette révision dans un délai d'un mois à compter de sa notification en adressant un courrier à la Mutuelle. En cas d'opposition de l'adhérent, la garantie est résiliée.

ARTICLE 24 - Conditions de versement des cotisations

En contrepartie des garanties couvertes par GARANCE Longue Vie, l'adhérent s'engage à verser à la Mutuelle des cotisations payables :

- pour une garantie à cotisation unique, en une seule fois, au moment de l'adhésion ;
- pour une garantie à cotisations périodiques, chaque année, dans les vingt jours de la date d'exigibilité mentionnée à l'article 25. Le paiement de cette cotisation annuelle peut cependant être échelonné mensuellement selon un échéancier adressé par la Mutuelle à l'adhérent qui a opté pour le prélèvement automatique mensuel.

ARTICLE 25 - Modalités de paiement des cotisations

La cotisation annuelle est exigible au 1^{er} mars de chaque année et assure une garantie du 1^{er} janvier au 31 décembre de la même année.

La première cotisation est payable en une seule fois au jour de l'adhésion à la garantie provisoire visée à l'article 31.

Elle peut également être acquittée par prélèvements mensuels.

ARTICLE 26 - Exigibilité des cotisations

La cotisation est payée jusqu'à la survenance du risque.

ARTICLE 27 - Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation dans les 20 jours qui suivent sa date d'exigibilité, et sous réserve des dispositions de l'article 28, la Mutuelle adresse à l'adhérent un rappel de cotisation constituant mise en demeure.

En cas d'absence de régularisation dans les 40 jours qui suivent la date d'envoi de la mise en demeure, il est procédé :

- soit à la résiliation de la garantie en cas d'inexistence de valeur de rachat ;
- soit au rachat, lorsque le montant de sa valeur de rachat est inférieur à la moitié du montant brut mensuel du salaire minimum de croissance en vigueur au 1^{er} juillet précédant la date d'expiration du délai de 40 jours visé au présent article ;
- soit à la mise en réduction de l'adhésion si le montant de sa valeur de rachat est supérieur à la moitié dudit montant brut mensuel du salaire minimum de croissance. Dans ce cas, la garantie se poursuit sur la base d'un capital réduit pour tenir compte des cotisations effectivement payées.

ARTICLE 28 - Exonération pour maladie

L'adhérent âgé de moins de 60 ans est exonéré de la cotisation annuelle s'il a interrompu son activité pour raison de santé depuis au moins trois mois consécutifs, et de manière rétroactive à compter du 1^{er} jour d'interruption d'activité et pendant toute la durée de cette interruption.

La demande d'exonération doit être présentée au plus tôt au premier jour du quatrième mois d'interruption d'activité et au plus tard dans les trois mois qui suivent reprise d'activité.

La demande doit comporter :

- Le ou les arrêts de travail délivrés par le médecin traitant ainsi que les éventuelles prolongations ;
- Et/ou un certificat médical avec les informations nécessaires au traitement de la demande.

Le bénéfice de l'exonération est soumis à l'appréciation du médecin conseil de la Mutuelle qui pourra demander tout renseignement ou pièce complémentaire.

L'exonération peut porter au maximum sur deux années consécutives et n'est pas renouvelable. Pendant la période d'exonération, la garantie est maintenue.

Au terme de la période d'exonération, si l'adhérent ne reprend pas le paiement de ses cotisations, l'adhésion au présent Règlement prend fin selon les dispositions prévues à l'article 27 du Règlement.

ARTICLE 29 - Report de cotisations pour difficultés financières

L'adhérent en situation de difficultés financières peut demander par courrier circonstancié le report d'un an de ses cotisations périodiques.

La cotisation reportée est appelée par la Mutuelle et payée par l'adhérent l'année suivant la demande de report. Cette faculté ne peut s'exercer qu'une fois tous les 3 ans.

ARTICLE 30 - Dénonciation et rachat

La dénonciation prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception du courrier de l'adhérent adressé à la Mutuelle.

En cas de dénonciation par l'adhérent de son adhésion à cotisations périodiques, la garantie cesse au jour de l'accusé de réception de la lettre de dénonciation. Il est procédé, au remboursement à l'adhérent de la valeur de rachat avec retenue éventuelle de la cotisation restant due au titre de la période garantie écoulee ou remboursement du trop-perçu de cotisation.

La garantie comprend une faculté de rachat. La valeur de rachat est égale à la provision mathématique de l'adhésion avec application d'une pénalité de 5 % à cette dernière.

A l'issue de la période de dix ans à compter de la date d'effet de l'adhésion au présent Règlement, la pénalité est supprimée.

CHAPITRE III - PRESTATIONS GARANTIES

ARTICLE 31- Étendue des garanties - Garantie provisoire et note de couverture

Dans l'attente de l'évaluation des conditions d'adhésion de la personne à assurer, il est remis à l'adhérent une note de couverture contre paiement de la première cotisation et réception du questionnaire de santé dûment complété.

Ce document garantit la personne jusqu'à l'adhésion éventuelle dans les conditions exposées à l'article 35, alinéa 3.

Cette garantie provisoire couvre les risques décès et invalidité liés aux accidents du travail et de la circulation survenus durant cette période, **à l'exclusion de ceux résultant d'une maladie**. Sa durée est de 30 jours maximum renouvelable une fois.

La garantie provisoire prend effet à la date de signature de la demande d'adhésion sous réserve de l'encaissement par la mutuelle de la première cotisation.

En cas d'examen défavorable de la demande d'adhésion, la garantie provisoire cesse à dater de la réception par l'adhérent de la décision de refus de la Mutuelle. Les cotisations dont il s'est acquitté lui sont intégralement remboursées.

Les dispositions du présent article, hormis celles de l'alinéa 4 relatives à la date de prise d'effet, ne s'appliquent pas aux garanties d'un capital inférieur ou égal à 152 499 euros.

ARTICLE 32 - Garantie

La garantie assure le versement d'un capital en cas de décès, quel que soit l'âge auquel celui-ci intervient, ou en cas d'invalidité totale et définitive nécessitant définitivement l'assistance d'une tierce personne, quel que soit l'âge auquel l'invalidité intervient.

L'état d'invalidité est apprécié par le médecin conseil de la Mutuelle, qui se réserve le droit de demander tout renseignement médical complémentaire.

Le versement du capital prévu en cas d'invalidité totale et définitive met fin à la garantie décès. Aucun capital n'est dû en cas de décès ultérieur de l'assuré invalide.

ARTICLE 33 - Doublement du capital

GARANCE Longue Vie prévoit le doublement du capital lorsque le décès résulte d'un accident du travail ou de la circulation (routière aérienne ou maritime) suite à une atteinte corporelle provoquée directement par l'intervention violente et soudaine d'une cause extérieure non intentionnelle de la part de l'assuré.

On entend par accident de la circulation celui dont l'assuré est victime :

- au cours d'un trajet à pied, sur une voie publique ou privée, du fait de la circulation d'un véhicule, d'un animal ou d'un autre piéton ;
- à l'occasion d'un parcours effectué par voie de terre, de fer, d'air ou mer lorsque l'accident affecte le moyen de transport public ou privé.

En cas d'accident, les garanties d'assurance s'appliquent à condition que le décès survienne, dans un délai maximum d'un an après la date de l'accident, des suites des blessures ou lésions constatées à cette occasion. La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès, ainsi que la preuve de la nature de l'accident incombent au bénéficiaire.

ARTICLE 34 - Rente éducation

L'assuré peut opter à tout moment pour le versement du capital garanti sous forme de rente éducation à ses enfants. Les bénéficiaires doivent être les enfants de l'assuré.

Le service de la rente est réservé aux enfants qui ne sont pas âgés de plus de 25 ans lors de la réalisation du risque. S'ils ont dépassé la date de leur 25^{ème} anniversaire au moment du décès, ils perçoivent leur part en capital.

La rente éducation bénéficie des dispositions prévues à l'article 38.

ARTICLE 35- Montant et prise d'effet des garanties

La garantie minimum est fixée à 6 000 euros.

Le montant maximum de la garantie au titre d'une ou plusieurs adhésions au présent Règlement est égal à 600 000 euros.

La garantie devient définitive dès la signature d'un bulletin d'adhésion par la Mutuelle et prend effet à la même date que la garantie provisoire visée à l'article 31.

ARTICLE 36 - Choix et modifications des options

Au moment d'adhésion, l'adhérent exerce le choix d'une ou plusieurs options : montant de la garantie, bénéficiaires, capital ou rente-éducation en faveur des enfants bénéficiaires.

Il peut ensuite modifier ces options chaque année, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Un avenant à son adhésion initiale est établi dans les conditions de l'article 37.

Les changements d'option prennent effet dès réception du courrier de l'adhérent. Toutefois, les modifications de montant des garanties prennent effet dans les conditions prévues à l'article 37.

ARTICLE 37 - Modification de la garantie

L'adhérent peut modifier la garantie d'origine :

- à la baisse ou à la hausse ;

La possibilité de modifier la garantie à la hausse est ouverte jusqu'à 80 ans, le calcul de l'âge s'effectuant selon la règle fixée à l'article 23 du Règlement.

En cas de modification à la baisse :

- pour les adhésions à cotisations périodiques, la modification à la baisse prend effet au 1^{er} janvier de l'année suivante. Le montant de la cotisation est réduit. Une fraction de provision mathématique est remboursée à l'adhérent sous déduction d'une pénalité de 5 %. À l'issue d'une période de dix ans à compter de la date d'effet de l'adhésion, la pénalité est supprimée ;
- pour les adhésions à cotisation unique, la fraction de provision mathématique correspondant à la réduction est remboursée à l'adhérent sous déduction d'une pénalité de 5 %. A l'issue d'une période de dix ans à compter de la date d'effet de l'adhésion, la pénalité est supprimée.

En cas de modification à la hausse d'un capital inférieur à 152 500 euros, l'adhérent doit renseigner une déclaration de bonne santé.

À compter de 152 500 euros, l'adhérent doit joindre à sa demande un questionnaire de santé et se soumettre à un examen médical.

La Mutuelle apprécie l'état de santé de l'assuré dans les conditions prévues à l'article 17.

Après examen favorable de la demande, il est établi un avenant à l'adhésion initiale.

La nouvelle cotisation est fonction du montant de la nouvelle garantie, de l'âge de l'assuré au moment de la prise d'effet de la modification, et des tarifs en vigueur. La modification prend effet dès la signature de l'avenant contre paiement de la cotisation révisée.

ARTICLE 38 - Réévaluation de la garantie

Si le taux de rendement de la gestion financière et technique est supérieur au taux réglementaire en vigueur, les garanties pourront être réévaluées dans des conditions prévues par le Code de la mutualité à effet du 1^{er} janvier de l'année suivante. Le capital garanti est réévalué suite à la décision du Conseil d'Administration, et ratifiée par l'Assemblée Générale.

ARTICLE 39 - Risques Couverts - Risques exclus

Tous les risques sont couverts à l'exclusion de ceux résultant :

- de tout acte pénalement répréhensible accompli par l'assuré ;
- d'un état de guerre, ou guerre civile ;
- d'une intention de la part de la victime ;
- des suites des maladies dont l'assuré était atteint avant l'adhésion au présent Règlement, connues de lui et non portées à la connaissance de la Mutuelle au jour de l'adhésion ;
- d'un accident de la route survenu alors que l'adhérent/assuré conduisait et avait un taux d'alcoolémie supérieur au maximum fixé par la législation en vigueur, ou était sous l'emprise de stupéfiants hors de toute prescription médicale ;
- des suites, conséquences et manifestations secondaires liées à un alcoolisme chronique (pathologies digestives ou neurologiques) ;
- des conséquences directes et indirectes de l'usage non prescrit médicalement ou abusif de stupéfiants ou de substances hallucinogènes ;
- des conséquences d'un accident de navigation aérienne sauf si l'assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et d'une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même ;
- des conséquences résultant de l'explosion fortuite ou provoquée d'un engin destiné à exploser par modification de la structure du noyau de l'atome ainsi que celles dues à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et à des déchets radioactifs ;
- des conséquences de vols sur aile volante, parapente, ULM et deltaplane ;
- d'un suicide ou d'une tentative de suicide de l'assuré pendant la première année qui suit la prise d'effet de l'adhésion au présent Règlement.

CHAPITRE IV - LIQUIDATION ET VERSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 40 - Formalités

La demande de prestations doit être adressée à la Mutuelle.

ARTICLE 41 - Pièces justificatives à fournir

Le règlement des prestations s'effectue sur présentation des pièces justificatives suivantes et selon les modalités prévues à l'article 43.

En cas de décès :

- un acte de décès ;
- un certificat médical indiquant si le décès est dû à une cause naturelle ou à l'une des causes accidentelles visées à l'article 33 du présent Règlement et précisant si ce décès résulte d'un des risques visés à l'article 39 comme « risques exclus » ;
- un acte de naissance ;
- le cas échéant, tout document probant établissant le lien de cause à effet entre le décès et un accident (P.V. de gendarmerie, coupure de presse, certificat médical attestant que le sinistre est imputable aux blessures occasionnées par l'accident, etc.) ;

En cas de désignation nominative de bénéficiaires :

- un extrait d'acte de naissance ou une fiche individuelle d'état civil établie au nom de chaque bénéficiaire désigné et portant la mention « décédé » ou « non décédé ».

En cas de désignation d'une personne morale :

- un extrait Kbis ou toute autre pièce nécessaire à la constitution du dossier. En cas de désignation du conjoint de l'assuré es-qualité :
- un extrait d'acte de naissance ou une fiche individuelle d'état civil établie au nom de la personne qui a cette qualité au jour du décès de l'assuré et portant la mention « non décédé » et « non divorcé »

En cas de divorce :

- une copie de la décision de justice définitive.

En cas de désignation générique des bénéficiaires (exemple : enfants nés ou à naître, descendants, héritiers, etc.) :

- un certificat de notoriété ou de propriété établi par le Notaire chargé du règlement de la succession ou par le greffe du Tribunal d'Instance du lieu du domicile du défunt.

En cas d'invalidité totale et définitive :

- un certificat médical, sous pli confidentiel, établi par le médecin traitant, précisant la nature exacte et la date de la première constatation médicale de l'affection ou de l'accident ayant entraîné l'incapacité permanente de travail, et la nécessité de l'assistance définitive d'une tierce personne ;
- ou une attestation délivrée par les caisses du Régime Social des Indépendants si l'assuré perçoit du régime d'assurance vieillesse invalidité des artisans, une pension d'invalidité totale et définitive avec majoration pour tierce personne définitive.

ARTICLE 42 - Invalidité totale et définitive

En cas d'invalidité totale et définitive avec nécessité d'une tierce personne, attestée par le médecin-traitant, la Mutuelle a obligatoirement recours à une expertise avant paiement.

Si l'assuré se refuse à un contrôle médical, l'adhésion est résiliée d'office 15 jours après la date d'envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier de l'assuré.

En cas de contestation sur l'ouverture du droit aux prestations, celle-ci est appréciée en dernier ressort par une Commission comprenant le médecin traitant de l'intéressé (ou un médecin désigné par lui), un médecin désigné par la Mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers. Dans le cas où cet accord ne pourrait pas être réalisé, le troisième médecin serait désigné sur la demande d'un ou des deux médecins par le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, ou à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance.

Le droit aux prestations n'est pas ouvert jusqu'à la conclusion du litige.

Les honoraires du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle sauf dans le cas où ledit expert confirmerait la décision prise à l'égard de l'intéressé. Dans ce dernier cas, les honoraires et frais sont supportés par moitié entre la Mutuelle et l'assuré.

ARTICLE 43 - Modalités de versement – Capital d'urgence

Le versement du capital en cas de décès intervient, après déduction, le cas échéant, du capital d'urgence versé, dans le délai d'un mois à compter de la réception des pièces justificatives.

Le capital en cas de décès est revalorisé à compter de la date de décès de l'assuré jusqu'à la date de connaissance du décès par la Mutuelle, qui intervient par l'obtention de l'acte de décès de l'assuré.

Cette revalorisation est calculée en fonction du dernier taux technique en vigueur au jour du décès.

Pour la période postérieure à la date de connaissance du décès de l'assuré, ledit capital est revalorisé dans les conditions visées à l'article R 223-9 du Code de la mutualité.

La Mutuelle garantit, en cas de décès de l'adhérent, le versement au bénéficiaire désigné d'un capital d'urgence d'une valeur de 25 % du capital garanti, dans la limite de 6000 euros.

Le capital d'urgence est versé dans un délai de deux jours ouvrés à partir de la réception par la Mutuelle des documents suivants :

- la copie du certificat de décès de l'adhérent ;
- si le bénéficiaire est nommément identifié : la copie signée de sa carte d'identité ou passeport et ses coordonnées bancaires ;
- si le bénéficiaire est le conjoint ou l'enfant : la copie du livret de famille et les coordonnées bancaires du conjoint ou de l'enfant majeur ou du responsable légal de l'enfant mineur.

Le capital d'urgence vient en déduction de la garantie de base et ne préjuge pas de l'examen de la demande de prestations et de ses conditions de mise en œuvre visées à l'article 41.

Le capital d'urgence ne peut être versé qu'une seule fois, au premier bénéficiaire désigné qui en fait la demande à la Mutuelle, et qu'en cas d'option par l'adhérent pour le versement de la totalité de la garantie de base en capital, conformément à l'article 36.

Le versement du capital en cas d'invalidité totale et définitive avec nécessité d'une tierce personne intervient dans le délai d'un mois à compter de la réception des pièces justificatives. Si le décès intervient au cours de ce délai, et donc avant paiement à l'assuré du capital, ce dernier est versé sous forme de capital décès ou de rente éducation aux bénéficiaires désignés.

Le versement de la rente éducation s'effectue trimestriellement à terme à échoir tant que le bénéficiaire répond à la condition d'âge prévue à l'article 34. Le premier versement intervient au cours du premier mois du trimestre civil suivant la date du décès ; le dernier versement intervenant au cours du premier mois du trimestre civil du 25^{ème} anniversaire.

ARTICLE 44 - Bénéficiaires

En cas d'option pour la rente-éducation, celle-ci est versée aux enfants désignés comme bénéficiaires par l'adhérent et remplissant les conditions fixées à l'article 34.

En cas d'invalidité totale et définitive, le bénéficiaire est l'assuré.

En cas d'option pour le capital-décès, celui-ci est versé aux personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle auprès de la Mutuelle, précisant, si besoin est, l'ordre de priorité de versement ou de répartition du capital.

En cas d'option pour le versement du capital par ordre de priorité de bénéficiaire, le prédécès du bénéficiaire prioritaire entraîne attribution du capital au bénéficiaire suivant.

En cas d'option pour le versement du capital par ordre de répartition, l'adhérent fait le choix de pourcentages de parts revenant aux bénéficiaires.

En cas de répartition du capital entre bénéficiaires tous de même rang, le prédécès de l'un ou plusieurs d'entre eux entraîne attribution égalitaire de sa (ou de leur) part aux autres bénéficiaires.

Dans tous les autres cas de prédécès, ou à défaut de désignation expresse de bénéficiaire, les sommes dues sont attribuées selon l'ordre de priorité ci-après :

- au conjoint survivant ou partenaire de PACS de l'adhérent ;
- à défaut, le concubin de l'adhérent qui au moment du décès, a partagé avec ce dernier au moins deux années de vie commune. Aucune condition de durée de vie commune n'est exigée lorsqu'un enfant au moins en est issu ;
- à défaut, les enfants de l'adhérent nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux ;
- à défaut, les héritiers de l'adhérent ;
- à défaut d'héritiers, ces sommes restent acquises à la succession de l'adhérent.

CHAPITRE V - RÉCLAMATIONS - PRESCRIPTION

ARTICLE 45 - Réclamations

En cas de désaccord portant sur l'un des éléments du Règlement, l'adhérent peut adresser une réclamation écrite avec le motif du litige et les références du dossier à :

GARANANCE

Service Réclamations

51, rue de Châteaudun
75442 Paris cedex 09

Enfin, si le désaccord persistait, l'adhérent pourrait demander par écrit l'avis du Médiateur de la FNMF en adressant sa saisine à :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française

FNMF

255, rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15

Ou directement sur le site du Médiateur :

<https://www.mediateur-mutualite.fr>

ARTICLE 46 - Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toute action concernant l'adhésion au présent Règlement et émanant de l'assuré ou de l'Assureur ne peut être exercée que pendant un délai de 2 ans à compter de l'événement à l'origine de cette action. Cette prescription est portée à 5 ans pour les résidents d'Alsace et de Moselle.

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 la Mutuelle 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.

Lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'assuré, le délai est porté à dix ans.

Ce délai est interrompu par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (reconnaissance d'un droit par l'assuré ou par la Mutuelle ; demande en justice, même en référé ; acte d'exécution forcée) ainsi que par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré en ce qui concerne le règlement des prestations.



G A R A N C E

Garants de votre
indépendance

TARIFS

GARANANCE LONGUE VIE

Tarif n° 1-1 - Visé aux articles 12, 22 et 23

du Règlement pour une adhésion à prime unique à durée illimitée

(Tarif applicable à compter du 1^{er} décembre 2019)

Table de mortalité	TH00-02
Frais de Gestion	10 %
Taux technique	0 %
Capital	6 000 euros

Tarif n° 1-2 - Visé aux articles 12, 23 et 24

du Règlement pour une adhésion à prime annuelle à durée illimitée

(Tarif applicable à compter du 1^{er} décembre 2019)

Table de mortalité	TH00-02
Frais de Gestion	10 %
Taux technique	0 %
Capital	6 000 euros

Primes uniques			
16	7 961,33	49	7 961,33
17	7 961,33	50	7 961,33
18	7 961,33	51	7 961,33
19	7 961,33	52	7 961,33
20	7 961,33	53	7 961,33
21	7 961,33	54	7 961,33
22	7 961,33	55	7 961,33
23	7 961,33	56	7 961,33
24	7 961,33	57	7 961,33
25	7 961,33	58	7 961,33
26	7 961,33	59	7 961,33
27	7 961,33	60	7 961,33
28	7 961,33	61	7 961,33
29	7 961,33	62	7 961,33
30	7 961,33	63	7 961,33
31	7 961,33	64	7 961,33
32	7 961,33	65	7 961,33
33	7 961,33	66	7 961,33
34	7 961,33	67	7 961,33
35	7 961,33	68	7 961,33
36	7 961,33	69	7 961,33
37	7 961,33	70	7 961,33
38	7 961,33	71	7 961,33
39	7 961,33	72	7 961,33
40	7 961,33	73	7 961,33
41	7 961,33	74	7 961,33
42	7 961,33	75	7 961,33
43	7 961,33	76	7 961,33
44	7 961,33	77	7 961,33
45	7 961,33	78	7 961,33
46	7 961,33	79	7 961,33
47	7 961,33	80	7 961,33
48	7 961,33		

Primes annuelles			
16	132,88	49	271,05
17	135,06	50	279,04
18	137,30	51	287,44
19	139,59	52	296,30
20	141,94	53	305,64
21	144,37	54	315,50
22	146,88	55	325,93
23	149,48	56	336,97
24	152,18	57	348,69
25	154,98	58	361,15
26	157,89	59	374,42
27	160,91	60	388,56
28	164,05	61	403,65
29	167,31	62	419,76
30	170,71	63	436,98
31	174,24	64	455,39
32	177,92	65	475,08
33	181,76	66	496,16
34	185,76	67	518,76
35	189,92	68	543,03
36	194,25	69	569,13
37	198,77	70	597,26
38	203,49	71	627,63
39	208,41	72	660,45
40	213,54	73	696,06
41	218,90	74	734,78
42	224,48	75	777,02
43	230,29	76	823,19
44	236,36	77	873,78
45	242,69	78	929,33
46	249,31	79	990,43
47	256,22	80	1057,50
48	263,46		

Cotisation annuelle applicable en cas d'adhésion à la garantie d'assistance assurée par notre partenaire
Ressources Mutuelles Assistance avec le choix d'un prélèvement automatique mensuel
Montant de la cotisation - 5 euros TTC

GARANCE Longue Vie Ce qu'il faut retenir :

Pour protéger votre patrimoine et vos proches,
GARANCE Longue vie vous propose :

- Une protection maintenue tout au long de votre vie .
- Le débloquage d'un capital d'urgence⁽¹⁾.
- Une assistance dès le premier jour de votre souscription⁽²⁾.
- Une fiscalité avantageuse qui vous permet de transmettre votre capital sans frais de succession⁽³⁾.
- D'adapter à tout moment votre garantie, que ce soit à la hausse ou à la baisse.

⁽¹⁾ Selon les modalités prévues au contrat.

⁽²⁾ Dans le cas où la garantie optionnelle d'assistance RMA a été souscrite.

⁽³⁾ Selon les conditions et limites prévues par la réglementation en vigueur.

Rejoignez-nous sur...



YouTube



Découvrez notre site : www.garance-mutuelle.fr



POUR PLUS D'INFORMATIONS
contactez votre conseiller au

01 70 37 73 59



GARANCE

Garants de votre
indépendance

51, rue de Châteaudun - 75442 Paris Cedex 09

Idéographic Paris (01 40 82 96 96) - JANVIER 2021 - I190801049 - Crédit photos : Shutterstock, Getty images.

Autorité chargée du contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest, 75436 Paris CEDEX 09.

GARANCE, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro Siren 391 399 227. Siège social : 51 Rue de Châteaudun, 75442 PARIS CEDEX 09. Service client : 01 70 37 73 59

Assisteur **RMA** : Ressources Mutuelles Assistance, Union Technique d'Assistance soumis aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Siren 444 269 682 - Siège social : 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 VERTOU.

