

NOTICE D'INFORMATION
« OBSEQUES »

La présente notice d'information a pour objet de définir les droits et obligations découlant du contrat collectif à adhésion obligatoire « Forfait obsèques » souscrit par la mutuelle CMIP auprès de l'UNMI. Elle définit les garanties assurées par l'UNMI, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Elle indique également le contenu des clauses édictant les nullités, les exclusions de garanties ainsi que les délais de prescription.

Le présent document est obligatoirement remis à l'adhésion par la mutuelle CMIP à chaque Membre participant. Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres participants, la Mutuelle est tenue de les informer en leur remettant une nouvelle notice d'information établie à cet effet par l'Assureur.

Article 1 – Définitions

Adhérent : Chef de famille, membre de la Mutuelle qui adhère au Contrat et qui s'engage à payer les cotisations pour l'ensemble des Assurés.

Année civile : Période du 1er janvier au 31 décembre.

Assuré : En application du Contrat, il faut entendre par Assuré la personne physique :

- Membre participant de la Mutuelle couvert par un contrat complémentaire santé assuré par la Mutuelle ;
- Conjoint, PACSE ou Concubin du Membre participant inscrit sur le bulletin d'adhésion et couvert par le contrat complémentaire santé de ce dernier en tant qu'ayant droit ;
- Enfants à charge du Membre participant inscrit sur le bulletin d'adhésion et couvert par le contrat complémentaire santé de ce dernier en tant qu'ayant droit.

Assureur : **Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle (UNMI)**, union soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, dont le siège social est situé 50 Avenue Daumesnil 75012 Paris.

Bénéficiaire : Le capital obsèques forfaitaire est versé à la personne qui s'est acquittée des frais d'obsèques à hauteur des frais engagés.

Chef de famille : L'Assuré principal du contrat santé dont la souscription audit contrat est supérieure à 1 an et dans lequel la garantie prévoyance est en inclusion.

Concubin : Personne vivant en concubinage avec le Membre participant au moment du décès. La définition du concubinage est celle retenue par l'article 515-8 du Code civil. De plus, le concubinage doit avoir été notoire et permanent pendant une durée d'au moins 2 ans jusqu'au décès. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

Conjoint : Personne avec laquelle le Membre participant est marié, non divorcé, ni séparé de corps par jugement définitif passé en force de chose jugée.

Contrat : contrat collectif d'assurance « Forfait obsèques » souscrit par la mutuelle CMIP auprès de l'UNMI.

Enfant à charge : Enfants du Membre participant et de son Conjoint ou partenaire lié par un Pacs ou de son Concubin, qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs, reconnus ou recueillis :

- jusqu'à leur 18^{ème} anniversaire, sans condition ;
- jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire et sous condition, soit :
 - qu'ils poursuivent des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - d'être en apprentissage ;
 - de poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - d'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrits auprès du Pôle emploi comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
 - d'être employés dans un Etablissement ou Structure d'Aide par le Travail (ESAT) en tant que travailleur handicapé.
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 28ème anniversaire, justifié par un avis médical ou tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé.

Membre participant : Personne physique membre de la Mutuelle qui bénéficie des garanties, en raison de son adhésion au Contrat.

Mutuelle : **Le Centre Mutualiste Interprofessionnel (CMIP)**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 339 420 226, dont le siège social est situé 53 Avenue de Senlis BP 90307 60803 Crépy-en-Valois.

PACSE : Personne avec laquelle il existe, lors du sinistre, un pacte civil de solidarité avec l'Adhérent, conformément à l'article 515-1 du Code civil.

Article 2 - Objet du Contrat

Le Contrat est un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire, au sens de l'article L.221-3 du Code de la mutualité souscrit par la Mutuelle au profit de ses Membres participants.

L'objet du Contrat est de garantir le versement d'une allocation forfaitaire permettant de financer tout ou partie des frais d'obsèques en cas de décès de l'Assuré survenu pendant la période de garantie.

Article 3 – Conditions d'adhésion au Contrat

Le Contrat est proposé en inclusion des contrats d'assurance complémentaire santé de la Mutuelle.

L'adhésion au Contrat est obligatoire pour :

- le Membre participant couvert par un contrat d'assurance complémentaire santé assuré par la Mutuelle ;
- le Conjoint, PACSE ou Concubin du Membre participant inscrit sur le bulletin d'adhésion de ce dernier, et couvert par le contrat complémentaire santé du Membre participant en tant qu'ayant droit ;
- les Enfants à charge du Membre participant inscrits sur le bulletin d'adhésion de ce dernier et couvert par le contrat complémentaire santé du Membre participant en tant qu'ayant droit.

Article 4 – Prise d'effet, durée et résiliation de l'adhésion au Contrat

L'adhésion au Contrat prend effet concomitamment à la prise d'effet du contrat complémentaire santé de la Mutuelle. L'adhésion au Contrat est annuelle et se renouvelle simultanément au contrat complémentaire santé.

L'adhésion au Contrat prend fin :

- à la date de radiation, exclusion ou démission du Membre participant au contrat complémentaire santé de la Mutuelle ;
- à la date de résiliation ou cessation du contrat complémentaire santé de la Mutuelle ;
- à la date indiquée sur la lettre recommandée en cas de défaut de paiement des cotisations, conformément à l'article 12.4 « Défaut de paiement des cotisations » ;
- en tout état de cause, à la date d'effet de la résiliation du Contrat conclu entre les Parties.

La résiliation de l'adhésion au Contrat met fin à la garantie.

Article 5 – Prise d'effet et cessation des garanties

La garantie prend effet, pour l'Assuré, 1 an après la prise d'effet de l'adhésion du Membre participant au Contrat.

La garantie prend fin pour l'Assuré :

- au jour de son décès ;
- au jour de la perte de sa qualité de membre de la Mutuelle ;
- au jour de la perte de sa qualité de Conjoint, PACSE, Concubin ou Enfant à charge ;
- au jour de la perte de sa qualité d'ayant droit ;
- à la date de fin du Contrat, dans les cas prévus à l'article 4 « Prise d'effet, durée et résiliation de l'adhésion au Contrat ».

Article 6 - Objet de la garantie

L'Assureur garantit en cas de décès de l'Assuré âgé de moins de 90 ans, le versement d'une allocation forfaitaire, limitée aux frais réels acquittés, dans la limite du plafond de 850 euros ou de 1 700 euros selon le contrat complémentaire santé souscrit, à la(les) personne(s) physique(s) ou à l'entreprise de pompes funèbres ayant acquitté les frais d'obsèques.

Article 7 - Bénéficiaires de la garantie

L'allocation obsèques est versée, sur présentation des justificatifs et à hauteur des frais engagés, à la (aux) personne(s) physique(s) ou à l'entreprise de pompes funèbres ayant pris en charge les frais obsèques de l'Assuré.

Article 8 - Revalorisation de la prestation

L'Assureur revalorise l'allocation garantie, à compter du décès de l'Assuré jusqu'à la réception des pièces nécessaires pour le versement de celle-ci ou, jusqu'à son dépôt à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L.223-25-4 du Code de la mutualité.

La revalorisation de cette prestation est calculée sur la base d'un taux d'intérêt, net de frais, égal pour chaque année civile, au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts (TME) de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- Le dernier taux moyen des emprunts (TME) de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

Article 9 - Modalités de versement de la prestation

9.1 – Formalités

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des documents justificatifs cités ci-dessous, dans un délai maximum de 6 mois suivant la date du décès, sous peine de déchéance des droits à indemnisation dans les conditions prévues à l'article L. 221-16 du Code de mutualité.

Le capital est versé au Bénéficiaire en une seule fois dans un délai d'un mois à réception des pièces justificatives suivantes :

- original ou copie de l'acte de décès de l'Assuré ;
- copie d'une pièce d'identité du ou des Bénéficiaire(s) ;
- facture des frais d'obsèques ;
- relevé d'identité bancaire ou postal du ou des Bénéficiaire(s).

La Mutuelle qui bénéficie d'une délégation de gestion du Contrat se réserve la possibilité de demander toutes autres pièces nécessaires au traitement du dossier.

La demande de prestation ainsi que les pièces justificatives ci-après définies doivent être envoyées, par écrit, à l'adresse suivante :

Centre Mutualiste Interprofessionnel (CMIP)

53 Avenue de Senlis
BP 90307
60803 Crépy-en-Valois

9.2 - Délai de versement

L'Assureur et par délégation, la Mutuelle, dispose d'un délai de quinze jours, après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du/des Bénéficiaire(s) de la prestation afin de demander de lui fournir l'ensemble des pièces nécessaires à son paiement.

Au-delà du délai de quinze jours, le capital produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant un mois puis, à l'expiration de ce délai d'un mois, au triple du taux légal.

L'allocation obsèques est versée en une seule fois à réception des pièces justificatives dans un délai d'un mois. Au-delà du délai d'un mois à compter de la réception des pièces, la prestation non versée produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal. Si, au-delà du délai de quinze jours mentionnés au premier alinéa, l'Assureur et par délégation, la Mutuelle, a omis de demander au(x) Bénéficiaire(s) l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de versement d'un mois.

Article 10 - Contrats en déshérence

Les sommes dues au(x) Bénéficiaire(s) qui ne font pas l'objet d'une demande de versement, sont déposées à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise en connaissance par l'Assureur et la Mutuelle, du décès de l'Assuré.

Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai. Six mois avant l'expiration du délai de dix ans précité, l'Assureur informe les Bénéficiaires du Contrat, par tout moyen, de la mise en œuvre des présentes dispositions. A défaut de réclamation auprès de la Caisse des dépôts et consignations par leur(s) Bénéficiaire(s), ces sommes sont définitivement acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans.

Article 11 - Exclusions

Ne sont pas garantis les risques suivants ainsi que leurs suites et conséquences :

- **meurtre de l'Assuré par l'un des bénéficiaires dès lors qu'il a été condamné. Toutefois, les garanties restent acquises à l'égard des autres bénéficiaires ;**
- **faits intentionnellement causés ou provoqués par l'Assuré ou les bénéficiaires.**

Article 12 - Cotisation

12.1 – Montant et paiement de la cotisation

La cotisation est annuelle et payable d'avance par l'Adhérent à la Mutuelle. Elle est incluse dans sa cotisation du contrat santé.

12.2 Paiement des cotisations

La Mutuelle se charge elle-même de l'appel des cotisations et de leur reversement à l'UNMI.

12.3 - Révision de la cotisation

Les cotisations peuvent être révisées au 1^{er} janvier de chaque exercice civil. L'UNMI notifie la révision des cotisations à la Mutuelle, au plus tard le 30 septembre de l'année précédant la date d'application de la modification envisagée, soit par lettre recommandée avec avis de réception soit en mains propres. A défaut de désaccord exprimé avant le 31 octobre, la Mutuelle est réputée avoir accepté la révision des cotisations. Dans ce cas, l'UNMI le notifie à la Mutuelle, laquelle en informe les Adhérents.

En cas de désaccord, la Mutuelle doit en aviser l'UNMI par lettre recommandée avec avis de réception au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Ce refus entraîne la résiliation du Contrat à effet au 31 décembre de la même année.

12.4 Défaut de paiement des cotisations

Lorsqu'une cotisation ou fraction de cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'Assureur d'appliquer des majorations de retard et de poursuivre en justice l'exécution du Contrat, la garantie pourra être suspendue trente jours après la mise en demeure de la Mutuelle.

Dans la lettre de mise en demeure qu'il adresse à la Mutuelle, l'Assureur l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

L'Adhérent est informé qu'à l'expiration du délai de trente jours précité, le défaut de paiement de la cotisation par la Mutuelle est susceptible d'entraîner la résiliation du Contrat et de fait son adhésion sauf s'il entreprend de se substituer à la Mutuelle pour le paiement des cotisations.

L'Assureur a le droit de résilier le Contrat dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus.

Le Contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Assureur les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Article 13 – Prescription

Conformément à l'article L.221-11 du code de la mutualité :

« Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre participant, que du jour où la Mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

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

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 du code de la mutualité, le Bénéficiaire n'est pas le Membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du Membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du Membre participant ».

Conformément à l'article L.221-12 du code de la mutualité :

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

Conformément à l'article L.221-12-1 du code de la mutualité :

« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- L'action en justice (même en référé, ou devant une juridiction incompétente ou encore quand l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure) ;
- L'acte d'exécution forcée ;
- La reconnaissance des droits du créancier.

La prescription constitue une fin de non-recevoir (article 122 du code de procédure civile) à une action judiciaire et elle peut être soulevée à tous les stades de la procédure (article 123 du code de procédure civile), et même pour la première fois en appel.

La prescription permet au Membre participant ou à la Mutuelle de se libérer de leurs obligations.

Article 14 - Informatique et libertés

Article 14.1 – Recueil des informations

Les informations recueillies auprès des Assurés ou Bénéficiaires sont strictement nécessaires à la gestion des garanties prévues au contrat d'assurance. Ces informations sont indispensables à la gestion desdites garanties et au paiement des prestations qui en découleraient en cas de sinistre.

Ces données sont également collectées et traitées au titre de l'exercice du recours à la gestion des réclamations et du contentieux.

Les informations recueillies permettront l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude ou à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Article 14.2 – Conservation et portabilité des données

Les données seront conservées pendant toute la durée du contrat d'assurance et au maximum pendant 10 ans après sa résiliation (en effet la durée de conservation des données est liée à celle de la prescription des garanties souscrites ou de celle de la transmission des capitaux décès à la caisse des dépôts et consignations).

Les destinataires des données des Assurés ou Bénéficiaires peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités du traitement : les personnels de l'Assureur, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les

organismes professionnels habilités, et les souscripteurs du Contrat mais uniquement dans le cadre strict de la gestion et de l'exécution du contrat d'assurance.

Lors de la résiliation du contrat d'assurance, l'Assuré pourra demander à l'organisme assureur quitté, la portabilité des données collectées auprès du nouvel assureur dans les conditions prévues par la législation.

Article 14.3 – Droits de l'assuré

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016, l'Assuré ainsi que toute personne concernée bénéficient d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations les concernant. Ces personnes peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de ces données. Toutefois, les données indispensables à la gestion du contrat d'assurance telles que celles nécessaires à l'appel des cotisations et au paiement des prestations ne pourront donner lieu à suppression.

Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits en adressant leur demande aux coordonnées suivantes :

Centre Mutualiste Interprofessionnel (CMIP)

53 Avenue de Senlis
BP 90307
60803 Crépy-en-Valois

Les Assurés et Bénéficiaires disposent également d'un droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle compétente, la CNIL (www.cnil.fr).

Les personnes concernées disposent de la faculté de contacter le délégué à la protection des données aux coordonnées suivantes :

- par email à : dpo@fdpm.fr
- par téléphone au : 03 44 59 00 80

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées à l'Assuré ou, le cas échéant, aux ayants droit, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique.

Conformément à l'article L. 223-2 du Code de la consommation, dans le cas où il serait recueilli auprès des Assurés ou des Bénéficiaires des données téléphoniques, il est rappelé qu'ils disposent d'un droit d'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en s'inscrivant sur le site : www.bloctel.gouv.fr.

Article 15 – Réclamation – Médiation

En cas de désaccord concernant l'exécution des dispositions afférentes au Contrat, l'Assuré doit faire valoir sa contestation par écrit à l'adresse suivante :

Centre Mutualiste Interprofessionnel (CMIP)

53 Avenue de Senlis
BP 90307
60803 Crépy-en-Valois

Si le désaccord persiste, l'Assuré peut saisir, en langue française uniquement, le médiateur :

- soit par courrier à :

CNPM – MEDIATION - CONSOMMATION
23 rue Terrenoire
42100 Saint-Etienne

- soit par voie électronique sur le site du médiateur : <http://cnpm-mediation-consommation.eu>

La proposition du médiateur ne préjuge pas des droits de l'Assuré et de l'Assureur d'intenter une action en justice.

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

Article 16 - Droit applicable – Litiges

Le Contrat sera régi et interprété conformément au droit français.

Article 17 - Organisme de contrôle

L'Assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 Place de Budapest 75436 PARIS Cedex 09.