b) au bénéficiaire désigné lors de l'adhésion, si la victime est majeure, ou à défaut de bénéficiaire désigné au conjoint de la victime (époux, concubin ou pacsé) ou à défaut à ses enfants nés ou à naître.

A défaut de conjoint et d'enfants, le capital est versé au notaire chargé de la succession pour répartition entre les ayants droit.

ARTICLE 15 – SONT EXCLUS

1 – les accidents résultant :

- **du fait intentionnel de l'assuré, sauf s'il est avéré qu'il se trouvait momentanément hors d'état d'apprécier les conséquences de ce geste ;**
- **d'une affection organique dont le processus de développement interne a provoqué le dommage (exemple : ulcère, affection cardio-vasculaire).**

2 – les décès :

- **survenus après expiration d'un délai d'un an à dater de l'accident, même si la relation de cause à effet est établie ;**
- **résultant d'un suicide.**

3 – l'invalidité permanente dont le taux se réfère à un barème étranger au Barème Indicatif des Déficits Fonctionnels Séquellaires en Droit Commun du Concours Médical (édition 2003). Ainsi sont exclus les préjudices de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées, l'incapacité pour perte de dent ou celle portant sur des séquelles purement « subjectives », de même que les préjudices esthétique, d'agrément, scolaire.

4 – les frais de soins engagés après une période de 60 jours à compter du déclenchement de la maladie assurée telle que définie à l'article 10.

5 – les frais engagés en l'absence de prescription médicale pour des raisons de confort ou autres considérations personnelles.

ARTICLE 16 – SUBROGATION

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, ainsi que pour les prestations d'invalidité (article L.224-9 du Code de la Mutualité), la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou des ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à concurrence de la part d'indemnité mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique ou d'agrément.

ARTICLE 17 – PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant des opérations régies par le règlement et les statuts de la MAC sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. **En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant que du jour où la Mutuelle 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 membre participant ou bénéficiaire 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 a été indemnisé par lui.

Dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé, le délai de prescription est porté à 10 ans.

La prescription est interrompue par :

- **la désignation d'experts à la suite de la réalisation du risque,**
- **l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, par le membre participant ou le bénéficiaire à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.**

Frais de prothèses dentaires :

Aucun versement ne pourra intervenir au-delà d'un délai de deux ans après l'accident, que le bénéficiaire soit majeur ou mineur. Cette disposition ne s'applique pas si l'adhérent (ou ses représentants légaux) a opté pour le remboursement après réalisation de la restauration prothétique avant 21 ans.

ARTICLE 18 – TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

La MAC met à disposition de ses adhérents et bénéficiaires un dispositif de règlement des litiges qui garantit la transparence et le respect de leurs droits. Dans tous les cas de désaccord sur la mise en œuvre de ces garanties, les collaborateurs de l'APAC ASSURANCES sont à la disposition des assurés pour rechercher une solution. Si malgré tout, un litige persiste, l'assuré peut à tout moment adresser une réclamation par lettre simple à MAC Service Gestion des Réclamations, 21 rue Saint-Fargeau - CS 72021 - 75989 PARIS CEDEX 20 ou par messagerie électronique : mac-reclamations@laligue.org.

TABLEAU DES GARANTIES

NATURE DES PRESTATIONS	MONTANT MAXIMUM DANS LA LIMITE DES FRAIS ENGAGES
Article 11 – Frais de soins **Article 12-1 – Frais de premier appareillage** **Article 12-2 – Frais d'appareillages prothétiques ou orthopédiques existants**	7.623 €
Article 12-3 – Prestations complémentaires - Plafond de base : **- Plafond maximum (moyennant cotisation complémentaire)**	305 € 458 € pour les licenciés UFOLEP 1.525 €
Article 12-4 – Frais de prothèse dentaire : Forfait par dent définitivement atteinte	336 €
Article 12-5 – Frais de lunettes et lentilles	610 €
Article 12-6 – Frais de secours ou de recherche	3.049 €
Article 12-7 – Frais de transport de l'accompagnateur	229 €
Article 13 – Prestations forfaitaires Invalidité Permanente 1 - Plafond de base par accident 2 - Plafonds maxima **(moyennant souscription complémentaire)** *	30.490 € 152.450 € (plafond de base compris)
Article 14 – Décès par accident 1 - Plafonds de base par accident 2 - Plafonds maxima **(moyennant souscription complémentaire)** *	6.098 € 7.623 € pour les licenciés UFOLEP 60.980 € (plafond de base compris)

* Contactez votre Délégation Départementale si vous souhaitez bénéficier de ce plafond maximum.

09/2017

Imp. ÇAVA Print • 201704.0013 - 04/2017 - 326050 ex