

## ● Règlement mutualiste Harmonie Protection Plus

Règlement au 01/01/2012

## ● Garantie d'assistance Harmonie Protection Services

Assurée par Ressources Mutuelles Assistance

Notice d'information au 01/01/2012



## ● Règlement mutualiste Harmonie Protection Plus

Protection Hospitalière, Protection  
Blessures, Protection Revenus Accident,  
Protection Décès Accident

### TITRE I DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES DU RÈGLEMENT HARMONIE PROTECTION PLUS

#### ∴ Article 1

#### Objet du règlement

Le présent règlement mutualiste a pour objet de définir le contenu des engagements réciproques existant entre chaque membre participant (ci-après dénommé, adhérent) et la mutuelle Harmonie Mutualité (ci-après dénommée, la mutuelle).

Il détermine les conditions dans lesquelles la mutuelle verse à l'assuré, selon la ou les garantie(s) souscrite(s) :

- pour la garantie « Protection Hospitalière » : une indemnité forfaitaire journalière en cas d'hospitalisation suite à une maladie ou un accident et la prise en charge des frais de soins dépensés par l'adhérent en cas d'hospitalisation et restant à sa charge après remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et celui du ou des organismes complémentaires santé auprès duquel (desquels) il a souscrit une garantie « remboursement des frais de santé » ;
- pour la garantie « Protection Blessures » : un capital en cas de blessure(s) accidentelle(s) de l'assuré ;
- pour la garantie « Protection Revenus Accident » : des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail suite à un accident ;
- pour la garantie « Protection Décès Accident » : un capital en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle.

Il détermine également les prestations d'assistance dont peut bénéficier l'assuré. L'intervention de l'assisteuse au titre de ses garanties d'assistance n'empêche pas reconnaissance du caractère accidentel par l'assureur des garanties « Protection Blessures », « Protection Revenus Accident » et « Protection Décès Accident ».

L'adhérent a la possibilité de souscrire une ou plusieurs des 4 garanties citées ci-dessus.

#### ∴ Article 2

#### Définitions

**Accident** : tout événement soudain, imprévisible, extérieur à l'assuré et non intentionnel de sa part, cause exclusive, certaine et directe du sinistre.

Dans tous les cas, ne sont pas considérés comme accident les événements suivants :

- les infarctus du myocarde ;
- les ruptures d'anévrisme ;
- les accidents vasculaires cérébraux ;
- les lombalgies, les lumbagos ;
- les sciatiques ;
- les éventrations ;
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires ;
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel ;
- les hydrocutions ;
- les hernies abdominales ;
- les lésions méniscales.

**Adhérent ou membre participant** : personne physique qui adhère à la mutuelle, pour elle-même et les personnes désignées au bulletin d'adhésion, et qui bénéficie des prestations en contrepartie du paiement d'une cotisation.

**Adhésion** : engagement qui résulte de la réception par la mutuelle du bulletin d'adhésion, signé par l'adhérent et qui définit la liste des assurés, la garantie souscrite et sa cotisation, la date de prise d'effet de l'adhésion et la date de prise d'effet de la garantie par assuré.

**Assisteuse** : organisme assurant et gérant les prestations d'assistance et dûment agréé à cet effet. Les garanties d'assistance sont assurées par Ressources Mutuelles Assistance, union technique d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682 ayant son siège social au 46, rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex.

**Assuré(s)** : personne(s) physique(s) sur la tête de la(les)quelle(s) repose le risque. Il s'agit donc de l'adhérent et/ou un ou plusieurs de ses ayants droit tels que définis au bulletin d'adhésion pour l'une ou l'autre des garanties objet du présent règlement mutualiste.

**Ayants droit** : peuvent être ayants droit le conjoint, le concubin de l'adhérent ou la personne liée à ce dernier par un pacte civil de solidarité (PACS), les enfants de l'adhérent, de son conjoint, de son concubin ou de la personne qui lui est liée par un PACS jusqu'à la fin de l'année civile suivant leur 27<sup>e</sup> anniversaire ; toute personne à la charge de l'adhérent.

**Bénéficiaire(s) du capital** : personne(s) définie(s) à l'article 16.3 du présent règlement.

**Brûlure du 2<sup>e</sup> degré** : destruction de l'épiderme basal et d'une partie du derme, provoquée par la chaleur, des produits caustiques, l'électricité ou des rayonnements artificiels et donnant lieu à l'apparition de phlyctènes.

**Brûlure du 3<sup>e</sup> degré** : destruction totale de la peau et tissus sous cutanés provoquée par la chaleur, des produits caustiques, l'électricité ou des rayonnements artificiels.

La méthode utilisée pour déterminer la surface de brûlure est la règle des 9 de Wallace.

**Décès accidentel** : tout décès dû à un événement soudain, imprévisible, extérieur à l'assuré et non intentionnel de sa part, cause exclusive, certaine et directe du décès.

**Délai de stage** : période fixée par le règlement qui commence à courir à compter du jour de prise d'effet de l'adhésion et au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas, bien que l'adhérent cotise. À son expiration, l'assuré peut prétendre au bénéfice de la garantie dans les conditions prévues au présent règlement.

**Fracture** : rupture de continuité complète de l'os avec ou sans déplacement des fragments.

**Organisme assureur** : la mutuelle Harmonie Mutualité, mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité, inscrite au registre national des mutuelles sous le n° 500 751 789.

**Perte totale et irréversible d'autonomie** : le fait, pour l'assuré de se voir reconnu, par le médecin-conseil de la mutuelle, définitivement incapable d'exercer la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit, et de requérir l'assistance permanente, totale et définitive d'une tierce personne pour accomplir tous les actes de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, s'alimenter, se déplacer).

## ⚡ Article 3 Adhésion au règlement

### 3.1. Formation de l'adhésion

Pour adhérer, l'adhérent doit remplir avec exactitude et sans omission le bulletin d'adhésion.

**La garantie accordée à l'adhérent par la mutuelle 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, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.**

Au titre du présent règlement mutualiste, aucun assuré ne peut être couvert simultanément plusieurs fois au titre d'une même garantie.

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des dispositions des statuts de la mutuelle, de son règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste, dont un exemplaire lui est remis préalablement à cette signature.

### 3.2. Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la mutuelle, sauf date ultérieure expressément prévue au bulletin d'adhésion.

### 3.3. Prise d'effet et condition de versement des prestations

D'une manière générale, le droit au versement des prestations est ouvert dès la prise d'effet de l'adhésion, sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation.

**Cependant pour la garantie « Protection Hospitalière », le droit au versement des prestations ne prendra effet qu'à la suite d'un délai de stage d'une durée de 3 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion pour chaque assuré.**

Ce stage n'est pas appliqué dans les cas suivants :

- les ayants droit devenant adhérents à leur propre garantie « Protection Hospitalière » ;
- les assurés de moins de 27 ans au 1<sup>er</sup> janvier de l'année de la prise d'effet de la garantie ;
- les ayants droit modifiant leur garantie en faveur d'une indemnité inférieure dans les conditions prévues à l'article 4.2 ;
- les nouveaux assurés justifiant d'une couverture équivalente auprès d'un autre organisme assureur, sous réserve que l'adhésion à la garantie « Protection Hospitalière » intervienne dans les 3 mois suivant la radiation de la précédente garantie ;
- en cas d'hospitalisation due à un accident lorsque la date de ce dernier est postérieure à la date d'effet de l'adhésion à la garantie.

Les prestations seront versées sur production de l'ensemble des justificatifs demandés par la mutuelle, en fonction de la garantie souscrite, sous réserve du paiement effectif des cotisations par l'adhérent. La mutuelle se réserve le droit de demander tout autre justificatif à l'assuré, non inscrit au présent règlement.

En tout état de cause, aucune prise en charge ne peut intervenir pour des événements survenant durant la période de suspension de la garantie ou après la résiliation du contrat.

Dans tous les cas, les demandes de paiement des prestations devront être produites dans le délai de prescription défini à l'article 7 du présent règlement.

## 3.4. Territorialité

Les garanties sont valables dans le monde entier, pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogation, 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois.

Toutefois, lorsque le sinistre survient hors de France métropolitaine ou DROM, le versement des prestations s'effectue en euros.

## 3.5. Durée et renouvellement des garanties

Les garanties viennent à échéance au 31 décembre de chaque année. Elles se renouvellent pour une période de 12 mois, par tacite reconduction, sauf dénonciation d'une, plusieurs ou de la totalité des garanties, selon les modalités prévues à l'article 6 et sous réserve que l'âge limite pour le bénéfice de la garantie ne soit pas atteint.

Pour les garanties « Protection Hospitalière » et « Protection Revenus Accident », la reconduction se fait dans les conditions relatives au crédit d'indemnisation visées dans les articles 13.1, 13.4, 15.1 et 15.3.

## ⚡ Article 4 Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer à la mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance :

- tout changement de domicile ;
- toute modification concernant les ayants droit désignés comme tels dans le bulletin d'adhésion ;
- tout changement de situation professionnelle si l'adhérent est assuré au titre de la garantie « Protection Revenus Accident ».

Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

### 4.1. Nouveaux ayants droit

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

#### • **Nouvel ayant droit suite à naissance ou adoption :**

Au premier jour du mois de naissance ou d'adoption, et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement.

Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande.

#### • **Nouvel ayant droit suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité :**

Date d'effet de la modification : au premier jour du mois suivant la survenance de l'événement, et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement.

Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande.

#### • Autres ayants droit :

Date d'effet de la modification : premier jour du mois suivant la réception de la demande.

#### 4.2. Changement de garantie à l'initiative de l'adhérent

L'adhérent pourra demander la modification de la garantie, pour lui-même ou pour l'un de ses ayants droit, 12 mois après la date d'adhésion, ou 12 mois après la date du précédent changement de garantie.

Le/les assuré(s) bénéficié(nt) alors des dispositions de sa/ses garantie(s) antérieure(s) jusqu'à la date d'effet de la ou des nouvelles garanties.

Le changement de garantie prendra effet au premier jour du mois suivant la réception, par la mutuelle, de la demande de modification signée par l'adhérent.

Si le changement vise une amélioration des prestations de la garantie « Protection Hospitalière », la nouvelle garantie s'exerce après application d'un délai de stage selon les dispositions de l'article 3.3. Les frais de séjours hospitaliers intervenant pendant cette période de stage seront alors indemnisés sur les bases de l'ancienne garantie.

#### 4.3. Autres modifications

Ces modifications prendront effet au premier jour du mois suivant la réception de leur demande par la mutuelle.

#### 4.4. Évolution des garanties à l'initiative de la mutuelle

Les garanties peuvent être modifiées par l'assemblée générale de la mutuelle ou par le conseil d'administration, quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière. Ces modifications prennent effet dès lors qu'elles ont été notifiées à l'adhérent.

### Article 5

### Cotisations

#### 5.1. Appel et paiement des cotisations

L'adhérent s'engage à régler une cotisation pour lui-même et l'ensemble des ayants droit désignés au bulletin d'adhésion. La cotisation est due pour l'année entière et payable d'avance.

Son paiement peut être fractionné au mois (par prélèvement automatique uniquement), au trimestre ou au semestre. Le paiement intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion.

#### 5.2. Non-paiement des cotisations

À défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi par la mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. **Les événements déclenchant une garantie intervenant pendant la période de suspension de celle-ci ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement des cotisations.** Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation 40 jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle les cotisations arriérées, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la mutuelle d'intenter une action en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

Après résiliation, l'adhérent pourra adhérer à nouveau :

- le lendemain de la date de la résiliation, si la demande d'adhésion parvient à la mutuelle dans les 6 mois à compter de cette date et à condition, pour l'adhérent, d'honorer les sommes dues ainsi que les cotisations venues à échéance ;
- à défaut, 2 ans après la date de résiliation, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par la mutuelle comme une nouvelle adhésion.

#### 5.3. Calcul et réévaluation de la cotisation

Pour chacune des garanties, le montant des cotisations est déterminé par l'assemblée générale ou par le conseil d'administration lorsqu'il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

- **Pour la garantie « Protection Hospitalière »** : la cotisation est calculée en fonction de l'indemnité choisie et varie avec l'âge de l'assuré au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année. Une majoration pour adhésion tardive est appliquée aux adhésions intervenant après le 1<sup>er</sup> janvier qui suit le 65<sup>e</sup> anniversaire du nouvel assuré.

L'inscription de 2 enfants de moins de 27 ans ouvre droit à une exonération de cotisation pour les enfants suivants de moins de 27 ans.

L'adhérent qui inscrit un enfant dans les 3 mois qui suivent sa naissance ou son adoption est dispensé du paiement de la cotisation pour cet enfant à partir de la date d'effet de son inscription définie à l'article 4.1 et ce pendant 12 mois.

- **Pour la garantie « Protection Revenus Accident »** : la cotisation est calculée en fonction de l'indemnité choisie ;

- **Pour la garantie « Protection Blessures »** : la cotisation est forfaitaire ;

- **Pour la garantie « Protection Décès Accident »** : la cotisation est calculée en fonction du montant de capital choisi.

Dans tous les cas, les cotisations et les prestations pourront être révisées chaque année notamment en fonction de l'évolution du coût du risque au sein de la collectivité des assurés.

Cette révision se fera par décision de l'assemblée générale ou du conseil d'administration de la mutuelle sur délégation.

### Article 6

### Résiliation d'une ou plusieurs garanties, radiation d'un ayant droit

#### 6.1. À l'initiative de l'adhérent

##### • Résiliation en fin d'année

L'adhérent peut mettre fin :

- à une, plusieurs ou à la totalité des garanties auxquelles il a adhéré au titre du présent règlement ;
- et ceci pour une, plusieurs ou la totalité des personnes définies dans la liste des personnes assurées en tant qu'ayant droit.

Il doit pour cela adresser à la mutuelle une lettre recommandée, avec avis de réception, avant le 31 octobre de l'année. La résiliation prend effet au 31 décembre de la même année.

La demande de résiliation ou la demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile.

En contrepartie, la garantie est due par la mutuelle jusqu'à cette même date.

##### • Résiliation en cours d'année

Aucune résiliation n'est acceptée en cours d'année, en dehors des cas suivants :

- en cas de décès : la résiliation prend effet au jour du décès ;
- en cas de divorce ou de séparation : la résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande ;
- au cas où un mineur de plus de 16 ans devient assuré social et souscrit sa/ses propre(s) garantie(s) : la résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande.

La mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

#### 6.2. À l'initiative de la mutuelle

##### • En cas de non-paiement des cotisations

La mutuelle décide de la résiliation de l'ensemble des garanties prévues au titre du présent règlement en cas de non-paiement des cotisations, selon les modalités prévues à l'article 5.2.

##### • En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle

La garantie accordée à l'adhérent par la mutuelle 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, alors même que le

risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

#### • En cas de fausse déclaration non intentionnelle

Lorsque l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du présent règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent.

À défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin 10 jours après notification adressée à l'adhérent par lettre recommandée. La mutuelle 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 l'adhérent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

### 6.3. Conséquence de la résiliation

Lors de la résiliation de l'adhésion à une garantie, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit définis au bulletin d'adhésion, à renoncer à tous les services dont il bénéficiait de par son adhésion à ladite garantie.

Les risques réalisés après la date d'effet de la résiliation ne seront pas couverts au titre de la garantie résiliée.

#### ⚡ Article 7

### Délai de prescription

Toutes actions dérivant de l'adhésion au présent règlement sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à 10 ans, pour les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

#### ⚡ Article 8

### Litiges médicaux

En cas de contestation sur l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité temporaire totale de travail ou sur la blessure pouvant ouvrir droit à indemnisation, celui-ci est estimé par une commission comprenant un médecin désigné par l'assuré, un médecin désigné par la mutuelle et un médecin-arbitre choisi en accord avec les 2 premiers. Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, un recours devant le Tribunal de Grande Instance pourrait être envisagé.

Les honoraires du médecin désigné par l'assuré seront à la charge de l'assuré.

Les honoraires du médecin désigné par la mutuelle seront à la charge de la mutuelle.

Les honoraires du médecin-arbitre seront à la charge de la partie perdante.

#### ⚡ Article 9

### Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses supportées.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la mutuelle à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers.

L'adhérent doit faire une déclaration d'accident à la mutuelle sauf cas de force majeure dans les plus brefs délais.

#### ⚡ Article 10

### Exclusions

#### 10.1 Exclusions des conséquences de certains risques pour l'ensemble des garanties

Sont exclues de l'ensemble des garanties, les conséquences :

- des tentatives de suicide ou de tout acte intentionnel de l'assuré ;
- de luttes, duels, rixes (sauf cas de légitime défense) ;
- d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré ;
- d'un acte effectué dans un état d'imprégnation alcoolique caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par le Code de la Route, de l'utilisation de drogues, de stupéfiants, tranquillisants non prescrits médicalement ;
- directes ou indirectes de faits de guerres (civiles et étrangères), d'émeutes, d'actes de terrorisme ou de sabotage auxquels participe l'assuré ;
- de la désintégration du noyau atomique ;
- de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;
- de catastrophes naturelles, telles que tremblements de terre ou inondations ;
- de la pratique de sports aériens, automobiles ou motocyclistes à titre amateur ou professionnel et de tous les autres sports à titre professionnel ;
- de la navigation aérienne comme pilote ou passager de tout appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas un brevet ou une licence valable pour l'appareil utilisé.

#### 10.2. Exclusions des sinistres survenus dans l'exercice de certaines professions pour les garanties « Protection Blessures », « Protection Revenus Accident » et « Protection Décès Accident »

Les sinistres survenus dans l'exercice des professions suivantes ne sont pas indemnisés :

- cascadeurs ;
- pompiers ;
- tous les métiers ou activités exercés dans les domaines :
  - du transport de fonds ;
  - du cirque ;
  - de la surveillance armée ;
  - du maintien de l'ordre ;
  - de l'usage d'explosifs ;
  - des travaux forestiers ;
  - des ouvrages d'art et de grande hauteur du bâtiment ;
  - et travaux publics (plus de 15 m de hauteur).

#### 10.3. Exclusions supplémentaires pour la garantie « Protection Hospitalière »

Sont exclus de l'indemnisation au titre de la garantie « Protection Hospitalière » :

- les séjours dans les établissements et services très spécialisés suivants : les maisons de repos, de convalescence, établissements de services thermaux, climatiques, diététiques, centres de thalassothérapie, établissements et service de gériatrie, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, établissements et services de rééducation fonctionnelle et motrice, services cliniques ou hôpitaux psychiatriques, centres médicaux et/ou psychopédagogiques, séjours en établissements à caractère sanitaire, centres de vacances, aériums, homes d'enfants.
- les cures de désintoxication liées à la tabagie, à l'alcoolisme ou à la toxicomanie, cures de sommeil, les traitements esthétiques, de rajeunissement.
- les séjours en établissements hospitaliers :
  - résultant d'une grossesse pathologique, lorsque le 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation se situe dans les 12 mois qui suivent la date d'effet de l'adhésion à la garantie ;
  - d'enfants âgés de moins de 30 jours ou nés prématurément.
  - dans les 10 jours qui précèdent ou qui suivent l'accouchement.

Il est précisé que pour les autres cas de grossesse pathologique, les séjours en établissements hospitaliers entrent dans le champ d'application de la garantie.

Les maladies congénitales du nouveau né sont prises en charge pendant une durée maximale de 90 jours.

#### 10.4. Exclusions supplémentaires pour la garantie « Protection Blessures »

Sont exclus de l'indemnisation au titre de la garantie « Protection Blessures » :

- les conséquences d'une exposition au soleil, aux ultra-violets, à tout appareil quelconque de bronzage artificiel ;
- les brûlures autres que celles définies à l'article 2 du présent règlement mutualiste.

#### 10.5. Exclusions supplémentaires pour la garantie « Protection Décès Accident »

Sont exclus de l'indemnisation au titre de la garantie « Protection Décès accident » les décès ou pertes totales et irréversible d'autonomie résultant :

- du suicide de l'assuré,
- de la participation à des matchs, paris, défis, courses, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin, sauf compétition sportive normale (par compétition sportive normale, il faut entendre toute compétition organisée selon la pratique ou la coutume dans le sport considéré),
- de l'usage en tant que pilote ou passager de motocyclette d'une cylindrée supérieure à 250 cm<sup>3</sup>,

Ne sont pas considérés comme accidentels, les décès dont la cause est indéterminée.

### Article 11 Informatique et libertés

Conformément aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'assuré peut demander communication et rectification de toutes informations le concernant qui figurent sur tout fichier à l'usage de la mutuelle. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège de la mutuelle.

### Article 12 Autorité de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel dont le siège se situe 61, rue Taitbout - Paris IX<sup>e</sup>.

## TITRE II GARANTIE « PROTECTION HOSPITALIÈRE »

### Article 13 Conditions de souscription et prestations

#### 13.1. Définition des prestations

##### 13.1.1 Indemnités journalières

La garantie « Protection Hospitalière » permet à l'assuré de bénéficier d'une indemnité forfaitaire journalière en cas d'hospitalisation de plus de 3 jours continus causée par une maladie ou un accident dans la limite d'un crédit d'indemnisation de 365 jours, sous réserve que le premier jour d'hospitalisation intervienne postérieurement à la prise d'effet des prestations.

L'adhérent choisit lui-même le montant de l'indemnité journalière qu'il souhaite parmi les 3 options proposées : 15, 30 ou 45 euros.

##### 13.1.2 Remboursement du « reste à charge »

La garantie « Protection Hospitalière » permet aussi à l'assuré ayant souscrit (ou inscrit à) la garantie « Protection Hospitalière » du présent règlement mutualiste depuis au moins 24 mois consécutifs, de bénéficier de la prise en charge des frais de soins :

- qui ont été engagés par l'assuré pour une hospitalisation ayant donné lieu à une intervention de l'Assurance maladie obligatoire ;

- et qui restent à sa charge après le remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et celui du ou des organismes complémentaires santé auprès duquel (desquels) il a souscrit une garantie remboursement frais de santé.

Cette somme est dénommée « reste à charge ».

Le remboursement du « reste à charge » se fait dans la limite d'un plafond de 250 € par année civile. Ce montant est doublé après 48 mois d'ancienneté consécutifs pour chaque assuré dans la garantie « Protection Hospitalière » du présent règlement mutualiste.

#### 13.2. Ouverture des droits

##### 13.2.1 Indemnités journalières

Pour être indemnisé l'assuré doit remplir et adresser à la mutuelle une « demande d'indemnisation » (document fourni par la mutuelle sur demande), accompagnée d'un original du bulletin d'hospitalisation faisant état des dates d'hospitalisation.

Le médecin-conseil de la mutuelle se réserve le droit de solliciter toute pièce complémentaire qu'il jugerait utile pour prendre sa décision.

##### 13.2.2 Remboursement du « reste à charge »

Pour être indemnisé, l'assuré doit remplir et adresser à la mutuelle une « demande d'indemnisation » (document fourni par la mutuelle sur demande), accompagnée des éventuels décomptes du ou des organismes complémentaires santé, autre que la mutuelle, auprès duquel (desquels) l'assuré a souscrit une garantie « remboursement des frais de santé » et de la ou des factures justifiant du « reste à charge ».

#### 13.3. Calcul des prestations

Les prestations ne sont dues que pendant la période d'effet de la garantie, conformément aux dispositions des articles 3.3 et 5.2 sous réserve des éventuels délais de stage et de la résiliation de la garantie.

##### 13.3.1 Indemnités journalières

L'indemnisation débute au 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation dès que sa durée dépasse 3 jours (en dehors des exclusions prévues à l'article 10).

##### 13.3.2 Remboursement du « reste à charge »

La prestation est due pour les hospitalisations de plus de 3 jours consécutifs ayant donné lieu à un remboursement de l'Assurance maladie obligatoire (en dehors des exclusions prévues à l'article 10) et ayant laissé à l'adhérent un « reste à charge ».

Le « reste à charge » est calculé de la manière suivante. Les frais de soins engagés par l'assuré en cas d'hospitalisation pris en compte dans le cadre de cette garantie sont exclusivement :

- les honoraires et dépassement d'honoraires pour les actes de chirurgie ou d'anesthésie ou tout autre acte effectués durant l'hospitalisation ;
- le forfait journalier ;
- les frais de chambre particulière ;
- les frais d'accompagnement facturés par l'établissement hospitalier pour la personne qui accompagne l'assuré.

**Ne sont pas pris en compte ni les frais de télévision ni les frais de téléphone.**

Le « reste à charge » est égal au montant total de la dépense ainsi obtenue auquel est retranché le remboursement du régime obligatoire dont dépend l'adhérent et le remboursement du ou des organismes complémentaires santé auprès duquel (desquels) il a souscrit une garantie « remboursement des frais de santé ».

#### 13.4. Crédit d'indemnisation

Le crédit d'indemnisation, correspondant au montant d'indemnité choisi, peut être épuisé en un ou plusieurs séjours hospitaliers.

Si une nouvelle hospitalisation intervient moins d'un an après la fin de la précédente, les droits de l'assuré sont ouverts pour le crédit d'indemnisation restant.

Si une nouvelle hospitalisation intervient plus d'un an après la fin de la dernière hospitalisation indemnisée, le crédit d'indemnisation est intégralement reconstitué.

En cas de nouvelle adhésion dans les 12 mois suivant une résiliation, le crédit d'indemnisation dont dispose l'assuré est celui dont il bénéficiait lors de la radiation de la précédente garantie.

### 13.5. Paiement des prestations

Les prestations garanties sont versées directement à l'assuré ou à son représentant légal, sous réserve des dispositions des articles 3.3 et 5.2 du présent règlement.

## TITRE III GARANTIE « PROTECTION BLESSURES

### Article 14 Conditions de souscription et prestations

#### 14.1. Définition des prestations

En cas de blessure résultant d'un accident au sens de l'article 2 du présent règlement, la mutuelle verse à l'assuré un capital dont le montant dépend du type de blessure, de sa localisation et, pour une brûlure, de sa surface.

Seules les blessures mentionnées à l'article 14.3 sont indemnisables.

#### 14.2. Conditions de souscription et de bénéfice de la garantie

Peuvent souscrire la garantie « Protection Blessures », les personnes âgées de 18 à 79 ans à la date d'effet de la garantie.

**Ne peuvent être assurés par la présente garantie que les personnes âgées de plus de 18 ans.**

#### 14.3. Montants des capitaux (voir tableau ci-dessous)

Capitaux	Fractures	Brûlures du 2 <sup>e</sup> et du 3 <sup>e</sup> degré (surface de la brûlure estimée par la règle des 9 de Wallace)	Traumatismes / lésions
500 €	Nez, mâchoire supérieure, clavicule, côte, sternum, métacarpe, doigt, métatarses, orteil, rotule, coccyx.		Rupture des ligaments de la cheville ou du genou.
1 000 €	Crâne, mâchoire inférieure, vertèbre, bras (humérus), avant-bras (radius, cubitus), coude, poignet, carpe (main hors métacarpe et doigt), fémur, jambe (tibia, péroné), tarse et calcaneum (pied hors métatarses et orteil).	de 9 % à 17 %	
2 000 €	Épaule (hors clavicule), genou (hors rotule), col du fémur, hanche, bassin, cheville.	De 18 % à 26 %	
4 000 €	Crâne avec déficit neurologique, vertèbre avec déficit neurologique.	27 % et plus	

#### Plafond de garantie :

**Le total des capitaux cumulés par année civile et pour un même assuré est plafonné à 5 000 €.**

**En cas de fractures et traumatismes multiples lors d'un même événement, seule la blessure correspondant au capital le plus élevé est indemnisée.**

#### 14.4. Ouverture des droits

L'assuré doit déclarer, dès qu'il en a connaissance, tout sinistre de nature à entraîner une indemnisation et adresser, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de la mutuelle, les éléments suivants :

- le questionnaire médical sinistre (fourni par la mutuelle sur demande) dûment complété et signé par un médecin ;
- une copie des comptes rendus d'imagerie médicale (radiographies, scanner, IRM, autre) ;
- le cas échéant, la copie des comptes rendus d'hospitalisation et d'intervention.

Dans tous les cas, le médecin-conseil de la mutuelle se réserve le droit de solliciter toutes pièces complémentaires et de faire procéder à toute expertise qu'il jugerait utile pour prendre sa décision.

### 14.5. Obligation de déclaration

La mutuelle fonde ses engagements sur les déclarations et justificatifs fournis par l'assuré.

Toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre expose l'assuré à une déchéance des garanties voire de nullité de l'adhésion, conformément à l'article 6.2.

### 14.6. Durée de la garantie

En dehors des cas de nullité, de résiliation ou de radiation, l'adhésion à la garantie « Protection Blessures » prend obligatoirement fin au plus tard le 31 décembre qui suit le 85<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

### 14.7. Paiement des prestations

Les prestations garanties sont versées directement à l'assuré ou à son représentant légal, sous réserve des dispositions de l'article 5.2 du présent règlement.

## TITRE IV GARANTIE « PROTECTION REVENUS ACCIDENT »

### Article 15 Conditions de souscription et prestations

#### 15.1. Prestations

Cette garantie permet à l'assuré de percevoir des indemnités journalières lorsqu'il est momentanément dans l'impossibilité complète et médicalement constatée d'exercer son activité professionnelle par suite d'un accident tel que défini à l'article 2.

L'impossibilité complète d'exercer son activité professionnelle comprend également l'impossibilité d'exercer les activités de gestion, de surveillance ou de direction afférentes.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail médicalement constatée suite à un accident, la mutuelle verse à l'assuré des indemnités journalières dans la limite d'un crédit d'indemnisation de 365 jours, pendant la durée de son activité professionnelle sous réserve des dispositions de l'article 15.10.

Le montant de l'indemnité peut être choisi parmi les 3 options proposées : 15, 30 ou 45 euros.

Pour l'adhérent exerçant une activité pour une durée déterminée ou dans le cadre d'un contrat de travail intérimaire, le montant de l'indemnité journalière est de 15 euros.

**En aucun cas le montant des indemnités journalières versées par la mutuelle ne pourra excéder, compte tenu d'autres prestations versées par la Sécurité sociale ou tout autre organisme, la rémunération nette qu'aurait perçue l'assuré s'il avait exercé normalement son activité.**

#### 15.2. Conditions de souscription et de bénéfice de la garantie

Peuvent souscrire la garantie « Protection Revenus Accident », les personnes âgées de 18 à 62 ans à la date d'effet de la garantie, et sous respect des conditions visées à l'article 3 du présent règlement.

**Ne peuvent être assurées par la présente garantie que les personnes âgées de plus de 18 ans.**

La garantie ne peut être souscrite que pour assurer des personnes exerçant une activité professionnelle.

Seuls peuvent bénéficier de la garantie les assurés exerçant une activité professionnelle au 1<sup>er</sup> jour de l'arrêt de travail.

**Les assurés qui sont expatriés ou détachés ne peuvent bénéficier de cette garantie.**

**En cours de contrat, les garanties sont suspendues de plein droit le premier jour du mois suivant la date à partir de laquelle l'assuré informe la mutuelle qu'il est expatrié ou détaché hors du territoire français métropolitain ou DROM.**

### 15.3. Durée d'indemnisation

L'indemnisation débute dès le premier jour d'arrêt de travail.

Le crédit d'indemnisation de 365 jours peut être épuisé en un ou plusieurs arrêts de travail.

Si un nouvel arrêt intervient moins d'un an après la fin du précédent arrêt indemnisé au titre de cette garantie, les droits de l'assuré sont ouverts pour le crédit d'indemnisation restant.

Si un nouvel arrêt intervient plus d'un an après la fin du précédent arrêt indemnisé au titre de cette garantie, le crédit d'indemnisation est intégralement reconstitué.

En cas de nouvelle adhésion dans les 12 mois suivant une résiliation, le crédit d'indemnisation dont dispose l'assuré est celui dont il bénéficiait lors de la radiation de la précédente garantie.

### 15.4. Ouverture des droits

L'assuré doit déclarer, dès qu'il en a connaissance, tout sinistre de nature à entraîner une indemnisation et adresser tout document médical qui lui serait demandé, sous pli confidentiel à l'adresse du médecin-conseil de la mutuelle.

En complément des éléments ci-dessus, l'assuré devra :

- s'il est salarié, joindre à cette demande les originaux des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité sociale et justifiant de son incapacité de travail ;
- s'il est non-salarié, fournir dans les 48 heures suivant sa cessation d'activité un avis d'arrêt de travail complété par un médecin, précisant la date d'arrêt, la durée de celui-ci et les heures de sorties autorisées (ce document pouvant être constitué par l'avis d'arrêt de travail de la Sécurité sociale). À défaut de l'adresser dans ce délai, l'assuré est considéré comme ayant cessé son activité le jour de l'envoi de cet avis à la mutuelle (le cachet de la poste faisant foi).

Le versement des indemnités est conditionné à la production, par l'assuré, des justificatifs ci-dessus mentionnés.

Dans tous les cas, le médecin-conseil de la mutuelle se réserve le droit de solliciter toutes pièces complémentaires et de faire procéder à toute expertise qu'il jugerait utile pour prendre sa décision.

### 15.5. Contrôle médical

La mutuelle se réserve le droit de faire appel à un médecin-conseil.

Le médecin-conseil de la mutuelle se réserve le droit de solliciter toutes pièces complémentaires nécessaires à l'ouverture des droits ou de faire procéder à une expertise médicale.

### 15.6. Continuation du service des prestations

Les prolongations d'arrêt de travail sont indemnisées au fur et à mesure de la réception par la mutuelle :

- pour les salariés, des décomptes originaux de la Sécurité sociale ;
- pour les non-salariés, de l'attestation mensuelle de non-reprise d'activité ;
- pour les salariés et les non-salariés, des avis de prolongation d'arrêt de travail.

L'assuré doit fournir, sous pli confidentiel à l'adresse du médecin-conseil de la mutuelle, une nouvelle attestation médicale de son médecin si le document lui est demandé.

### 15.7. Déplacements de l'assuré

En cas de changement, même provisoire, de l'adresse où l'assuré peut être visité, celui-ci doit préalablement en avvertir la mutuelle.

En tout état de cause, l'assuré doit rester présent à son domicile en dehors des heures de sorties autorisées par le médecin ayant prescrit l'arrêt de travail (excepté en cas de soins ou d'examen médicaux).

### 15.8. Contrôle de l'assuré

La mutuelle peut, à tout moment, faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle juge nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations.

L'assuré ne peut pas se soustraire à ces visites, contrôles et enquêtes, sous peine d'application des dispositions de l'article 15.9.

### 15.9. Suspension du service des prestations

- Le service des prestations est suspendu provisoirement tant que l'assuré ne se conforme pas aux obligations prévues aux articles 15.4 et 15.5 de ce règlement.

Lorsque l'intéressé régularise sa situation, le service des prestations est repris, avec effet à la date de la suspension.

Le service des prestations est donc rétroactif dans ce cas.

- Si l'assuré ne se conforme pas aux obligations prévues aux articles 15.6, 15.7 et 15.8 du présent règlement, la mutuelle décide la suspension immédiate du service des prestations et fait procéder à une enquête au cours de laquelle l'intéressé est invité à fournir des justificatifs attestant de sa bonne foi. Le versement des prestations reprend à compter du jour où l'assuré régularise sa situation. L'absence de justificatif entraînera l'interruption du service des prestations, et ce pour tout l'arrêt de travail concerné et ses éventuelles prolongations.

En cas de manquement renouvelé aux obligations du présent règlement, constaté par la mutuelle, celle-ci procède de plein droit à la résiliation de la garantie et à l'annulation des droits de l'intéressé aux prestations en cours. La mutuelle pourra, par ailleurs, engager des poursuites contre l'assuré pour la récupération des sommes indûment payées.

Les cotisations versées par l'intéressé antérieurement à la résiliation demeurent acquises à la mutuelle.

### 15.10. Arrêt définitif du service des prestations

**Le service des prestations prend fin à compter du jour où l'intéressé ne remplit plus les conditions fixées par le présent règlement pour en bénéficier, notamment :**

- **à la date d'effet de la suspension, ou suite à un avis défavorable du médecin-conseil de la mutuelle, du médecin-arbitre, ou de tout autre expert médical désigné par l'une des parties quant à la continuation du service de la prestation ;**
- **en cas de rupture du contrat de travail ou de cessation d'activité, il est précisé que :**
  - **pour les salariés, l'indemnisation cesse au plus tard 90 jours après la date de fin de contrat ;**
  - **pour les non-salariés, l'indemnisation cesse au plus tard 90 jours à compter de la cessation définitive de son activité ;**
- **dans tous les cas, l'indemnisation cesse en cas d'épuisement du crédit d'indemnisation.**

### 15.11. Durée de la garantie

En dehors des cas de nullité, de résiliation ou de radiation, la garantie cesse du jour où l'intéressé ne remplit plus les conditions fixées par le présent règlement pour en bénéficier, notamment :

- **en cas d'atteinte de l'âge limite au service de la prestation (au 31 décembre qui suit le 67<sup>e</sup> anniversaire) ;**
- **au jour où l'assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse sous réserve qu'il n'exerce pas une autre activité professionnelle ;**
- **à la date d'effet de la résiliation de la garantie ;**
- **au jour du décès de l'assuré.**

### 15.12. Paiement des prestations

Les prestations garanties sont versées directement à l'assuré ou à son représentant légal, sous réserve des dispositions de l'article 5.2 du présent règlement.

## TITRE V

# GARANTIE « PROTECTION DÉCÈS ACCIDENT »

### Article 16 **Objet de la garantie et définition des prestations**

#### 16.1. Objet de la garantie

Cette garantie ouvre droit au versement d'un capital lors de la survenance du décès accidentel ou de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré suite à un accident.

En cas de disparition officiellement reconnue du corps de l'assuré (naufrage ou destruction du moyen de transport dans lequel il circulait), il y aura présomption de décès à l'expiration du délai d'un an à compter du jour de l'accident.

Cependant, s'il était constaté à quelque moment que ce soit après le versement d'une indemnité au titre de la disparition de l'assuré, que ce dernier est encore vivant, les sommes indûment versées à ce titre devront être intégralement remboursées à la mutuelle.

Il incombe au bénéficiaire d'apporter la preuve du caractère accidentel de l'événement en cause, notamment par procès verbal de gendarmerie ou rapport de police.

L'adhérent choisit le montant du capital qu'il souhaite parmi les 3 options proposées : 20 000, 40 000 ou 60 000 euros.

#### 16.2. Conditions de souscription

Peuvent souscrire la garantie « Protection Décès Accident », les personnes âgées de 18 ans au moins à la date d'effet de la garantie.

Il n'y a pas d'ayant droit pour cette garantie, chaque assuré devant souscrire sa propre garantie.

#### 16.3. Bénéficiaires du capital

En cas de décès accidentel, les bénéficiaires du capital sont les personnes désignées comme telles sur le bulletin d'adhésion.

À défaut de désignation expresse ou en cas de pré-décès de tous les désignés, les bénéficiaires sont :

« Le conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, ou le partenaire survivant lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité, à défaut les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à défaut les héritiers de l'assuré selon l'ordre successoral. »

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie par accident, le bénéficiaire du capital est l'assuré.

#### 16.4. Ouverture des droits

En cas de décès :

Les bénéficiaires désignés par l'assuré devront envoyer à la mutuelle les documents suivants :

- bulletin d'adhésion et les éventuels avenants ;
- bulletin de décès de l'assuré ;
- certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- pièces justifiant des droits et de la qualité des bénéficiaires : copie signée du livret de famille ou carte nationale d'identité ou passeport portant la mention manuscrite « je certifie être en vie à la date du \_\_\_\_\_ », certificat d'hérédité ;
- tout justificatif lié à la législation en vigueur à la date du décès ;
- procès-verbal de gendarmerie ou rapport de police établissant le caractère accidentel du décès.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :

- l'assuré en tant que bénéficiaire du capital doit apporter les justificatifs de sa perte totale et irréversible d'autonomie, ainsi que de son origine accidentelle au sens de l'article 2 du présent règlement.
- notamment des éléments détaillant :
  - la date de survenance de l'accident, ses circonstances précises ;
  - toutes preuves susceptibles d'établir le caractère accidentel de la perte totale et irréversible d'autonomie.

La demande de reconnaissance de sa perte totale et irréversible d'autonomie d'origine accidentelle est à adresser à la mutuelle par courrier recommandé avec avis de réception. Un questionnaire médical sera

adressé à l'assuré. Ce questionnaire médical sera à retourner, sous pli confidentiel, au médecin-conseil de la mutuelle.

Le médecin-conseil de la mutuelle se réserve le droit de solliciter toutes pièces complémentaires et de faire procéder à toute expertise qu'il jugerait utile pour prendre sa décision sur la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.

## Garantie d'assistance Harmonie Protection Services

### Notice d'information au 01/01/2012

**L'assuré, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'assistant, doit communiquer son propre numéro d'assuré.**

**Il est précisé que la reconnaissance de l'origine accidentelle d'un sinistre au titre des prestations d'assistance n'implique pas une reconnaissance de l'origine accidentelle du sinistre par la mutuelle assurant les risques du règlement Harmonie Protection Plus, dénommée ci-après, la mutuelle.**

### Article 1 **Objet de votre contrat**

Le présent contrat collectif à adhésion obligatoire est souscrit par la mutuelle auprès de Ressources Mutuelles Assistance, union soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Il a pour objet d'accorder à l'adhérent ou à ses ayants droit, les garanties d'assistance décrites ci-après. Il est régi par le Code de la Mutualité et la législation en vigueur.

### Article 2 **Bénéficiaires**

**Sont couverts par les présentes conditions générales :**

- l'adhérent ayant souscrit au moins l'une des 4 garanties d'Harmonie Protection Plus : «Protection Hospitalière», «Protection Blessures», «Protection Revenus Accident», «Protection Décès Accident» ;
- ses ayants droit tels que définis au règlement mutualiste Harmonie Protection Plus.

### Article 3 **Durée des garanties**

La garantie d'assistance suit le sort du règlement auquel elle est annexée. La garantie d'assistance est accessible dès l'ouverture au contrat.

À noter que les prestations d'assistance qui n'auront pas été utilisées par le bénéficiaire lors de la durée de garantie excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.

### Article 4 **Couverture géographique**

**Les présentes conditions générales d'assistance sont valables :**

- dans le monde entier pour la prestation de rapatriement d'une dépouille mortelle ou le retour prématuré en cas de voyage ;
- en France métropolitaine, pour les prestations d'assistance de proximité.

### Article 5 **Fourniture des prestations d'assistance**

Les prestations définies dans les présentes conditions générales sont acquises :

**dès l'entrée dans le contrat pour :**

- l'information, l'accompagnement et le conseil social ;
- le soutien psychologique ;
- le conseil juridique ;
- les informations santé.

**lors de la survenue ou de l'entrée dans un des faits générateurs médicalement constatés des garanties d'Harmonie Protection Plus :**

- pour les autres prestations d'assistance telles que décrites dans les

présentes conditions générales.

Après évaluation, l'assistant propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation d'aide et assistance qui correspond le mieux à ses besoins.

Le bénéficiaire peut choisir une prestation d'assistance pour chacune des garanties souscrites au sein d'Harmonie Protection Plus, s'il se trouve dans une situation relevant du fait générateur de ces garanties. Il peut de ce fait cumuler plusieurs prestations d'assistance s'il a souscrit à plusieurs de ces garanties Harmonie Protection Plus.

## Article 6 Modalités de mise en œuvre pour contacter l'assistant

**Sans interruption, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7**  
(accès direct au service du lundi au vendredi, de 8 h 00 à 18 h 30)

- par téléphone :  **0 810 630 660**  
PRIX D'UN APPEL LOCAL DEPUIS UN POSTE FIXE

- par télécopie : 02 51 83 26 31

**Sans oublier :**

- de rappeler votre numéro de contrat ;
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

**Lors de votre 1<sup>er</sup> appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement lors de toutes vos relations ultérieures avec l'assistant.**

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours reste à la charge des autorités locales médicales.

## Article 7 Exécution des prestations

**Les prestations garanties par les présentes conditions générales ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'assistant ; elles seront uniquement prises en charge sur présentation des justificatifs originaux.**

**En conséquence, aucune dépense effectuée d'autorité par le bénéficiaire n'est remboursée par l'assistant.**

De plus, il convient de préciser que l'assistant ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidées par les organismes primaires d'urgence et, par conséquent, ne prend pas en charge les frais correspondants.

## Article 8 Informations, conseil et accompagnement social par téléphone

**Ces prestations sont accessibles à tout moment et ce, dès l'entrée dans le contrat.**

Les demandes d'informations téléphoniques sont traitées par un juriste ou par une assistante sociale si nécessaire.

Généralement, l'exécution des prestations de renseignements téléphoniques permettra une réponse immédiate de la part de l'assistant, mais certaines demandes pourront nécessiter de se documenter ou d'effectuer des recherches ; un rendez-vous téléphonique sera alors pris dans les 48 heures.

- Les renseignements délivrés par l'assistance sont uniquement téléphoniques, aucune des informations dispensées par les spécialistes de l'assistance ne peut se substituer aux intervenants habituels.

- Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et en aucun cas, la responsabilité de l'assistant ne pourra être recherchée par le bénéficiaire dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

Remarque : ces prestations ne peuvent se substituer à une consultation juridique et ne sont considérées que comme du conseil.

- Si la situation de l'adhérent ou de son ayant droit le nécessite, une assistante sociale peut proposer un accompagnement, une aide aux démarches et à des demandes personnalisées d'ouverture de droits, rechercher des structures ou organismes compétents, réorienter et/ou informer.

## Article 9

## Informations santé

**Ces prestations sont accessibles à tout moment et ce, dès l'entrée dans le contrat.**

Les médecins de l'équipe d'assistance répondent à toutes questions et demandes d'informations et de prévention relatives à la situation de l'adhérent au sens large :

### • Santé

- Informations générales sur les pathologies ;
- Informations sur les médicaments (traitements, médicaments génériques, effets secondaires des médicaments...);
- Informations sur les vaccinations ;
- Informations médicales préliminaires à un voyage (risques sanitaires, vaccinations...);
- Informations médicales liées au vieillissement, au handicap, à la dépendance ;
- Problèmes d'alcool, de tabagisme, de poids ;
- Associations de malades (diabète, paralysés...)
- Diététique et alimentation ;
- ...

Les médecins seront amenés à répondre à toutes les questions spécifiques de l'adhérent, voire à prodiguer des conseils personnalisés.

Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical). En revanche, en aucun cas, ils ne peuvent remplacer les médecins traitants, ni se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription médicale.

De plus, en cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU : 15).

## Article 10 Soutien psychologique par téléphone

Cette prestation est accessible à tout moment et ce, dès l'entrée dans le contrat.

À tout moment, un service d'écoute assuré par un psychologue clinicien est mis à disposition de l'adhérent ou de l'un de ses proches.

Ces entretiens téléphoniques de soutien, sur rendez-vous, sont limités dans le temps et soumis à la confidentialité, leur coût est pris en charge par l'assistant.

Ils peuvent donner lieu à un conseil permettant une réorientation vers le réseau des praticiens en ville, si un suivi thérapeutique doit être envisagé.

## Article 11 Prestations d'assistance de proximité immédiates et communes aux 4 garanties

**En cas de survenue d'une situation ou d'un fait générateur tels que prévus dans l'une des 4 garanties, l'adhérent ou son ayant droit peuvent bénéficier immédiatement de l'une des prestations suivantes :**

### 11.1. Garde ou transfert des enfants ou petits-enfants âgés de moins de 16 ans

L'adhérent a la garde de ses enfants (ou petits-enfants) de moins de 16 ans :

- l'assistant organise et prend en charge la prestation d'une garde d'enfants compétente ;
- la garde d'enfants est limitée à une période de 5 jours (maximum 8 heures/jour) ;
- pendant cette période, l'assistant se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller retour des enfants à l'école pendant 5 jours.

Ou, si le bénéficiaire le souhaite, l'assistant peut organiser et prendre en charge soit :

- le voyage des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France métropolitaine,\*
- le transport aller retour de ce proche, jusqu'au domicile, pour garder les enfants.\*

(\*un billet aller retour, en train ou par avion classe touriste si le trajet est supérieur à 500 km.)

Dès l'appel, l'assistant met tout en œuvre pour répondre au plus vite

à cette demande. Toutefois, l'assistant se réserve un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux de prestataires agréés pour la garde d'enfants.

### 11.2. Garde ou transfert des proches dépendants

Le bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant sous son toit. L'assistant fait le nécessaire pour :

- soit organiser et prendre en charge la garde de ces personnes, pendant 5 jours (maximum 8 heures par jour) ;
- soit organiser et prendre en charge le coût du transport de ces personnes chez des proches, résidant en France métropolitaine\* ;
- soit organiser et prendre en charge la venue d'un proche résidant en France métropolitaine afin d'en assurer la garde\*.

(\*un billet aller retour, en train ou par avion classe touriste si le trajet est supérieur à 500 km.)

### 11.3. Garde des animaux familiers

Si l'adhérent possède des animaux familiers (chiens, chats), l'assistant peut organiser le gardiennage à domicile ou dans un centre agréé. Cette prestation est limitée à 30 jours. Dès l'appel, l'assistant met tout en œuvre pour répondre au plus vite à cette demande. Toutefois, l'assistant se réserve un délai de 5 heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux de gardiennage.

## Article 12 Prestations d'assistance spécifiques à la garantie «Protection Hospitalière»

**En cas d'hospitalisation de plus de 3 jours continus, causée par une maladie ou un accident : l'adhérent ou son ayant droit bénéficiaire (conjoint, concubin notoire ou partenaire pacsé) a le choix entre l'une des prestations d'assistance immédiate prévue à l'article 11 ou entre :**

### 12.1. Aide à domicile

- Mise à disposition d'une aide à domicile, dans les 10 jours qui suivent le retour à domicile du bénéficiaire, afin d'apporter une aide dans les tâches quotidiennes. Cette aide à domicile intervient à concurrence d'un maximum de 15 heures.  
Elle peut être portée à 20 heures si le bénéficiaire :
  - a un enfant à charge de moins de 10 ans ;
  - ou vit seul ;
  - ou a un conjoint handicapé.
- Par extension, mise à disposition d'une aide à domicile en cas de séjour de plus de 8 jours en maternité, à raison d'un maximum de 20 heures à répartir en fonction des besoins, sur une période maximum d'un mois.
- Mise à disposition d'une aide à domicile en cas de traitements de chimiothérapie ou radiothérapie réalisés en milieu hospitalier, à raison d'un forfait annuel (par année civile) de 20 heures maximum à répartir selon les besoins et pendant les traitements.

### 12.2. Téléassistance

Pour toute immobilisation au retour à domicile, consécutive à une hospitalisation d'au moins 30 jours, l'assistant prend en charge les frais d'installation d'un système de téléassistance assurée par un prestataire qu'il a dûment sélectionné. Les frais d'abonnement mensuel restent à la charge du bénéficiaire.

### 12.3. Portage de repas à domicile

Pour permettre à l'adhérent de se réorganiser après sa sortie d'hospitalisation, l'assistant prend en charge la livraison des repas à son domicile à raison d'une livraison par jour et pour une personne, comportant 2 repas par jour, pendant les 7 premiers jours après le retour à domicile.

### 12.4. Portage de médicaments

Si l'adhérent ne peut temporairement se déplacer, à la suite de l'hospitalisation due à une maladie non chronique ou un accident, l'assistant lui envoie l'un de ses correspondants pour chercher les médicaments prescrits par son médecin, lors d'une visite (le coût des médicaments n'est pas à la charge de l'assistant).

Cette prestation n'est délivrée que si aucune personne de l'entourage proche ne peut se déplacer.

### 12.5. Présence d'un proche en cas d'hospitalisation de plus de 3 jours à plus de 50 km du domicile, en France métropolitaine

Pendant l'hospitalisation de l'adhérent à plus de 50 km de son domicile, l'assistant peut prendre en charge le trajet d'un proche désirant se rendre à son chevet.

L'assistant met à la disposition d'un membre de sa famille ou d'une personne désignée par lui, un billet aller retour de train ou d'avion classe économique, lorsque seul ce moyen peut être utilisé, pour lui permettre de se rendre à son chevet.

L'assistant organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 61 € TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits (frais de restauration exclus).

### 12.6. École à domicile ou à l'hôpital consécutive à une hospitalisation de plus de 3 jours de l'adhérent

**La garantie d'assistance est valable à compter du 16<sup>e</sup> jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant, du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général.**

Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation nationale.

Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires.

Selon les conditions définies ci-dessus, l'assistant recherche et envoie au domicile de l'enfant un répétiteur scolaire qui lui permettra, grâce à des cours particuliers, de poursuivre sa scolarité dans les principales matières suivantes : français, mathématiques, langues étrangères (première et seconde langues inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles.

L'assistant prend en charge les coûts non défiscalisables occasionnés à raison de 10 heures par semaine, pendant 8 semaines maximum, tous cours confondus, fractionnables dans la limite de 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine et de 3 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur.

Si des cours sont demandés par le souscripteur au-delà de 10 heures par semaine, ils seront financièrement à sa charge.

Tout répétiteur scolaire possède les diplômes nécessaires à son activité et a fait l'objet d'une sélection particulièrement attentive de l'assistant. Il est autorisé par le souscripteur à prendre contact, si cela s'avère nécessaire, avec l'établissement scolaire de l'enfant, afin d'examiner, avec son instituteur ou ses professeurs habituels, l'étendue du programme à étudier.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours seront effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier et les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de cette prestation.

#### • Conditions médicales nécessaires à la mise en œuvre de la garantie

Le souscripteur devra justifier sa demande en présentant un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et précisant :

- que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire ;
- la durée de son immobilisation.

Le certificat médical sera adressé à l'équipe médicale de l'assistant. Dans le cadre de ce contrat, la maladie est définie comme « toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente » ; l'accident étant « une atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du bénéficiaire, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure ».

#### • Délai de mise en place

Dès réception de l'appel du souscripteur, l'assistant mettra tout en œuvre afin qu'un répétiteur scolaire soit au domicile de l'enfant le plus rapidement possible. Toutefois, à compter de l'appel, un délai maximum de 48 heures peut intervenir pour rechercher et acheminer cette personne.

Le service « école à domicile » ne s'applique pas :

- pour les maladies ou accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat ;
- lorsque l'enfant est atteint d'une maladie préexistante diagnostiquée

et/ou traitée, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la demande d'assistance.

### Article 13 Prestations d'assistance spécifiques à la garantie « Protection Décès Accident »

**En cas de perte totale et irréversible d'autonomie à la suite d'un accident ou en cas de décès accidentel de l'adhérent, son bénéficiaire, tel que désigné sur le bulletin d'adhésion, a le choix entre l'une des prestations d'assistance immédiate prévue à l'article 11 ou entre :**

#### 13.1. Aide à domicile

Mise à disposition d'une aide à domicile, dans les 10 jours qui suivent le fait générateur, afin d'apporter une aide dans les tâches quotidiennes. Cette aide à domicile intervient à concurrence d'un maximum de 6 heures.

Elle est portée à 10 heures si le bénéficiaire :

- a un enfant à charge de moins de 10 ans ;
- ou vit seul ;
- ou a un conjoint handicapé.

#### 13.2. Transfert de corps

En cas de décès de l'adhérent à plus de 50 km de son domicile en France ou à l'étranger, l'assisteur organise le rapatriement du corps jusqu'au lieu d'inhumation le plus proche de son domicile en France métropolitaine, et prend en charge :

- les frais de transport, d'embaumement et les frais administratifs correspondants ;
- les frais de cercueil pour permettre le transport à concurrence de 800 € TTC.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement, pompes funèbres, transporteurs... est du ressort exclusif de l'assisteur. Sous cette condition expresse, les frais de traitement post-mortem, de mise en bière et de cercueil, indispensables au transport, sont pris en charge à l'exclusion des frais d'obsèques et d'inhumation. Dans le cas où la famille du bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le rapatriement ou refuse la solution proposée par l'assisteur, les frais correspondants sont à sa charge. Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps.

#### • Retour différé du corps

À la suite d'une inhumation provisoire sur place, l'assisteur prend en charge les frais de rapatriement. Dans tous les cas, les frais d'exhumation sont exclus.

#### 13.3. Assistance des proches en cas de décès

En cas de décès de l'adhérent à plus de 50 km du domicile, l'assisteur se charge d'indiquer à la famille ou à un proche les formalités à accomplir vis-à-vis des organismes de pompes funèbres et municipaux pour le transfert de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation. Si la présence sur place d'un ayant droit du bénéficiaire s'avère indispensable pour effectuer les formalités de reconnaissance ou de transfert, l'assisteur met à la disposition de l'ayant droit et prend en charge un billet aller retour, en train ou par avion classe touriste si le trajet est supérieur à 500 km. Dans ce cas, l'assisteur prend en charge, sur justificatifs, les frais d'hôtel (chambre et petit-déjeuner), de la personne s'étant déplacée, à concurrence de 61 € TTC par jour dans la limite de 5 jours au maximum ; les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge.

#### 13.4. Retour des bénéficiaires et / ou de l'accompagnant

L'assisteur organise également et prend en charge le retour jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine des bénéficiaires se trouvant sur place et/ou de l'accompagnant, s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus, ainsi que les animaux familiers voyageant avec les bénéficiaires et/ou l'accompagnant.

L'assisteur met à la disposition des bénéficiaires susvisés et/ou de l'accompagnant, un billet retour de chemin de fer ou d'avion classe économique, depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France métropolitaine, ou jusqu'au lieu d'inhumation en France métropolitaine.

#### 13.5. Retour prématuré en cas de voyage

Si le bénéficiaire doit interrompre son séjour, en France ou à l'étranger, afin d'assister aux obsèques de son conjoint, ascendant ou descendant direct, frère, sœur, l'assisteur met à sa disposition et prend en charge un billet aller de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'avion classe économique lorsque seul ce moyen peut être utilisé.

#### 13.6. Organisation des obsèques

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux bénéficiaires, l'assisteur propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'adhérent décédé. L'assisteur organise, pour le compte des bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. Le coût des obsèques reste à la charge des bénéficiaires.

### Article 14 Prestations d'assistance spécifiques à la garantie « Protection Revenus Accident »

**En cas d'impossibilité momentanée à exercer son activité professionnelle à la suite d'un accident médicalement constaté, l'adhérent de moins de 65 ans, non expatrié, qui réside sur le territoire français métropolitain, a le choix entre l'une des prestations d'assistance immédiate prévue à l'article 11 ou entre :**

#### 14.1. Aide à domicile

Mise à disposition d'une aide à domicile, dans les 10 jours qui suivent le fait générateur, afin d'apporter une aide dans les tâches quotidiennes. Cette aide à domicile intervient à concurrence d'un maximum de 6 heures.

Elle est portée à 10 heures si le bénéficiaire :

- a un enfant à charge de moins de 10 ans ;
- ou vit seul ;
- ou a un conjoint handicapé.

#### 14.2. Portage de repas à domicile

Pour permettre à l'adhérent de se réorganiser dans les premiers jours qui suivent le fait générateur, l'assisteur prend en charge la livraison des repas à son domicile à raison d'une livraison par jour et pour une personne, comportant 2 repas par jour, pendant les 7 premiers jours après le retour à domicile.

#### 14.3. Portage de médicaments

Si l'adhérent ne peut temporairement se déplacer, l'assisteur lui envoie l'un de ses correspondants pour chercher les médicaments prescrits par son médecin, lors d'une visite (le coût des médicaments n'est pas à la charge de l'assisteur).

Cette prestation n'est délivrée que si aucune personne de l'entourage proche ne peut se déplacer.

#### 14.4. Livraison des courses à domicile

Afin d'apporter une aide à l'adhérent ne pouvant temporairement se déplacer, l'assisteur recherche un prestataire de services pouvant acheminer les courses à caractère alimentaire à son domicile.

L'assisteur prend en charge exclusivement les frais de livraison de ces courses, à raison d'une livraison par semaine et sur 4 semaines consécutives ou non, au maximum.

#### 14.5. Coiffeur à domicile en cas d'immobilisation de plus d'un mois

Si l'adhérent ne peut se déplacer à l'extérieur, l'assisteur prend en charge une prestation de coiffure à domicile pour toute immobilisation de plus d'un mois.

Cette prestation est renouvelable 3 fois au maximum sur une période d'indemnisation de 365 jours, soit une périodicité d'une prestation de coiffure à domicile par tranches trimestrielles.

### Article 15 Prestations d'assistance spécifiques à la garantie « Protection Blessures »

**En cas de fractures ou de brûlures suite à un accident médicalement constaté, l'adhérent, âgé de moins de 85 ans, a le choix entre l'une**

des prestations d'assistance immédiate prévue à l'article 11 ou entre :

### 15.1 Aide à domicile

Mise à disposition d'une aide à domicile, dans les 10 jours qui suivent le fait générateur, afin d'apporter une aide dans les tâches quotidiennes. Cette aide à domicile intervient à concurrence d'un maximum de 6 heures.

Elle est portée à 10 heures si le bénéficiaire :

- a un enfant à charge de moins de 10 ans ;
- ou vit seul ;
- ou a un conjoint handicapé.

### 15.2. Téléassistance

Pour toute immobilisation de plus de 30 jours en lien avec le fait générateur, l'assistant prend en charge les frais d'installation d'un système de téléassistance assurée par un prestataire qu'il a dûment sélectionné. Les frais d'abonnement mensuel restent à la charge du bénéficiaire.

### 15.3. Portage de repas à domicile

L'assistant prend en charge la livraison des repas au domicile de l'adhérent à raison d'une livraison par jour et pour une personne, comportant 2 repas par jour, pendant les 7 premiers jours.

### 15.4. Portage de médicaments

Si l'adhérent ne peut temporairement se déplacer, l'assistant lui envoie l'un de ses correspondants pour chercher les médicaments prescrits par son médecin, lors d'une visite (le coût des médicaments n'est pas à la charge de l'assistant).

Cette prestation n'est délivrée que si aucune personne de l'entourage proche ne peut se déplacer.

### 15.5. Livraison des courses à domicile

Afin d'apporter une aide à l'adhérent ne pouvant temporairement se déplacer, l'assistant recherche un prestataire de services pouvant acheminer les courses à caractère alimentaire à son domicile.

L'assistant prend en charge exclusivement les frais de livraison de ces courses, à raison d'une livraison par semaine et sur 4 semaines consécutives ou non, au maximum.

### 15.6. Coiffeur à domicile en cas d'immobilisation de plus d'un mois

Si l'adhérent ne peut se déplacer à l'extérieur, l'assistant prend en charge une prestation de coiffure à domicile pour toute immobilisation de plus d'un mois.

Cette prestation est renouvelable 3 fois au maximum avec une périodicité trimestrielle et si l'immobilisation est constatée.

## Article 16

## Exclusions

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation de la part de l'assistant, les conséquences :

- de tentative de suicide, des états résultant de l'usage de médicaments, de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement, et de l'usage abusif d'alcools ;
- d'événements survenus lors de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou la participation de l'adhérent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou leurs essais préparatoires, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche ;
- des infractions à la législation en vigueur en France, commises

de façon volontaire (faits intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré, participation à un crime ou à un délit).

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du contrat.

L'assistant ne sera pas tenu d'intervenir dans le cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

L'assistant est seul responsable vis-à-vis des bénéficiaires du contrat assistance du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance lors d'un sinistre. Ainsi, l'assistant s'engage à mobiliser tous les moyens dont il dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues au contrat.

En revanche, la responsabilité de l'assistant ne peut en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués par la plateforme téléphonique.

### • Non-exécution due à des circonstances exceptionnelles

De plus, il ne peut être tenu pour responsable de la non exécution ou des retards d'exécution provoqués par tous les cas de forces majeures comme :

- une guerre civile ou étrangère déclarée ou non ;
- la mobilisation générale ;
- la réquisition des hommes et matériels par les autorités ;
- les actes de sabotage ou de terrorisme ;
- les conflits sociaux : grève, émeutes, mouvements populaires ;
- les catastrophes naturelles ;
- les effets de la radioactivité ;
- les interdictions décidées par les autorités légales.

## Article 17

## Cadre juridique

### • Nullité de la prestation

Si le bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par l'assistant, le bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'assistant étant dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'assistant ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

### • Recours

Le bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'assistant de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

### • Clause de subrogation

L'assistant est subrogé dans les droits et actions du bénéficiaire contre tous responsables du sinistre déclaré et à concurrence des sommes exposées et du coût des prestations dont il supporte la charge.

### • Clause de prescription

Toutes les actions dérivant de l'exécution des présentes conditions générales sont prescrites dans un délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance et ce, conformément aux conditions déterminées par les articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité.

### • Attribution de juridiction

Tout différend touchant à l'interprétation ou à l'exécution des présentes conditions générales sera porté devant le tribunal compétent du siège social de l'assistant.

**Harmonie Mutualité**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 500 751 789.

Siège social : 143 rue Blomet - 75015 Paris.

**Ressources Mutuelles Assistance**, union technique d'assistance soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682. Siège social 46 rue du Moulin BP 62127, 44121 VERTOOU Cedex.

**Pour toute question,**  
contactez votre conseiller **par téléphone**  
(numéro d'appel sur votre carte mutualiste),  
rencontrez-le **en agence**  
ou connectez-vous **sur le site internet**  
de votre mutuelle.