



CONTRAT DE PRÉVOYANCE

CONTRAT GROUPE À ADHÉSION FACULTATIVE N° MB/PRÉV/TDR SUR LA VIE
souscrit par l'Association de Prévoyance Créole au profit de ses adhérents

ADEP FORMULE relais

CONDITIONS GÉNÉRALES - NOTICE D'INFORMATION

Article 1

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 LE CADRE JURIDIQUE ET FISCAL

Le contrat ADEP FORMULE *relais* est un Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative, de type temporaire décès, régi par le Code de la Mutualité (branche 20-Vie-Décès) et soumis à la législation sociale et fiscale en vigueur (ci-après dénommé « Contrat »). Ce cadre juridique et fiscal est susceptible d'être modifié et d'affecter le Contrat en cours.

Ce contrat est souscrit par l'Association de Prévoyance Créole (APC) au profit de ses membres.

Les droits et obligations des Assurés peuvent être modifiés par des avenants au Contrat, conclu entre Mutuelle Bleue et l'APC.

Toute modification sera aussitôt notifiée à l'Assuré.

Les Assurés seront informés des éventuelles modifications apportées à leurs droits et obligations trois (3) mois au minimum avant leur entrée en vigueur et disposeront d'une faculté de dénonciation de leur adhésion à raison de ces modifications dans un délai d'un (1) mois à compter de la notification, conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité.

1.2 LES INTERVENANTS AU CONTRAT

Le courtier distributeur-gestionnaire

SAS ADEP

Siège administratif :

574 route de Corneilhan - CS 80618

34535 BÉZIERS

SIRET 480 434 281 00022 – ORIAS : 07 035 445

ci-après dénommé «le Courtier» ou «ADEP»

Les Assureurs

L'Assureur du présent contrat est

MUTUELLE BLEUE

Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité

Immatriculée au répertoire Sirène sous le n° 775 671 993

Siège social :

68 rue du Rocher – CS 60075

75396 PARIS CEDEX 08

ci-après dénommé «l'Assureur» ou «MUTUELLE BLEUE»

Pour la garantie Assistance/Rapatriement

L'Assureur est

Mondial Assistance France

54 rue de Londres

75008 PARIS cedex 17

Le Souscripteur

ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE CRÉOLE

Siège social

BP 2342 - JARRY

11 Immeuble West Side

Rue Ferdinand Forest Prolongée,

97122 BAIE MAHAULT

Association régie par la loi du 1er juillet 1901

Déclarée le 8 avril 2004 sous le numéro 9711005518

A la préfecture de région Guadeloupe à Basse Terre

ci-après dénommé «le Souscripteur» ou «APC»

Autorité chargée du contrôle

ACPR

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

61, rue Taitbout

75436 Paris cedex 09

L'Assuré

Il s'agit de la personne physique qui adhère au présent Contrat groupe d'assurance et sur laquelle repose la garantie.

Ci-après dénommé « l'Assuré »

Le Bénéficiaire

C'est la personne physique désignée au Contrat pour percevoir en priorité les prestations assurées.

Ci-après dénommé «le Bénéficiaire» ou «Bénéficiaire de premier rang»

Le Bénéficiaire de second rang

C'est la personne qui pourra prétendre au bénéfice du Contrat en cas d'absence de Bénéficiaire de premier rang.

Ci-après dénommé «le Bénéficiaire de second rang »

Les Bénéficiaires subsidiaires

Il s'agit des personnes qui pourront prétendre au bénéfice du Contrat en cas de défaut du bénéficiaire désigné par ordre de priorité.

Ci-après dénommés «les Bénéficiaires Subsidiaires »

1.3 OBJET ET GARANTIES DU CONTRAT

1.3.1 GARANTIES PRINCIPALES

L'objet du Contrat ADEP FORMULE *relais* est de garantir le versement en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré, d'un capital forfaitaire de trois mille (3.000) euros ainsi que d'une rente certaine payable trimestriellement d'avance au Bénéficiaire désigné à cet effet.

Le montant de la rente certaine garantie est librement choisi par l'Assuré parmi les quatre (4) niveaux proposés.

Le montant de la rente et la durée de versement choisis par l'Assuré (3 ans, 6 ans ou 9 ans), figurent dans le Certificat d'Adhésion.

Il est précisé que le montant minimum de la rente certaine trimestrielle pouvant être garanti est de quatre cent cinquante (450) euros et que le montant maximum est de mille huit cents (1.800) euros.

Le contrat ADEP FORMULE *relais* comprend la garantie Assistance/Rapatriement dont le détail des prestations garanties suite au décès est présenté en Annexe 1.

1.3.2 PLAFOND DE GARANTIES

Les engagements de l'Assureur sur le Capital constitutif versé au titre de la Garantie Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie sont plafonnés à soixante sept mille huit cents (67.800) euros par Assuré. Dans l'hypothèse où plusieurs Contrats ADEP FORMULE *relais* seraient souscrits sur la tête d'un même Assuré, le Capital Constitutif garanti ne peut être supérieur à soixante sept mille huit cents (67.800) euros par Assuré.

1.3.3 DÉFINITIONS

Capital Constitutif

Il s'agit de la somme du capital forfaitaire de trois mille (3.000) euros ainsi que le montant total correspondant au cumul des rentes en fonction du niveau et de la durée choisis par l'Assuré.

Rente certaine

Il s'agit d'une rente versée pour une période et d'un montant déterminés, fixés à l'avance.

La rente prévue pour le présent Contrat est versée pendant trois (3) ans, six (6) ans ou neuf (9) ans au choix de l'Assuré.

L'Assuré choisira également parmi les quatre (4) niveaux de rentes proposées étant entendu que le montant minimum de la rente trimestrielle sera de quatre cent cinquante (450) euros et le montant maximum de mille huit cents (1.800) euros.

Perte Totale et irréversible d'Autonomie (PTIA)

Un Assuré est reconnu en état de PTIA lorsqu'il bénéficie d'un classement dans la 3^{ème} catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale (article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale) et bénéficiant au titre de son régime propre de Sécurité sociale d'une majoration de ses prestations d'invalidité ou d'incapacité permanente pour assistance permanente par une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

1.4 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le monde entier, pour tout déplacement ne dépassant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs ou quatre-vingt-dix (90) jours non consécutifs sur une période de douze (12) mois. Cependant, en cas de décès de l'Assuré survenu hors de France, la preuve devra être fournie au moyen d'un acte de décès légalisé par les autorités compétentes dans le pays concerné, ainsi qu'un certificat médical mentionnant la cause du décès en langue française.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de

l'Assuré, survenue dans les mêmes conditions, l'état d'invalidité devra être constaté et reconnu médicalement par des professionnels de santé exerçant en France (y compris la Corse et les DOM), ci-après dénommé « France ».

Les éventuels frais de rapatriement sont à la charge de l'Assuré.

1.5 CONDITIONS D'ADHÉSION

L'Assuré devra remplir et signer la Demande d'Adhésion fournie par ADEP ainsi que la Déclaration d'État de Santé figurant sur la Demande d'Adhésion.

Cette Demande d'Adhésion est transmise à ADEP accompagnée du règlement de la première périodicité de paiement de la cotisation.

L'Assuré reçoit un document appelé « Certificat d'Adhésion » indiquant le niveau de garantie souscrit, la durée du Contrat, la date d'effet du Contrat ainsi que les bénéficiaires du Capital constitutif qu'il a désignés.

Pour être admis au bénéfice de l'assurance, les Assurés doivent être membres de l'APC, et remplir les conditions suivantes :

• Être âgés à la date de prise d'effet des garanties tel que stipulé dans le Certificat d'adhésion :

- d'au moins dix-huit (18) ans ;

- de moins de soixante (60) ans pour la garantie Décès ;

- de moins de soixante (60) ans pour la garantie PTIA ;

• Être résidents, fiscalement et de façon permanente, en France. Un déménagement en dehors de France met fin à la couverture et à la présente adhésion ;

• Avoir signé la Déclaration d'État de Santé et avoir reçu un accord de l'assureur ;

• Régler la première périodicité de paiement indiquée sur la Demande d'Adhésion, par chèque sur un compte bancaire ouvert au nom de l'Assuré (ou compte joint) auprès d'une banque établie dans l'espace économique européen ;

• Ne pas avoir atteint le plafond maximal de garantie défini à l'article 1.3.2 des présentes

Il est précisé que l'âge est calculé par différence de millésime entre l'année considérée et l'année de naissance.

Pour être admis au bénéfice de l'assurance, les Assurés doivent impérativement fournir, au moment de l'adhésion, les pièces ci-dessous mentionnées :

- Un chèque correspondant à la première périodicité de paiement de la cotisation ;

- Le mandat de prélèvement SEPA ;

- Un Relevé d'Identité Bancaire ;

- Une copie recto-verso de tout document officiel de l'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, carte de séjour)

- Un justificatif de domicile (facture, taxe d'habitation, taxe foncière...);

L'identité (nom, prénom, date de naissance) et les coordonnées des Bénéficiaires subsidiaires.

Dans l'hypothèse où le dossier d'adhésion serait incomplet, ADEP est en droit de refuser l'adhésion au Contrat.

1.6 PRISE D'EFFET – DURÉE – RENOUELEMENT DE L'ADHÉSION AU CONTRAT

L'adhésion au Contrat prend effet, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation et à condition, pour l'Assuré, de satisfaire aux conditions énoncées à l'Article 1.5 des présentes, à la date indiquée au Certificat d'Adhésion pour une période se terminant le 31 décembre suivant.

L'adhésion se renouvelle ensuite annuellement à chaque 1^{er} janvier par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'Assuré, notifiée par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception, deux (2) mois avant cette date.

1.7 MODALITÉS DE GARANTIE

Les conditions d'accès à l'assurance sont déterminées par l'Assureur en fonction des éléments qui lui ont été transmis, notamment la Déclaration d'État de Santé.

En cours d'adhésion, toute demande de modification des garanties assurées est soumise à l'acceptation de l'Assureur.

1.8 FAUSSES DÉCLARATIONS

L'Assureur évalue le risque sur la base des déclarations de l'Assuré. Toute réticence ou fausse déclaration de la part de l'Assuré qui change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénature par l'Assuré a été sans influence sur la réalisation du Contrat, peut entraîner la nullité de la garantie accordée à l'Assuré, voire la résiliation du Contrat, conformément aux Articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la mutualité.

Les cotisations payées à ce titre demeurent acquises à l'Assureur.

1.9 CESSATION DES GARANTIES

Les garanties couvrant l'Assuré cessent :

- À la date de résiliation du contrat Collectif

- À la date de résiliation de l'adhésion dans les conditions prévues à l'Article 1.12 des présentes ;

- En cas de déménagement en dehors de la France

- À la date de Décès ou de PTIA ;

- Pour la garantie PTIA, au plus tard, au 31 décembre de l'année du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré

- Pour la garantie Décès, au plus tard, au 31 décembre de l'année du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré

À l'égard du Bénéficiaire des garanties cessent :

- À la date de cessation des garanties du Contrat ;

- À la date à laquelle il ne répond plus aux conditions lui conférant la qualité de Bénéficiaire.

1.10 LÉGISLATION

Lorsque des dispositions législatives et réglementaires viennent à modifier la portée des engagements de l'Assureur, cette dernière peut procéder à la révision du Contrat. Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les conditions antérieures s'appliquent sauf lorsque les nouvelles dispositions sont d'ordre public et, de ce fait, d'application immédiate. En ce dernier cas, l'Assureur pourra être amenée à aménager les garanties et les tarifs.

1.11 OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Conformément à l'article L.221-6 du Code de la mutualité, le Souscripteur est tenu :

- de remettre aux Assurés les statuts de l'Association de Prévoyance Créole, ainsi que la présente Notice d'Information établie par l'Assureur définissant notamment les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

- d'informer les Assurés des modifications apportées à leurs droits et obligations en leur remettant une nouvelle Notice établie par l'Assureur.

La preuve de la remise de la Notice d'Information et des statuts d'APC aux Assurés et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au Souscripteur. Le souscripteur sera également tenu de fournir à ADEP la liste de l'ensemble des Assurés en lui faisant parvenir les Demandes d'Adhésion dûment remplies par les Assurés, accompagnées de tous les éléments permettant l'adhésion de ces derniers à l'Assureur (notamment les informations permettant le calcul des cotisations), et complétées, le cas échéant des informations relatives aux Assurés.

APC s'oblige, en outre, à informer l'Assureur de toute correspondance que l'Assuré lui ferait parvenir. En tout état de cause, toute omission ou toute erreur dans la transmission des pièces entre l'Assureur et le Souscripteur ne peut en aucun cas être cause de préjudice pour l'Assuré.

1.12 RÉSILIATION

1.12.1 Résiliation à l'initiative de l'Assuré

a) Résiliation annuelle

L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative de l'Assuré, si elle est signifiée à ADEP par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception au moins deux (2) mois avant la fin de l'année civile.

La résiliation prendra effet à la fin de l'année civile et ne dispense pas l'Assuré du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile.

b) Résiliation exceptionnelle en cas de modification des droits et obligations des Assurés

Ces derniers peuvent mettre fin à leur adhésion dans un délai d'un (1) mois à compter de la date de

Souscripteur, de la nouvelle Notice d'information ou de l'avenant de la Notice d'information comportant ces modifications. Dans ce cas, la résiliation ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications.

1.12.2 Résiliation à l'initiative d'ADEP

En cas de non paiement des cotisations par l'Assuré, ADEP peut résilier le Contrat dans les conditions prévues à l'article 3.3 des présentes.

1.13 PRESCRIPTION

Conformément à l'Article L. 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant du présent Contrat sont présentées par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence ou omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Assuré, que du jour où ADEP 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'Assuré ou du Bénéficiaire contre ADEP 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'Assuré ou l'ayant-droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription peut être interrompue par une des causes d'interruption visées par le Code de la mutualité (à savoir notamment la demande en justice et la reconnaissance des droits de l'Assuré par la Mutuelle) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une Lettre Recommandée avec Accusé de Réception adressée par la Mutuelle à l'Assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Assuré ou le Bénéficiaire à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1^{er} de l'article L.111-1 du Code de la Mutualité (correspondant aux opérations dépendant de la durée de vie humaine), le Bénéficiaire n'est pas l'Assuré et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants-droit de l'Assuré décédé.

Pour les Contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2° ci-avant, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'Assuré.

1.14 RÈGLES EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

ADEP et l'Assureur s'engagent à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. À ce titre, ils sont tenus de déclarer auprès de l'autorité compétente toute somme ou opération qui pourrait provenir d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou qui pourrait participer au financement du terrorisme

1.15 RÉCLAMATION – MÉDIATION

En cas de difficultés liées à l'application du présent Contrat, le Souscripteur, les Assurés ou Bénéficiaires, peuvent formuler toute réclamation concernant le présent Contrat ou son exécution :

- en première instance : au Service Prévoyance au 04 67 30 72 67

- en cas de difficultés persistantes : au Service Satisfaction Clients : 574 Route de Corneilhan – CS 80618 – 34535 BÉZIERS CEDEX

- en dernier recours : si après épuisement de toutes les procédures internes un désaccord subsiste, au médiateur d'ADEP 574 Route de Corneilhan – CS 80618 – 34535 BÉZIERS CEDEX (dans le cas relevant de sa compétence et sans préjudice des autres voies d'action légales)

- ADEP s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux mois à compter de la date de

réception de la réclamation

- L'avis rendu par le médiateur d'ADEP sera écrit et motivé.

1.16 ORGANISME DE CONTRÔLE

L'Assureur et l'ADEP exercent leurs activités sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
61, rue Taitbout
75436 PARIS CEDEX 9

Article 2

EXCLUSIONS

Les garanties décès et PTIA ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

• Le suicide ou la tentative de suicide de l'Assuré intervenant au cours de la première année de l'effet du Contrat ou de sa remise en vigueur telle que définie à l'Article 3.3 des présentes, ou, de l'augmentation des garanties ;

• Les faits intentionnels ou illégaux de l'Assuré ou des Bénéficiaires ;

• Le meurtre de l'Assuré par les Bénéficiaires ;

• Les conséquences d'un acte délibéré des Bénéficiaires à l'encontre de l'Assuré ;

• Les conséquences de la transmutation du noyau de l'atome, des radiations ionisantes des combustibles nucléaires et déchets radioactifs ;

• Les risques de guerre civile et de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante ;

• Les suites et conséquences d'émeutes ou insurrections, de sabotage, d'attentat, d'actes de terrorisme, sauf s'il n'y prend pas une part active ou s'il effectue son devoir professionnel ;

• Les suites et conséquences de la participation de l'Assuré à des rixes, sauf en cas de légitime défense ;

• L'usage de stupéfiants, de médicaments ou de drogues à des fins autres que médicales ;

• La manipulation d'armes, lorsque leur détention est illégale ;

• Les accidents de navigation aérienne lors de vols effectués sur des appareils non pourvus d'un certificat valable de navigabilité ou par un pilote non titulaire d'un brevet ou d'une licence valide ou à l'occasion de vol d'essai, vols sur prototype, compétitions, démonstrations acrobatiques, tentatives de records, vols sur ailes volantes ou ULM, deltaplane, parapente, parachute, gyrocoptère, traction de planeur ;

• Les risques survenus alors que l'Assuré conduisait tout moyen de locomotion avec un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur lors du sinistre ;

• Les suites et conséquences des pratiques sportives (entraînements, essais, compétitions, tentatives de records et épreuves) à titre professionnel ;

• Les suites et conséquences de la pratique des activités suivantes : alpinisme, cro

Le tarif est révisable annuellement par l'Assureur au 1er janvier de chaque année en fonction de l'évolution globale du risque ou des résultats techniques du contrat collectif. Les Assurés sont avisés de cette révision moyennant un préavis de trois (3) mois.

Le nouveau tarif s'appliquera à toutes les adhésions en cours, sauf dénonciation par l'Assuré de son adhésion adressée à ADEP par lettre recommandée avec avis de réception dans un délai de trente (30) jours suivant notification de la révision tarifaire.

3.2 RÈGLEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance et réglées par prélèvement automatique, à l'exception de la première cotisation payable par chèque.

La périodicité des cotisations est librement choisie lors de l'adhésion. Elle peut-être annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle sous réserve que chaque cotisation prélevée soit supérieure ou égale à quinze (15) euros.

Les cotisations sont payables dans un délai de dix (10) jours suivant la date d'échéance mentionnée sur l'avis d'appel de cotisations.

3.3 NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

3.3.1 Procédure pour défaut de paiement

En cas de non-paiement des cotisations dans les dix (10) jours de son échéance, ADEP adresse à l'Assuré une lettre de mise en demeure l'informant que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties du Contrat.

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de quarante (40) jours suivant cette mise en demeure, l'Assuré sera exclu des garanties définies au Certificat d'adhésion.

En cas d'exclusion, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à l'Assureur.

3.3.2 Procédure de remise en vigueur

Dans l'hypothèse où, dans un délai de quarante (40) jours suivant son exclusion pour défaut de paiement, l'Assuré règle la totalité des cotisations dues, le contrat ADEP FORMULE *relais* reprendra effet à midi, le lendemain du jour où, sauf décision contraire de l'Assureur, ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période durant laquelle l'Assureur ne couvrirait plus le risque, ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuite.

La procédure de remise en vigueur du Contrat ne sera accordée qu'une seule fois par Assuré quel que soit le nombre de Contrats souscrits. Dans l'hypothèse où l'Assuré se retrouverait une nouvelle fois en défaut de paiement de ses cotisations, la procédure de remise en vigueur du Contrat ne pourra être invoquée.

Article 4

PRESTATIONS

Tout règlement des prestations nécessite la présentation des pièces ci-dessous mentionnées.

L'Assureur se réserve le droit de demander tout autre document complémentaire nécessaire à la gestion du dossier. Les frais qui pourront en résulter seront à la charge du Bénéficiaire.

4.1 CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

4.1.1 GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS

- Formalités à accomplir

Les prestations dues par ADEP sont payables exclusivement par virement sur le compte bancaire du Bénéficiaire ou de son représentant légal, après justification de sa qualité, et après remise, par ce dernier, notamment des pièces énoncées ci-dessous :

- Une demande écrite datée et signée du Bénéficiaire,
- Une copie intégrale de l'acte de décès de l'Assuré,
- Une copie recto/verso de la pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, ou toutes pièces officielles justifiant de son identité...) du Bénéficiaire,
- À l'attention du Médecin Conseil d'ADEP, CS 80618, 574 route de Corneilhan, 34535 Béziers cedex, si la cause est un accident, le procès verbal de police ou de gendarmerie et, le cas échéant, toute pièce justifiant du caractère accidentel du décès (ex : coupures de journaux...),
- Les références bancaires du Bénéficiaire pour effectuer le versement du capital et de la rente,
- Toute autre pièce jugée nécessaire par l'Assureur.

- Modalités de versement

Le versement du capital forfaitaire et de la rente sont conditionnés à l'accord d'ADEP.

Le règlement est effectué par virement sous forme d'un capital forfaitaire de trois mille (3.000) euros et de rentes trimestrielles certaines.

Les frais relatifs aux virements seront à la charge de

l'Assureur, à l'exception des frais relatifs aux taux de change et les frais consécutifs à un rejet de virement, qui eux, seront à la charge du ou des Bénéficiaire(s).

Le versement du capital forfaitaire sera effectué dans un délai de dix (10) jours maximum suivant la réception et la validation de la totalité des pièces nécessaires au règlement de la prestation. Le règlement de la première rente trimestrielle sera effectué le premier jour du trimestre civil suivant la réception de la totalité des pièces nécessaires au règlement de la prestation, sous réserve que l'Assureur reçoive lesdites pièces au moins 5 (cinq) jours ouvrés avant le début du trimestre civil concerné. Si cette dernière condition n'est pas remplie, le règlement de la première rente trimestrielle sera effectué le premier jour du trimestre civil suivant.

Les rentes suivantes seront versées le premier jour de chaque trimestre civil, pour une durée égale à celle choisie par l'Assuré dans la Demande d'Adhésion.

Les garanties cessent au décès de l'Assuré et le règlement de la dernière rente trimestrielle met définitivement fin à l'adhésion au Contrat.

4.1.2 GARANTIE EN CAS DE PTIA

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie doit survenir en cours de période de garantie.

- Formalités à accomplir

Les prestations dues par l'Assureur sont payables exclusivement par virement sur le compte bancaire du Bénéficiaire ou de son représentant légal, après justification de sa qualité, et après remise, par ce dernier, notamment des pièces énoncées ci-dessous

- Une demande écrite datée et signée du Bénéficiaire,
- Une copie recto/verso de la pièce d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, ou toutes pièces officielles justifiant de son identité...) du Bénéficiaire,
- Un rapport médical délivré par le médecin traitant à retourner sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'ADEP, 574 Route de Corneilhan – CS 80618 – 34535 BÉZIERS CEDEX, (ce rapport devra préciser l'origine, la nature, la date de début et le caractère définitif de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, ainsi que l'état clinique actuel de l'Assuré),
- Un certificat médical attestant l'obtention de la tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie,
- Si la cause est un accident, toute pièce justifiant du caractère accidentel de l'invalidité,
- La notification de versement de la pension d'invalidité et le classement en 3^e catégorie d'invalidité au sens de l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale pour les Assurés dépendant du régime général ou en une catégorie d'invalidité équivalente fixée par le régime obligatoire des Assurés non soumis au régime général,
- Les références bancaires du Bénéficiaire pour effectuer le versement du capital et de la rente,
- Toute autre pièce jugée nécessaire par l'Assureur.

- Toute autre pièce jugée nécessaire par l'Assureur.

• Modalités de versement

Le versement du capital forfaitaire et de la rente est conditionné par l'accord d'ADEP.

Le règlement est effectué par virement sous forme d'un capital forfaitaire de trois mille (3.000) euros et de rentes trimestrielles certaines.

Les frais relatifs aux virements seront à la charge de l'Assureur, à l'exception des frais relatifs au taux de change et les frais consécutifs à un rejet de virement, qui eux, seront à la charge du ou des Bénéficiaire(s).

Le versement du capital forfaitaire sera effectué dans un délai de dix (10) jours maximum suivant la réception et la validation de la totalité des pièces nécessaires au règlement de la prestation.

Le règlement de la première rente trimestrielle sera effectué le premier jour du trimestre civil suivant la réception de la totalité des pièces nécessaires au règlement de la prestation, sous réserve qu'ADEP reçoive lesdites pièces au moins cinq (5) jours ouvrés avant le début du trimestre civil concerné. Si cette dernière condition n'est pas remplie, le règlement de la première rente trimestrielle sera effectué le premier jour du trimestre civil suivant.

Les rentes suivantes seront versées le premier jour de chaque trimestre civil, pour une durée égale à celle choisie par l'Assuré dans la Demande d'Adhésion.

Les garanties cessent à la survenance de la PTIA et le règlement de la dernière rente met définitivement fin à l'adhésion au Contrat.

Le versement de la rente, au titre de la PTIA au Bénéficiaire, éteint définitivement la garantie Décès.

4.2 CHANGEMENT ET MODIFICATION DE GARANTIES.

Les changements ou modifications de garanties ne peuvent être effectués qu'après douze (12) mois, à compter de la date d'effet du Contrat.

La demande de modification prend effet le premier jour du mois suivant la demande de l'Assuré.

En cas de modification du niveau de garantie, une nouvelle Demande d'Adhésion, comprenant une nouvelle Déclaration d'Etat de Santé, devra être remplie et signée par l'Assuré.

ADEP se réserve le droit de refuser la modification du niveau de garantie après examen de la nouvelle Déclaration d'Etat de Santé, au vu de ses propres critères d'appréciation du risque. D'une façon générale, toute modification de garantie ne pourra intervenir qu'une fois par année civile.

4.3 CONTRÔLE ET ARTBRAGE

4.3.1 CONTRÔLE MÉDICAL

Les décisions prises par les organismes sociaux dont dépend l'Assuré ne s'imposent pas à l'Assureur.

Ce dernier se réserve le droit de faire apprécier la réalisation du risque de PTIA ainsi que sa date de consolidation par tout médecin expert de son choix qui évaluera l'état de santé de l'Assuré.

Les frais engagés pour l'expertise médicale sont à la charge d'ADEP.

Si l'Assuré est en désaccord avec les conclusions de l'expertise médicale initiale, il peut avoir recours à un autre médecin expert, dont le choix devra être validé par l'Assureur par l'intermédiaire de ADEP et qui procédera à une contre-expertise. Les frais occasionnés par cette contre-expertise sont à la charge de l'Assuré.

4.3.2 ARBITRAGE

En cas de désaccord entre les conclusions des deux médecins experts, l'Assuré ou ADEP peut demander une tierce-expertise. Les deux médecins experts s'adjoignent à cet effet un tiers expert.

Faute d'entente sur le choix de ce tiers expert, ce dernier sera désigné par le Tribunal de Grand Instance du domicile de l'Assuré.

Chaque partie paie les honoraires de son médecin expert et ceux du tiers expert sont supportés pour moitié par chacune des parties.

Les conclusions du tiers expert s'imposent aux parties et mettent un terme à la procédure d'arbitrage. En tout état de cause, l'Assuré et l'Assureur conservent la faculté d'exercer un recours en justice.

Article 5

DROIT DE L'ASSURÉ

5.1 FACULTÉ DE RENONCIATION

Pour que l'Assuré puisse prendre une décision en toute connaissance de cause il dispose d'un délai de renonciation de trente (30) jours, décomptés à partir du moment où il est informé que son adhésion a pris effet, ou, en cas de vente à distance, à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, si cette dernière date est postérieure à celle où le Contrat est conclu.

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre (24) heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

S'il décide de renoncer à l'adhésion au Contrat, ADEP s'engage à lui rembourser intégralement son versement dans les trente (30) jours qui suivent la réception de sa demande.

Pour faire part de son intention, il suffit à l'Assuré de retourner, par Envoi Recommandé avec Avis de Réception adressé au siège social d'ADEP, tous les documents qui lui ont été remis ainsi qu'une lettre de renonciation établie selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme, Mlle).....
..... (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat ADEP FORMULE *relais* que j'avais souscrit le

Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de mon adhésion, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.
Fait à, le.....Signature »

L'Assuré doit veiller à indiquer les références de son adhésion dans cette lettre. L'exercice de la faculté de renonciation entraîne de plein droit la cessation de l'adhésion au Contrat et de toutes les garanties et annexes s'y rapportant.

5.2 CLAUSE BÉNÉFICIAIRE ET ACCEPTATION

Le Bénéficiaire doit être désigné lors de l'adhésion.

Compte tenu de la particularité de la garantie, (versement d'un capital forfaitaire et de rentes certaines), il est nécessaire que l'Assuré désigne des Bénéficiaires subsidiaires, donc de deuxième rang voire de troisième rang.

Il peut également effectuer sa désignation par acte sous seing privé ou acte authentique séparé (par exemple par testament déposé chez un notaire).

Les prestations dues seront versées par priorité :

- Au bénéficiaire désigné ;
- À défaut au Bénéficiaire de second rang ;
- À défaut aux Bénéficiaires subsidiaires successifs par ordre de désignation.

Dans l'hypothèse où le Bénéficiaire n'a pas accepté le bénéfice de la stipulation faite à son profit, l'Assuré peut modifier à tout moment, par voie d'avenant, le libellé de la clause bénéficiaire définie à l'adhésion, notamment lorsqu'il n'est plus approprié.

Il est recommandé que l'Assuré porte au Contrat les coordonnées du Bénéficiaire et des Bénéficiaires subsidiaires afin que l'Assureur puisse s'en servir en cas de décès.

Les prestations sont versées conformément à la dernière clause bénéficiaire en vigueur à la date du décès ou du classement en PTIA.

L'acceptation du bénéfice, lorsque la stipulation est faite à titre gratuit (excluant par exemple toute opération de garantie d'un emprunt), ne peut intervenir que trente (30) jours au moins, à compter du moment où l'Assuré est informé que son adhésion au Contrat est conclue.

Tant que l'Assuré est en vie, l'acceptation de bénéfice est effectuée par avenant signé d'ADEP, de l'Assuré, et du Bénéficiaire.

Elle peut cependant être faite par acte authentique ou sous seing privé signé de l'Assuré et du Bénéficiaire mais elle n'a d'effet à l'égard de l'Assureur que si elle est notifiée par écrit.

En cas d'acceptation de bénéfice, l'Assuré ne peut plus révoquer sa désignation de Bénéficiaire ou céder l'adhésion en garantie sans l'accord du Bénéficiaire acceptant.

Dans l'hypothèse où les renseignements délivrés concernant le(s) Bénéficiaire(s) désigné(s) par l'Assuré ne permettrait pas à ADEP d'identifier ce(s) dernier(s), les prestations décès et PTIA dues seront versées par priorité :

- Au conjoint survivant de l'Assuré, non séparé de corps par une décision judiciaire définitive à la date du décès, ni divorce,
- À défaut, aux descendants de l'Assuré par parts égales entre eux, ou au survivant d'entre eux,
- À défaut aux frères et sœurs de l'Assuré par parts, égales entre eux,
- À défaut aux héritiers de l'Assuré, par parts égales.

5.3 DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies auprès de l'Assuré font l'objet d'un traitement informatisé et sont nécessaires à la gestion de la relation contractuelle ainsi qu'à la satisfaction d'obligations légales ou réglementaires (notamment fiscales). Elles sont destinées à ADEP en tant que responsable du traitement, ainsi qu'à l'Assureur et éventuellement à un réassureur.

La Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 « relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés », modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004, permet cependant à tout intéressé de demander communication, rectification ou radiation de toute information le concernant en s'adressant au siège social de l'ADEP, 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34564 BÉZIERS ou à son correspondant informatique et Libertés par e-mail à cli@adep.com

L'Assuré peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant.

5.4 CONTEXTE JURIDIQUE, FISCAL ET SOCIAL

Le Contrat ADEP FORMULE *relais* est un contrat de bonne foi régi par le Code de la Mutualité. Il est composé de la Notice d'information et ses annexes éventuelles, du Contrat Collectif n° MB/PREV/TDR et du Certificat d'Adhésion. Il est établi sur la base des déclarations de l'Assuré.

L'Assuré doit donc, lors de l'adhésion au Contrat, compléter avec soin les documents qui lui sont remis et déclarer exactement tous les faits et circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'Assureur les risques qu'il prend à sa charge, sous peine de nullité de l'adhésion au Contrat.

Ce contrat est assujéti au régime fiscal français. Tous impôts, taxes, prélèvements et contributions qui pourraient s'appliquer à l'adhésion au Contrat sont à la charge de l'Assuré ou du Bénéficiaire selon le cas et ce notamment lorsqu'une nouvelle législation est adoptée postérieurement à la date de souscription du Contrat.

ANNEXE I

CONVENTION D'ASSISTANCE

Garantie assurée auprès de
Mondial Assistance France

54 rue de Londres - 75394 PARIS cedex 08
Société de courtage d'assurances - inscrite à l'ORIAS sous le n° 07 026 669

LES DÉFINITIONS

Bénéficiaire

- Personne physique ayant souscrit un contrat d'assurance ADEP FORMULE *relais*,
- Son conjoint ou concubin (y compris la personne ayant conclu un PACS avec l'assuré), non séparés,
- Ses enfants fiscalement à charge.

Domicile

Lieu de résidence principale en France métropolitaine, Principautés d'Andorre et Monaco, Martinique, Guadeloupe, Guyane, Ile de la Réunion.

Pays de résidence principale

France métropolitaine, Principautés d'Andorre et Monaco, où se trouve le domicile du bénéficiaire.

Département de résidence principale

Martinique, Guadeloupe, Guyane, Ile de la Réunion, où se trouve le domicile du bénéficiaire.

Territorialité

Le bénéfice des prestations "Assistance en cas de décès au domicile ou proche du domicile" est ouvert pour les événements survenus dans le pays/île de résidence principale du bénéficiaire exclusivement. Le bénéfice des autres prestations est ouvert pour les événements survenus dans le monde entier.

Franchise

Les prestations "Assistance en cas de décès en voyage" sont accordées au-delà de 25 km du domicile du bénéficiaire. Les autres prestations sont accordées dès le domicile du bénéficiaire.

LE DÉTAIL DES PRESTATIONS

INFORMATIONS DÉCÈS/SUCCESSION

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, le bénéficiaire, pour préparer sa succession, ou ses proches, trouvera auprès des spécialistes de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, les renseignements dont il a besoin dans les domaines ci-après :

Le décès :

- le décès à l'hôpital /le décès à domicile
- la constatation du décès
- les prélèvements d'organes, les dons d'organes
- la conservation du corps : la thanatopraxie
- le transport du corps
- les chambres funéraires

Les obsèques :

- l'organisation des pompes funèbres en France
- la préparation des obsèques
- la toilette du défunt
- le choix du cercueil et des accessoires
- les voitures funéraires
- les concessions
- la crémation
- les différents rites et cérémonies religieuses

Les démarches de succession :

- le règlement des frais d'obsèques
- l'apposition des scellés
- le sort des avoirs financiers et des biens détenus par le défunt (meubles, objets, véhicules, biens immobiliers...) : règles applicables et démarches à effectuer
- les formalités auprès des organismes, droits à faire valoir et calendrier : Caisse de Retraite, employeur, ASSÉDIC, établissements financiers, Sécurité Sociale, allocations familiales, mutuelles, administration fiscale...
- le compte bancaire joint, les assurances...
- Les déclarations à la mairie...

ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS AU DOMICILE OU PROCHE DU DOMICILE

Lorsque le bénéficiaire décède au domicile ou en milieu hospitalier proche du domicile, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE apporte son concours à ses proches pour les aider à faire face, et à leur demande, organise et/ou prend en charge :

Organisation des obsèques

À la demande de la famille du bénéficiaire et pour son compte, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE peut se charger de coordonner l'organisation des obsèques en France métropolitaine, Martinique, Guadeloupe, Guyane et Ile de la Réunion : convoi, cérémonie religieuse, ouverture du caveau et mise en bière, ...

Pour ce faire, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fait appel à son prestataire habituel ou à celui désigné par la famille ou par le bénéficiaire dans les informations confiées à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE. Dans ce cas, un devis envoyé aux ayants droit pour accord préalable doit être approuvé par un ayant droit ou une personne ayant reçu délégation pour ce faire. Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation sont à la charge de la famille.

Assistances aux enfants de moins de 15 ans

Si aucun proche n'est en mesure de s'occuper d'eux, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge pour les enfants du bénéficiaire décédé âgés de moins de 15 ans, le retour au domicile.

Le retour au domicile

des membres de la famille résidant habituellement au domicile du bénéficiaire s'ils ne peuvent rejoindre leur domicile par les moyens initialement prévus.

ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS EN VOYAGE

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge, selon les besoins : Rapatriement de corps ou inhumation sur place.

Le transport du corps

depuis le lieu de la mise en bière jusqu'au lieu d'inhumation dans le pays/île de résidence principale du bénéficiaire.

Les frais annexes nécessaires à ce transport

y compris le coût d'un cercueil de modèle simple, dans la limite de 763 € TTC.

Les frais d'accessoires de cérémonie, d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille.

La présence sur place d'un membre de la famille

voyage aller et retour d'un membre de la famille ou d'un proche au départ du pays/île de résidence principale du bénéficiaire uniquement, si des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place du bénéficiaire voyageant seul.

Le séjour à l'hôtel du membre de la famille

désigné au paragraphe "Présence sur place d'un membre de la famille" dans la limite de 60 € TTC par nuit avec un maximum de 600 € TTC.

ASSISTANCE AUX PERSONNES VOYAGEANT AVEC LE BÉNÉFICIAIRE DÉCÉDÉ

Le retour au domicile

des membres de la famille résidant habituellement au domicile du bénéficiaire (conjoint, concubin, personne ayant conclu un PACS avec le bénéficiaire, ascendant ou descendant direct) s'ils ne peuvent rejoindre leur domicile par les moyens initialement prévus.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par ADEP auprès de Fragonard Assurances (S.A. au capital de 25 037 000 euros -479 065 351 RCS Paris - Entrepris régie par le Code des Assurances - Siège social : 2 Rue Fragonard -75017 PARIS) sont mises en œuvre par Mondial Assistance France (S.A.S au capital de 37 000 euros en cours d'augmentation -490 381 753 RCS Paris - Société de courtage d'assurances - assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financements conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des Assurances - Siège social : 54, rue de Londres -75008 PARIS).

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera pas tenue de substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera pas tenue responsable des managements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle. Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le demandeur s'engage à fournir à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 jours suivant l'appel (sauf cas fortuit ou de force majeure), tous actes, pièces, factures et certificats de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut répondre des managements ou contretemps qui résulteraient du non respect par le bénéficiaire des dispositions qui précèdent et serait en droit de réclamer au bénéficiaire le remboursement des frais exposés. L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si MONDIAL ASSISTANCE FRANCE a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès. Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que MONDIAL ASSISTANCE FRANCE aurait engagés pour organiser le service.

Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

En aucun cas les renseignements communiqués ne feront l'objet d'une confirmation écrite. Les informations fournies par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE sont des renseignements à caractère documentaire. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours. La responsabilité de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui auront été communiqués. Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE s'engage alors à répondre dans un délai de 2 (deux) jours ouvrés.