

Assurance Prévoyance

Document d'information sur le produit d'assurance



ORGANISME ASSUREUR : Solimut Mutuelle de France, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest – CS 92459 – 75 436 Paris Cedex 9), immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est situé au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille, Mutuelle adhérente à Solimut Mutuelles de France, Union Mutualiste de Groupe, organisme régi par le Code de la Mutualité, immatriculé au répertoire SIRENE sous le numéro 539 793 885.

ORGANISMES DISTRIBUTEURS : Mutuelle Entrain, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est sis 5 boulevard Camille Flammarion, 13001 Marseille, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 558 778.

et MGC – Mutuelle Générales des cheminots, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est sis 2 et 4 place de l'Abbé Georges Hénocque, 75013 Paris, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 678 550.

Produit : Règlement Mutualiste ORIZEN

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit « ORIZEN » est une assurance prévoyance complémentaire destinée à verser des prestations en cas de réalisation d'un événement à caractère accidentel couvert par le contrat entraînant, soit une hospitalisation d'une durée supérieure ou égale à 24H, soit le décès, soit une incapacité physique permanente.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Tous les accidents sont couverts, quelle qu'en soit leur nature. L'accident étant défini comme tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.



LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Allocation journalière d'hospitalisation en cas d'accidents toutes causes.
- ✓ Allocation journalière de convalescence en cas d'accidents toutes causes.
- ✓ Capital Décès en cas d'accidents toutes causes.
- ✓ Capital Incapacité Physique Permanente (I.P.P) en cas d'I.P.P supérieure à 10% jusqu'à 69 ans, et supérieure à 30% de 70 à 75 ans. L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe le sinistre et l'année de naissance de l'adhérent.

Les garanties précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les demandes de prestations résultant d'un caractère non accidentel.
- ✗ Les accidents survenus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les accidents dans le cadre des risques exclus ci-après.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité Sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ La déclaration ayant fait l'objet de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

Sont exclus de l'ensemble des garanties du présent règlement mutualiste, les conséquences :

- ! Directes ou indirectes de faits de guerres (civile ou étrangère), d'émeute, de rixe, ou d'actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent aura pris une part active ; étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis.
- ! De tremblements de terre, d'inondations, ou de cataclysmes ayant entraîné la reconnaissance de l'état de catastrophe naturelle.
- ! De la désintégration du noyau atomique, ainsi que les accidents ou maladies dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome.
- ! Des accidents ou affections survenus antérieurement à la date d'effet de l'adhésion.
- ! Des accidents ou maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel de l'adhérent et ce qui résultent de tentative de suicide, ou d'automutilation.
- ! Des accidents dus à l'usage de substances illicites ou de médicaments non prescrits.
- ! Des accidents dus à l'état d'imprégnation alcoolique du participant caractérisé par une concentration d'alcool supérieur au taux défini dans le code de la route en vigueur au jour du sinistre.

Concernant la garantie Allocations journalières en cas d'hospitalisation, sont exclus, en sus, des exclusions prévues pour toutes les garanties :

- ! La maternité et les pathologies liées à celle-ci.
- ! Les séjours dans les établissements et services très spécialisés suivants : les maisons de repos, de convalescence, établissements et services de rééducation fonctionnelle et motrice (sauf suite à un accident ayant nécessité une intervention chirurgicale et dans l'éventuelle limite de prise en charge fixée au tableau de garantie).
- ! Les établissements de services thermaux, climatiques, diététiques, centres de thalassothérapie, établissements et service de gériatrie, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, 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, non prescrits médicalement et leurs suites.



Concernant la garantie Allocations journalières en cas de convalescence à domicile, sont exclus, en sus, des exclusions prévues pour toutes les garanties :

! Les établissements de services thermaux, climatiques, diététiques, centres de thalassothérapie, établissements et service de gériatrie, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, 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.

Concernant la garantie Incapacité Physique Permanente sont exclus, en sus des exclusions prévues pour les garanties :

! Les lombalgies, dorsalgies et cervicales seront prises en charge à raison d'un crédit de 90 jours maximum (sur une période de 365 jours), sauf celles d'origine tumorale qui entreront dans le champ classique des prestations prévues au contrat. Pour reconstituer ce crédit d'indemnisation, une reprise effective des activités professionnelles de 365 jours est exigée.

! La maternité et les pathologies liées à celle-ci.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Hospitalisation et Décès** : adhésion possible de 18 à 75 ans.

! **En cas de décès** : le décès doit survenir dans les 2 mois qui suivent la date de l'accident.

! **En cas d'hospitalisation : Obligation d'hospitalisation minimale de 24h.** L'hospitalisation doit débuter dans les 2 mois qui suivent la date de l'accident.

! **La garantie convalescence nécessitant des soins** ne sera due que si des allocations journalières en cas d'hospitalisation ont préalablement été versées pour le même sinistre.

! **Le crédit maximum d'hospitalisation** pour l'allocation journalière d'hospitalisation est de 60 jours et de 30 jours pour l'allocation journalière de convalescence pour un même accident.

! **En cas d'IPP** : celle-ci doit intervenir dans un délai maximum de 24 mois à compter de la date de l'accident. Aucun capital ne sera versé en cas d'IPP inférieur à 10% pour les adhérents ayant jusqu'à 69 ans. Aucun capital ne sera versé en cas d'IPP inférieur à 30% pour les adhérents ayant entre 70 à 75 ans.

L'adhésion cessera l'année du 81^{ème} anniversaire de l'adhérent, à titre dérogatoire, la couverture de l'IPP cesse l'année du 76^{ème} anniversaire de l'adhérent. L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année dans laquelle se situe la date d'effet du contrat et l'année de naissance de l'adhérent.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Dans le monde entier pour les séjours à l'étranger inférieurs à trois mois.
- ✓ Au sein des pays membres de l'Union européenne, le versement des garanties sera dû, quelle que soit la durée du séjour.
- ✓ Concernant les garanties incapacité et invalidité, le versement par la Mutuelle des prestations est conditionné au versement de prestations par le régime obligatoire français.



Quelles sont mes obligations ?

A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la mutuelle.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

EN COURS DE CONTRAT, SOUS PEINE DE SUSPENSION DES GARANTIES :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Informer la mutuelle d'un changement de situation concernant le changement d'adresse et les modifications des coordonnées bancaires.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le paiement de la cotisation peut s'effectuer :

- Par prélèvement automatique mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement.
- Par chèque payable d'avance et annuellement.



Quand commence la couverture et à quel moment prend-elle fin ?

Le contrat prend effet conformément au choix opéré par l'adhérent soit :

La date de prise d'effet de l'adhésion est au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la date d'envoi du bulletin d'adhésion à la Mutuelle, le cachet de la poste faisant foi.

Le contrat est conclu jusqu'au terme de l'année civile en cours. Il est ensuite renouvelable par tacite reconduction par période d'une année civile.

L'assuré dispose d'un délai de rétractation de 30 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- À échéance annuelle, en adressant votre demande avant le 31 octobre de l'année en cours, pour une résiliation à effet du 1^{er} janvier de l'année suivante.
 - Conformément à la loi Châtel, chaque année lors du renouvellement de l'adhésion, dans les vingt jours après envoi de l'appel de cotisation.
- La demande de résiliation doit être adressée à la Mutuelle par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.
- La demande peut également être demandée dans les conditions de l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité.