

REGLEMENT MUTUALISTE GARANTIES SANTE ETUDIANTS

(approuvés par l'Assemblée Générale du 6 avril 2019)

① DISPOSITIONS GENERALES

Chapitre I **Obligations des ADHERENTS envers la mutuelle**

Section 1 - Adhésion

Article 1 Adhérents

Peut adhérer aux garanties SMEB'1, SMEB'2, SMEB'3 et à l'Assurance universitaire toute personne remplissant l'une des conditions suivantes :

- avoir la qualité d'étudiant inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur sur le territoire français (hors TOM) ;
- avoir la qualité d'élève de plus de 16 ans inscrit dans un établissement scolaire sur le territoire français (hors TOM) ;
- être le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité d'un adhérent, quel que soit le régime de sécurité sociale auquel ces personnes sont affiliées. La garantie et le montant des cotisations sont identiques à ceux de l'adhérent.
- être sans emploi et avoir été adhérent de la SMEBA en qualité d'étudiant l'année précédente.

Peut adhérer à la garantie VITAMINE'S toute personne ayant la qualité d'étudiant et titulaire d'une garantie complémentaire autre que celles proposées par la SMEBA (par exemple, en tant qu'ayant droit de l'un de ses parents).

Article 2 Bénéficiaires

Les bénéficiaires des garanties Santé et de l'Assurance universitaire sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion.

Pour les garanties SMEB'1, SMEB'2 et SMEB'3, il s'agit de :

- l'adhérent
- les ayants droit de l'adhérent désignés sur le bulletin d'adhésion. Peuvent être ayants droit les enfants âgés de moins de 16 ans à la charge de l'adhérent.

La garantie des ayants droit est la même que celle de l'adhérent et est identique pour tous les ayants droit.

Pour la garantie VITAMINE'S et l'Assurance universitaire, il s'agit de l'adhérent.

La garantie VITAMINE'S et l'Assurance universitaire ne sont pas accessibles au conjoint de l'adhérent ou à ses ayants droit.

Les bénéficiaires des garanties en inclusion (garantie d'assistance, garantie Protection juridique, Assurance responsabilité civile, garantie individuelle accident) sont définis dans les notices d'information de ces garanties.

Article 3 Montant des cotisations

Les adhérents s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle.

Toutefois, les garanties SMEB'1, SMEB'2, SMEB'3, VITAMINE'S et l'Assurance universitaire peuvent être souscrites sur une partie de l'année universitaire, courant du 1er septembre au 31 août, avec cotisation réglée au prorata des mois souscrits pour tout nouvel adhérent à une garantie santé couverte par la SMEBA.

Cotisations des ayants droit (pour les garanties SMEB'1, SMEB'2 et SMEB'3)

Dans le cas où les deux parents souscrivent, leurs enfants de moins de 16 ans pourront être couverts gratuitement dans la limite de deux enfants par famille. A partir du 3ème enfant, une cotisation du montant de la garantie souscrite par les deux parents sera exigée par enfant à charge supplémentaire.

Dans le cas où un seul parent adhère, un seul enfant de moins de 16 ans sera couvert gratuitement dans le cadre de la garantie souscrite par l'adhérent. A partir du 2ème enfant, une cotisation du montant de la même garantie sera exigée.

Article 4 Formalités d'adhésion

Pour qu'une adhésion soit validée, les adhérents doivent présenter lors de la première adhésion :

- un bulletin d'adhésion dûment rempli, daté et signé ou avoir rempli et validé un bulletin d'adhésion par internet sur le site smeba.fr stipulant que

l'adhérent remplit les conditions définies à l'article 1

- un certificat de scolarité ou la photocopie de la carte d'étudiant de l'établissement d'enseignement supérieur fréquenté pour l'année en cours, s'il a le statut étudiant
- les autres pièces justificatives selon les cas (photocopie du livret de famille, l'avis d'inscription à Pôle Emploi)
- le règlement total ou partiel (en cas d'option pour le paiement fractionné) du montant de la garantie choisie et cochée sur le bulletin d'adhésion, par virement bancaire ou en chèques, en Euros
- pour la garantie VITAMINE'S, une preuve d'adhésion dans une autre garantie que celles proposées par la SMEBA pour la période souscrite

Dans le cas d'un paiement fractionné de la cotisation (prélèvements), l'adhérent devra fournir également, le mandat dûment signé et un relevé d'identité bancaire, postale ou d'épargne du compte à débiter. S'il s'agit d'un compte débiteur solidaire (parent, conjoint, concubin...), l'autorisation de prélèvement devra être obligatoirement signée par ce tiers.

Article 5 Prise d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement mutualiste prend effet au jour de la demande d'adhésion.

Quelle que soit la date de prise d'effet de l'adhésion, celle-ci produit ses effets jusqu'au 31 août de l'année universitaire en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf :

- résiliation selon les modalités définies à l'article 8 du présent règlement ;
- à ce que l'adhérent ne remplisse plus les conditions pour être bénéficiaire du présent règlement. Toutefois, l'étudiant régulièrement affilié qui, au cours de l'année universitaire se trouve dans l'incapacité médicale dûment constatée de poursuivre ses études, peut s'il

le souhaite continuer à adhérer aux garanties SMEB'1, SMEB'2, SMEB'3, VITAMNIE'S ou à l'Assurance universitaire, s'il peut prétendre aux prestations de la sécurité sociale, tant que cette incapacité subsiste et au maximum pendant les deux années universitaires qui suivent le début de l'incapacité sans renouvellement de l'inscription universitaire.

Article 6 Renonciation

Vente à distance

Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle bénéficie d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ou supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet ou du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles, si cette dernière date est postérieure.

L'adhérent doit adresser dans ce délai de 14 jours précité, à l'adresse du siège social de la Mutuelle une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique qui peut être rédigée comme suit :

« Je soussignée (nom, prénom, demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion au Règlement mutualiste GARANTIES SANTE ETUDIANTS effectuée notamment par la signature de mon bulletin d'adhésion le (date) » date et signature.

La Mutuelle est tenue de rembourser à l'adhérent dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application du présent règlement mutualiste. Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle reçoit notification par l'adhérent de sa volonté de se rétracter. Au-delà, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

L'adhérent restitue à la Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toute somme qu'il a reçue de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où il a

communiqué à la Mutuelle, sa volonté de se rétracter.

Démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement mutualiste à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à l'adresse du siège social de la mutuelle, pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Modèle de rédaction de renonciation :
« Je soussignée (nom, prénom, demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion au Règlement mutualiste GARANTIES SANTE ETUDIANTS effectuée notamment par la signature de mon bulletin d'adhésion le (date) » date et signature.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique mentionnés au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du présent règlement, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La mutuelle est tenue de rembourser à l'adhérent le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Section II - Exécution du contrat

Article 7 Paiement de la cotisation

Règlement de la cotisation

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 civile et payable d'avance.

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

Défaut de paiement

A défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, les garanties ne peuvent être suspendues que trente jours après la mise en demeure de l'adhérent. La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration des trente jours précités. Les garanties non-résiliées reprennent pour l'avenir leurs effets à midi, le lendemain du jour où ont été payées la cotisation ou les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement les frais de poursuites et de recouvrement (article L.221-7 du code de la mutualité).

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

Article 8 Résiliation

A l'initiative de l'adhérent

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion au présent règlement en adressant à la Mutuelle, avant le 30 juin de l'année, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

A l'initiative de la Mutuelle

En cas de défaut de paiement, la Mutuelle peut résilier les garanties dans les conditions définies à l'article 7.

Article 9 Prescription

Conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations décrites dans le présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à dix ans lorsque pour le décès, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droits.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait l'adhérent, 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 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 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, adressé par la mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 10 Nullité des garanties

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie à l'adhérent par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou fautive déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fautive 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 (article L. 221-14 du Code de la Mutualité).

Article 11 Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Article 12 Réclamations - Médiation

Pour toute réclamation liée à l'application du présent règlement mutualiste, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle.

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, le bénéficiaire peut saisir le service Qualité Relation Adhérents au CS81021 – 49010 Angers Cedex 01.

Enfin, en application et dans les conditions de l'article « Médiation » des statuts, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, dans un délai d'un an à compter de toute réclamation écrite à

son interlocuteur habituel ou à la Mutuelle, en écrivant à l'adresse suivante : HARMONIE MUTUELLE - Direction Juridique - 23 Boulevard Jean Jaurès - 45025 Orléans Cedex ; ou à l'adresse email suivante : mediation@harmoniemutuelle.fr ; ou sur le site internet : mediation.harmonie-mutuelle.fr.

Article 13 Modification du règlement

Conformément aux statuts, le présent règlement peut être modifié par le Conseil d'administration. Les modifications prennent effet dès qu'elles ont été notifiées à l'adhérent.

Article 14 Protection des données à caractère personnel

La Mutuelle, en tant que responsable de traitement, met en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants droits, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts.

La mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour :

- le recouvrement et le contentieux ;
- son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées ;
- le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres ;
- toute autre finalité qui pourrait être précisée sur les supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent et ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'adhérent et de ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles, à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du présent règlement, l'adhérent et ses ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse

qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent et ses ayants droit peuvent exercer leurs droits auprès du Responsable Protection des données de la Mutuelle par courrier postal adressé à « SMEBA- service 42 boulevard du Roi René – 49000 Angers », en joignant à leur demande une copie de leur justificatif d'identité.

En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et à l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés – CNIL- 3 Place de Fontenoy- TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr).

Article 15 Echanges de données informatisées

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la Mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la Mutuelle.

Article 16 Autorité de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest, 75436 Paris Cedex 09.

② GARANTIES SANTE

Chapitre II

GARANTIES RESPONSABLES : SMEB'2 et SMEB'3

Article 17 Contenu des garanties SMEB'2 et SMEB'3

Les montants des prestations sont définis dans les tableaux de garanties.

Les garanties SMEB'2 et SMEB'3 sont responsables.

Elles permettent également l'accès à Priorité Santé Mutualiste.

Article 18 Caractère solidaire et responsable des garanties

La Mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. À ce titre :

- aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des adhérents ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable ;
- les garanties permettent à l'adhérent de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

Article 19 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles

prévues au paragraphe II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;

- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.

Article 20 Exclusions

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la Mutuelle :

- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire ;
- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées ;
- la chambre particulière facturée pour le jour de sortie d'une hospitalisation (y compris pour la maternité).

Chapitre III

GARANTIES NON RESPONSABLES : SMEB'1 et VITAMINE'S

Article 21 Contenu des garanties SMEB'1 et VITAMINE'S

Les montants des prestations sont définis dans les tableaux de garanties.

Les garanties SMEB'1 et VITAMINE'S ne sont pas responsables.

Elles permettent l'accès à Priorité Santé Mutualiste.

La garantie VITAMINE'S comprend également les garanties incluses dans l'Assurance universitaire.

Article 22 Exclusions

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la Mutuelle :

- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire ;
- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées ;
- la chambre particulière facturée pour le jour de sortie d'une hospitalisation (y compris pour la maternité).

Chapitre IV

DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES SMEB'1, SMEB'2, SMEB'3 et VITAMINE'S

Article 23 Prise d'effet de la garantie

Le droit aux prestations prend effet au jour de la prise d'effet de l'adhésion.

Les prestations ne peuvent être versées que pour des actes dispensés ou des frais exposés pendant la période d'ouverture des droits.

Article 24 Cessation de la garantie

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la Mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de résiliation, l'adhérent s'engage à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la Mutuelle la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

Article 25 Cumul des prestations et limites de remboursement

Les prestations de la mutuelle peuvent être cumulées avec celles de la sécurité sociale ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance.

Toutefois, le remboursement des frais occasionnés par une maladie, maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 26 Versement des prestations

26.1 Règlement des prestations

Calcul des prestations

Les prestations figurant sur le tableau de garantie remis à l'adhérent sont exprimées dans la majorité des cas soit en pourcentage du tarif de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire ou de la base de remboursement défini par l'Assurance maladie obligatoire, soit en valeur forfaitaire en euros.

Lorsqu'aux descriptifs de la garantie choisie par l'adhérent, les prestations sont exprimées en pourcentage, la Mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire et en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées aux descriptifs de la garantie choisie par l'adhérent.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé.

L'adhérent conserve dans tous les cas, la liberté du choix de son professionnel de santé.

Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations, lorsque leurs prises en charge sont indiquées aux descriptifs de la garantie sont :

- les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception, et selon la garantie choisie pour les autotests et l'automédication ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et les actes effectués par des auxiliaires médicaux, le dentaire, les examens de prétraitements et de contention en orthodontie, la médecine complémentaire telle que définie dans les descriptifs de garantie, les transports en ambulances et véhicules

sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire et selon la garantie choisie, la psychologie ;

- les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales, l'hospitalisation (1) ou la maternité (2) ;
- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de naissance, lorsque celle-ci est prévue aux descriptifs de la garantie, sous réserve que l'inscription soit réalisée dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption ;
- les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie.

(1) Le cas échéant, la chambre particulière est prise en charge :

- en cas d'hospitalisation avec nuitée(s)
- ou lorsque le séjour est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

(2) Chambre particulière prise en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).

Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- des documents nécessaires à la Mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les prestations dentaires, le bénéficiaire doit présenter un devis ou une facture détaillée, établie par le

professionnel de santé. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais dépensés.

Pour la prise en charge de l'activité physique adaptée, le bénéficiaire devra transmettre en plus de la facture détaillée et acquittée, l'imprimé spécifique mis à disposition par la mutuelle et rempli par le médecin traitant.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la Mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la Mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

Information et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros. Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

Les remboursements convenus aux présentes garanties sont adressés aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mis en œuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais.

26.2 Contrôle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ainsi qu'aux conditions d'attribution de ses prestations, la Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives aux professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la Mutuelle.

Lors du contrôle, le bénéficiaire peut être accompagné par son médecin traitant ou tout professionnel de santé de son choix (dentiste, spécialiste etc.) et/ou opposer les conclusions de son médecin traitant ou d'un professionnel de santé de son choix.

Les honoraires du professionnel de santé choisi par le bénéficiaire restent à la charge de ce dernier.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées et de la prise en charge par le régime obligatoire.

Article 27 Fonds d'entraide mutualiste

Des secours exceptionnels, prélevés sur un fonds spécial déterminé annuellement par l'assemblée générale peuvent être alloués par le conseil d'administration aux adhérents et à leurs ayants droit, en cas de nécessité financière, pour faire face à des dépenses non ou mal remboursées par la sécurité sociale. Cependant, la demande n'est prise en compte que dans le cas où la sécurité sociale aurait refusé des prestations supplémentaires ou des secours exceptionnels.

La demande est adressée à la Commission désignée par le Conseil d'Administration qui pourra demander toutes précisions sur les ressources personnelles ou familiales de l'adhérent,

pour examiner le bien-fondé de la demande.

Article 28 Accès aux prestations des unions

Par son affiliation à des unions de mutuelles, la mutuelle permet à ses adhérents de bénéficier des prestations servies par l'intermédiaire de ces unions auxquelles la mutuelle sera affiliée dans les conditions prévues par les statuts et règlements des organismes intéressés, tant en ce qui concerne les cotisations que les prestations.

Chapitre V

Garantie Individuelle Accident Santé

Article 29 Définition

La garantie Individuelle Accident Santé est proposée dans le cadre des garanties SMEB'1, SMEB'2, SMEB'3 et VITAMINE'S. Elle concerne les soins consécutifs à un accident.

L'accident s'entend une atteinte corporelle du bénéficiaire, non intentionnelle de sa part, et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Les accidents vasculaires cérébraux et les accidents cardiaques n'entrent pas dans la définition de l'accident, et ne sont pas pris en charge au titre des accidents.

Elle permet le remboursement des frais réels restés à charge dans la limite de 400 % du tarif plafond conventionnel avec un maximum de 4600 €, déduction faite éventuellement des prestations de la sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance, **à l'exclusion pour les garanties santé responsables des frais dont la prise en charge est interdite au regard du caractère responsable des garanties et dans la limite des plafonds maxima prévues dans le cadre des contrats « responsables »**

Article 30 Cumul des prestations et limites de remboursement

Les prestations de la mutuelle peuvent être cumulées avec celles de la sécurité

sociale ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance.

Toutefois, le remboursement des frais occasionnés par une maladie, maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 31 Versement des prestations

Les prestations sont versées sur production :

- Des documents justifiant de l'origine accidentelle des frais ;
- des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- des documents nécessaires à la Mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par le bénéficiaire (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge du bénéficiaire.

Article 32 Exclusions

La garantie Individuelle Accident Santé ne peut englober les dommages subis par le bénéficiaire à la suite :

- d'une guerre étrangère (le bénéficiaire devra prouver que les dommages ne sont pas dus à un fait de guerre),
- d'une guerre civile, d'actions de terrorisme ou de sabotage, grèves, émeutes ou mouvements populaires,

- d'une éruption volcanique, d'un tremblement de terre, d'une inondation, d'un raz-de-marée ou de tout cataclysme,
- d'un engin de guerre (pistolet, grenade, fusil, bombe ...) dont la détention est interdite et que sciemment le bénéficiaire aura eu en sa possession ou détenu ou manipulé,
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de radioactivité, des radiations par accélération artificielle des particules,
- de suicide ou tentative de suicide,
- de l'utilisation de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement, d'un état d'ivresse,
- d'une affection ou maladie grave (aliénation mentale, psychose, névrose, attaque d'apoplexie, épilepsie, maladie de Parkinson, syndrome cérébelleux, atteintes neurologiques, dégénératives, rupture d'anévrisme, ulcère et de façon générale toute affection organique dont le processus de développement a provoqué le dommage),
- de congestion, congélation, insolation, sauf s'il s'agit de la conséquence d'un accident garanti.

Les sports suivants sont également exclus de la garantie :

- sports aériens y compris le vol à voile, le vol libre et le parachutisme,
- ascension en montagne et alpinisme sans guide professionnel,
- ski hors pistes balisées et des limites de sécurité définies par les stations (hors zone des pistes),
- ski sur pistes glaciaires (vallée blanche...),
- saut à ski au tremplin,
- skeleton, bobsleigh, luge sur piste, hockey sur glace,
- chasse, tir sous toutes ses formes,

- yachting à plus de cinq miles des côtes,
- plongée sous-marine avec appareil autonome,
- sport de combat (boxe, lutte...),
- spéléologie,
- polo
- toutes exhibitions acrobatiques.

Seuls les accidents survenus pendant la période d'effet des garanties sont pris en charge.

Chapitre VI

Dispositions générales

Article 33 Contenu de l'Assurance Universitaire

L'Assurance universitaire est composée des garanties suivantes :

- Garantie Individuelle Accident Santé
- Prévoyance examen
- Rente évènement familial

Article 34 Prise d'effet et durée des garanties

Le droit aux prestations de la garantie Individuelle Accident Santé prend effet le lendemain de la prise d'effet de l'adhésion.

Le droit aux prestations de la garantie « Prévoyance examen » prend effet 60 jours après la date d'adhésion à l'Assurance Universitaire.

Le droit aux prestations de la garantie « rente évènement familial » prend effet le lendemain de la prise d'effet de l'adhésion.

Le droit aux prestations cesse à la date de cessation de l'adhésion.

Chapitre VII

Garantie Individuelle Accident Santé

Article 35 Définition

La garantie Individuelle Accident Santé permet d'une part le remboursement des soins consécutifs à un accident à hauteur des frais réels restés à charge dans la limite de 400 % du tarif plafond conventionnel avec un maximum de 4600 €, déduction faite éventuellement des prestations de la sécurité sociale ou tout autre organisme de prévoyance.

L'accident s'entend une atteinte corporelle de l'adhérent, non intentionnelle de sa part, et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Les accidents vasculaires cérébraux et les accidents cardiaques n'entrent pas dans la définition de l'accident, et ne

sont pas pris en charge au titre des accidents.

Article 36 Exclusions

La garantie Individuelle Accident Santé peut englober les dommages subis par le bénéficiaire à la suite :

- d'une guerre étrangère (le bénéficiaire devra prouver que les dommages ne sont pas dus à un fait de guerre),
- d'une guerre civile, d'actions de terrorisme ou de sabotage, grèves, émeutes ou mouvements populaires,
- d'une éruption volcanique, d'un tremblement de terre, d'une inondation, d'un raz-de-marée ou de tout cataclysme,
- d'un engin de guerre (pistolet, grenade, fusil, bombe ...) dont la détention est interdite et que sciemment le bénéficiaire aura eu en sa possession ou détenu ou manipulé,
- des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de radioactivité, des radiations par accélération artificielle des particules,
- de suicide ou tentative de suicide,
- de l'utilisation de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement, d'un état d'ivresse,
- d'une affection ou maladie grave (aliénation mentale, psychose, névrose, attaque d'apoplexie, épilepsie, maladie de Parkinson, syndrome cérébelleux, atteintes neurologiques, dégénératives, rupture d'anévrisme, ulcère et de façon générale toute affection organique dont le processus de développement a provoqué le dommage),
- de congestion, congélation, insolation, sauf s'il s'agit de la conséquence d'un accident garanti.

Les sports suivants sont également exclus de la garantie :

- sports aériens y compris le vol à voile, le vol libre et le parachutisme,
- ascension en montagne et alpinisme sans guide professionnel,
- ski hors pistes balisées et des limites de sécurité définies par les stations (hors zone des pistes),
- ski sur pistes glaciaires (vallée blanche...),
- saut à ski au tremplin,
- skeleton, bobsleigh, luge sur piste, hockey sur glace,
- chasse, tir sous toutes ses formes,
- yachting à plus de cinq miles des côtes,
- plongée sous-marine avec appareil autonome,
- sport de combat (boxe, lutte...),
- spéléologie,
- polo
- toutes exhibitions acrobatiques.

Seuls les accidents survenus pendant la période d'effet des garanties sont pris en charge.

Article 37 Déclaration de sinistre

La déclaration d'accident est à effectuer dans un délai de 2 ans à compter de la connaissance du sinistre par l'assuré, auprès de la SMEBA, par lettre recommandée avec AR.

Article 38 Cumul des prestations et limites de remboursement

Les prestations de la mutuelle peuvent être cumulées avec celles de la sécurité sociale ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance.

Toutefois, le remboursement des frais occasionnés par une maladie, maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir

l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 39 Versement des prestations

Les prestations sont versées sur production :

- Des documents justifiant de l'origine accidentelle des frais ;
- des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- des documents nécessaires à la Mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent.

Chapitre VIII

Prévoyance Examen

Article 40 Définition

La garantie Prévoyance Examen prévoit le remboursement à l'adhérent de ses frais de réinscription à l'examen, de réinscription en cas de redoublement de son année scolaire ou universitaire, de sa cotisation de réinscription à la sécurité sociale étudiante et le versement d'un capital forfaitaire de 800 €, et ce dans la limite de 4500 € par sinistre et par année scolaire ou universitaire en cas de survenance, durant la période de garantie, d'un des événements suivants empêchant l'adhérent de participer aux examens scolaires ou universitaires prévus et l'obligeant à redoubler son année d'étude et/ou à repasser ses examens :

1. décès d'un des parents (père ou mère), d'un frère ou d'une sœur, du conjoint (époux ou concubin), des enfants légitimes, naturels ou adoptés de l'adhérent
2. les conséquences ou les rechutes de toute maladie qualifiée de longue durée par la

Sécurité Sociale dont le bénéficiaire est victime et dont les premières manifestations ou premières rechutes ont été constatées durant l'année universitaire ou au cours de l'année précédente.

3. l'hospitalisation de plus de 7 jours consécutifs de l'adhérent à la suite d'un accident ou d'une maladie
4. l'hospitalisation chirurgicale de plus de 3 jours consécutifs de l'adhérent et dont le montant est égal ou supérieur au seuil prévu pour l'exonération du ticket modérateur.
5. La convalescence éventuelle de l'adhérent consécutive à son hospitalisation telle que définie au point 3 et 4.

Article 41 Périodes garanties

Pour ouvrir droit à prestations, l'événement doit intervenir durant :

- période d'examen final (entre le 1er et le dernier jour des épreuves terminales) pour [à compléter]
- les 8 jours civils précédents le 1er jour des épreuves
- les 30 jours civils précédents la date du 1er jour des derniers examens possibles pour passer en année supérieure (examen final / cession de rattrapage)

Le bénéficiaire doit faire une déclaration écrite du sinistre, à la SMEBA, au plus tard dans les 2 ans où il en a eu connaissance.

Article 42 Exclusions

Sont toujours exclus de la garantie :

- les maladies sauf celles qualifiées de longue durée par la sécurité sociale et telles que définie ci-dessus,
- les accidents survenant antérieurement à la période de garantie
- les accidents occasionnés par la guerre étrangère et la guerre civile
- les accidents causés ou provoqués intentionnellement par le bénéficiaire,
- les accidents causés par l'utilisation de stupéfiants ou substances analogues,

médicaments, traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée,

- les accidents causés par l'état alcoolique du bénéficiaire caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile
- les conséquences du suicide ou de la tentative du bénéficiaire

Sont exclus de la garantie, les accidents survenant :

- lorsque le bénéficiaire pratique un sport à titre professionnel
- lorsque le bénéficiaire pratique ou prend part à une course amateur nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur terrestre, aérien ou aquatique,
- lorsque le bénéficiaire utilise en tant que passager les appareils aériens n'appartenant pas à une compagnie régulière ou « charter » dûment agréée pour le transport payant des voyageurs sur lignes régulières
- lors de la pratique ou de l'utilisation par le bénéficiaire en tant que pilote ou passager d'ULM, deltaplane, aile volante, vol à voile, aérostats, parachute ou parapente ainsi que lors de la pratique par l'assuré des sports nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- lors de l'utilisation par le bénéficiaire en tant que pilote ou membre d'équipage d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs
- lors de la participation du bénéficiaire à des rixes (sauf cas de légitime défense), des crimes, des paris de toute nature,

Sont exclus de la garantie, pour les maladies :

- les cures thermales, hélio marines, les cures de repos, de sommeil, de désintoxication, les traitements à but de rajeunissement et d'amincissement, les cures diététiques pour correction

- **d'insuffisance ou d'excès pondéral,**
- **les examens médicaux périodiques, de contrôle et d'observation, qu'ils soient relatifs ou non aux maladies antérieures ou postérieures à la date d'effet du contrat,**
- **les traitements liés à la grossesse, l'accouchement, la maternité, l'interruption volontaire de grossesse,**
- **les traitements de maladies nerveuses et mentales, quel que soit leur type, les affections de type psychiatrique, les dépressions de toute nature et l'aliénation mentale**

Chapitre IX

Rente Evènement Familial

Article 43 Bénéficiaire

Par dérogation aux dispositions de l'article 2, le bénéficiaire est le père, ou la mère, ou le tuteur de l'adhérent. En outre le bénéficiaire doit être âgé de moins de 80 ans.

Article 44 Définition

En cas de décès accidentel du bénéficiaire ou d'invalidité absolue, définitive accidentelle, la SMEBA verse à l'adhérent, un capital forfaitaire égal à 300 € multiplié par le nombre de mois restant à courir entre le mois du sinistre et le mois de septembre de l'année universitaire en cours.

Le mois du sinistre est le mois du décès (en cas de décès) ou le mois de reconnaissance de l'invalidité absolue et définitive accidentelle ADA (en cas d'IADA). En cas de décès accidentel des deux parents ou du tuteur à la suite d'un même évènement, la garantie ne s'applique qu'une fois.

Un accident est défini comme étant une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré résultant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure. Ne constitue pas un accident une lésion ou réaction de l'organisme causée par un effort, un choc émotionnel, des substances toxiques,

médicamenteuses ou stupéfiantes, es radiations ionisantes. La preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et le sinistre incombe au titulaire de l'assurance universitaire.

Une invalidité absolue et définitive accidentelle (IADA) est une impossibilité totale et définitive avant le 60ème anniversaire du bénéficiaire d'exercer une activité ou un travail lui rapportant gains ou profit à la suite d'un accident et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie.

Article 45 Déclaration

Pour l'instruction du dossier, il sera demandé : un extrait d'acte de décès (pour le décès) ; la notification de reconnaissance de l'IADA par la sécurité sociale ou un organisme similaire ; un certificat médical établissant les liens de causalité entre l'accident et le sinistre ; le procès-verbal de gendarmerie ou rapport de police permettant d'établir le lien entre le sinistre et l'accident ; un extrait d'acte de naissance du titulaire de l'assurance universitaire.

La SMEBA se réserve la possibilité de demander d'autres pièces en rapport avec la mise en œuvre de la garantie. L'instruction du dossier ne peut intervenir que si le dossier est complet. Pour la garantie IADA, les décisions de la Sécurité Sociale ou d'un organisme similaire ne s'imposent pas à la SMEBA qui peut faire procéder à un contrôle médical.

Article 46 Exclusions

Ne sont pas garantis :

- **un accident survenu antérieurement à la date d'effet d'adhésion**
- **le suicide intervenant la première année de l'adhésion ;**
- **les cataclysmes naturels**
- **l'ivresse, la consommation de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement**
- **une maladie**
- **une guerre civile ou étrangère**
- **un acte de terrorisme**
- **un sabotage, un attentat, une émeute ou un mouvement populaire**

- **les courses amateurs ou professionnelles nécessitant l'utilisation d'un engin aérien à moteur, aquatique ou terrestre**
- **la pratique d'un sport à titre professionnel**
- **le pilotage ou la pratique d'un sport aérien**
- **les effets directs ou indirects de la modification de la structure du noyau atomique**

④ GARANTIES EN INCLUSION

Article 47 Garantie d'assistance

Les adhérents aux garanties **SMEB'2, SMEB'3, VITAMINE'S** ou à **l'Assurance universitaire**, et leurs ayants droit, tel qu'indiqué dans la notice d'information, bénéficient de la garantie d'assistance SMEBA Assistance.

La garantie d'assistance a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la Mutuelle, sur décision de l'assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA, union d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, dont le siège social se situe : 46 rue du Moulin - BP 62127 - 44121 Vertou Cedex - numéro LEI 969500YZ86NRB0ATR28) au profit de l'ensemble des adhérents et de leurs ayants droit bénéficiant des garanties SEMB'2, SMEB'3, VITAMINE'S ou de l'Assurance universitaire.

Une notice d'information spécifique à cette garantie est remise aux adhérents.

Cette garantie est révisable ou résiliable annuellement par l'assureur. Ces modifications sont notifiées à chaque adhérent.

Article 48 Garantie Protection juridique

Les adhérents à **l'Assurance universitaire**, ainsi que leurs conjoints non séparés, leurs concubins notoires ou leurs partenaires d'un Pacte Civil de Solidarité ainsi que leurs enfants respectifs à charge fiscale du terme, tel qu'indiqué dans la notice d'information, bénéficient de la Garantie Protection juridique.

La garantie Protection juridique a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la Mutuelle, sur décision de l'assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité auprès *JURIDICA (Entreprise d'assurance régi par le Code des assurances, S.A. au capital de 8 377 134,03 euros, RCS VERSAILLES 572 079 150) – Siège social: 1, Place Victorien*

Sardou 78160 MARLY LE ROI) au profit de l'ensemble des adhérents bénéficiant de l'Assurance universitaire, ainsi que ainsi que leurs conjoints non séparés, leurs concubins notoires ou leurs partenaires d'un Pacte Civil de Solidarité ainsi que leurs enfants respectifs à charge fiscale du terme.

Une notice d'information spécifique à cette garantie est remise à l'adhérent.

Cette garantie est révisable ou résiliable annuellement par l'assureur. Ces modifications sont notifiées à chaque adhérent.

Article 49 Assurance Responsabilité civile

Les adhérents à la garantie **VITAMINE'S** ou à **l'Assurance universitaire** et leurs enfants mineurs à leur charge fiscalement, tel qu'indiqué dans la notice d'information, bénéficient d'une assurance Responsabilité civile.

L'assurance Responsabilité civile a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la Mutuelle, sur décision de l'assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité auprès de AXA France IARD (26, rue Drouot – 75009 Paris, SA au capital de 214 799 030 €, 722 057 460 RCS Paris, Entreprise régie par le Code des Assurances) par l'intermédiaire de S2C (432, Bd Michelet 13009 Marseille, SARL au capital de 7 622,45 €, RCS Marseille B 395 214 646 00022, Code APE 672 Z, N° ORIAS : 07 030 727) au profit de l'ensemble des adhérents bénéficiant de la VITAMINE'S ou de l'Assurance universitaire et leurs enfants mineurs à leurs charges fiscalement.

Une notice d'information spécifique à cette garantie est remise à l'adhérent.

Cette garantie est révisable ou résiliable annuellement par l'assureur. Ces modifications sont notifiées à chaque adhérent.

Article 50 Garantie Individuelle accident

Les adhérents à la garantie **VITAMINE'S** ou à **l'Assurance universitaire**, tel qu'indiqué dans la notice d'information, bénéficient de la garantie Individuelle accident.

La garantie Individuelle accident a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la Mutuelle, sur décision de l'assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité auprès de *ACE European Group Limited (Le Colisée - 8, avenue de l'Arche - 92419 Courbevoie Cedex - Numéro d'identification 450 327 374 R.C.S. Nanterre - APE 65.12Z)* par l'intermédiaire de S2C (432, Bd Michelet 13009 Marseille, SARL au capital de 7 622,45 €, RCS Marseille B 395 214 646 00022, Code APE 672 Z, N° ORIAS : 07 030 72) au profit de l'ensemble des adhérents bénéficiant de la garantie VITAMINE'S ou de l'Assurance universitaire.

Une notice d'information spécifique à cette garantie est remise aux adhérents.

Cette garantie est révisable ou résiliable annuellement par l'assureur. Ces modifications sont notifiées à chaque adhérent.