

NOTICE D'INFORMATION



ADEP Prév'accident

ADEP FORMULE Prév'accident

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCES MB/VIE/GLOBAL N°07 SUR LA VIE À ADHÉSION FACULTATIVE

INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Le Contrat ADEP Prév'accident est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative. Il est assuré par Mutuelle Bleue, régie par le Livre II du Code de la Mutualité, située au 25 Place de la Madeleine – 75008 Paris, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993.

L'autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de Mutuelle Bleue.

L'adhésion se fait au moyen d'une Demande d'adhésion, remplie et signée par l'Adhérent(e) (y compris par voie électronique). Cette demande est transmise à ADEP accompagnée du 1^{er} règlement de la cotisation. En cas de souscription par voie électronique, le 1^{er} règlement de cotisation pourra se faire par mandat de prélèvement SEPA, mandat qui sera complété et signé lors de l'adhésion. L'Assuré(e) doit être âgé(e) de dix-huit (18) ans au moins et de moins de soixante-quatre (64) ans.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de l'Adhérent(e). Ainsi, les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques ou des connexions internet seront supportés par l'Adhérent(e) et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

Le montant de la cotisation est fixé à la souscription et calculé en fonction de la formule souscrite.

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle peut être également fractionnable et payable par prélèvement automatique tous les mois, tous les trimestres, tous les semestres ou tous les ans.

Le Contrat prévoit six (6) Formules de garanties possibles (articles 2 et 4 de la Notice d'information) pouvant comporter les garanties suivantes :

- versement d'un capital en cas de Décès accidentel de l'Assuré(e),
- versement d'un capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle faisant suite à un Accident de l'Assuré(e),
- versement d'un capital en cas d'Invalidité permanente totale ou partielle accidentelle faisant suite à un Accident de l'Assuré(e),
- versement d'une Indemnité journalière en cas d'hospitalisation suite à un Accident de l'Assuré(e).

Le montant du capital et des indemnités garantis est fonction du choix effectué par l'Adhérent lors de la signature de la Demande d'adhésion parmi les six (6) Formules de garanties.

La durée minimale de l'adhésion s'entend, à compter de sa date d'effet, pour une année (12 mois consécutifs). Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction.

Les exclusions prévues par le Contrat ADEP PREV'ACCIDENT sont celles prévues par les articles 5 et 6 de la Notice d'information.

La présente offre contractuelle est valable jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a été proposée.

L'Adhérent(e) bénéficie d'un délai de renonciation de trente (30) jours calendaires révolus à compter soit du jour où il (elle) est informé(e) que son adhésion a pris effet, soit du jour où l'intéressé(e) 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.

Pour cela, il lui suffit d'adresser à l'ADEP Service Relation Clients – 574 route de Corneilhan – CS 80618 – 34534 BEZIERS CEDEX, une Lettre Recommandée avec Avis de Réception, pouvant être rédigée selon le modèle suivant :

« Madame, Monsieur,

Je vous informe de ma demande de renonciation à mon adhésion au Contrat ADEP Prév'accident que j'ai signé en date du/...../.....

Je vous remercie 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 Signature

Le

En cas de réclamation, l'Adhérent(e), l'Assuré(e) ou le Bénéficiaire peut contacter :

En première instance : ADEP, Service Réclamation au 04 67 30 72 67 ;

En cas de difficultés persistantes par :

- Courrier : ADEP Service Réclamation
574 Route de Corneilhan
CS 80618
34535 Béziers Cedex
- Mail : servicereclamation@adep.com

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 (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

En dernier recours, si après épuisement de toutes les procédures internes d'ADEP, un désaccord subsiste, et que l'Adhérent(e), l'Assuré(e) ou le Bénéficiaire n'a pas saisi les tribunaux, il aura toujours la faculté de faire appel au Médiateur de la consommation de la Mutualité Française avec les coordonnées suivantes :

- Courrier : Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française
Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNNMF)
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15
- Accès au site : <https://www.mediateur-mutualite.fr>

La proposition rendue par le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française sera communiquée à ADEP, écrite et motivée..

Les relations précontractuelles et contractuelles avec ADEP et la Mutuelle sont régies par le droit français. ADEP s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du Contrat.

NOTICE D'INFORMATION

ADEP FORMULE Prév'accident

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCES

MB/VE/GLOBAL N°07 SUR LA VIE

À ADHÉSION FACULTATIVE

souscrit par l'Association de Prévoyance Créole
au profit de ses adhérents

Souscrit par :

Association de Prévoyance Créole

Association régie par la Loi de 1901

11 Immeuble West Side

Rue F. Forest Prolongée - ZI JARRY

97122 BAIE MAHAULT

ci-après dénommée « l'Association »

Par l'intermédiaire de :

SAS ADEP

Société de Courtage d'Assurances

SAS au capital de 22.800€

11 Immeuble West Side

Rue Ferdinand Forest Prolongée

ZI de Jarry

97122 BAIE MAHAULT

Service Adhérents :

574 route de Corneilhan - CS 80618

34535 BÉZIERS Cedex

Immatriculée au RCS de Pointe à Pitre sous le n° 480 434 281

et à l'ORIAS sous le n° 07 03 445

ci-après dénommée « ADEP »

Auprès de :

Mutuelle Bleue

25 Place de la Madeleine

75008 PARIS

Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité

immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 775 671 993

ci-après dénommée « la Mutuelle »

1) DÉFINITIONS

Accident :

Événement entraînant toute atteinte corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'Assuré(e). Ne sont pas considérés comme accidentels, les maladies aiguës ou chroniques, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examen médicaux.

Ne sont notamment pas considérés comme Accident :

- le suicide, la tentative de suicide ;
- l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde, la rupture d'anévrisme, l'embolie pulmonaire, l'hémorragie méningée, la crise d'épilepsie ou la crise de délirium tremens.

Accident aérien

Accident lors d'un vol sur une compagnie régulière ne figurant pas sur une liste noire mise à jour dans les Journaux Officiels de l'Union Européenne.

Accident de la circulation :

Toute atteinte corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, dans laquelle est impliqué un véhicule terrestre à moteur, même à l'arrêt, ainsi que ses remorques ou semi-remorques, à l'exclusion des chemins de fer et tramways circulant sur des voies propres.

Adhérent(e)

Personne physique adhérent au Contrat dont le nom figure au Certificat d'adhésion et qui s'engage à payer les cotisations. Il (elle) acquiert la qualité de membre participant au sein de la Mutuelle.

Assuré

Personne physique sur la tête de laquelle repose l'assurance et acceptée par la Mutuelle. Dans l'hypothèse où l'Assuré est différent de l'Adhérent(e), ce dernier ne pourra pas être également assuré dans le cadre du contrat.

Bénéficiaire

Personne physique désignée au Contrat pour percevoir en priorité, les prestations assurées.

Pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le (la) Bénéficiaire est l'Assuré

Consolidation

La date à partir de laquelle l'état du blessé ou du malade est considéré comme stabilisé du point de vue médical.

Franchise

Période qui débute le 1^{er} jour d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et pendant laquelle aucune prestation n'est due.

Incapacité Temporaire Totale de Travail

Impossibilité totale d'exercer son activité professionnelle à la suite d'un Accident. Cet état doit être reconnu par un praticien.

Invalidité permanente

Diminution partielle ou totale de vos capacités physiques ou intellectuelles, dument constatée par un médecin.

Maladie

On désigne sous ce terme une altération de l'état de santé constatée par un praticien.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), par le médecin conseil d'ADEP, l'Adhérent, dont l'invalidité ou l'incapacité, le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation ou activité rémunérée ou de pouvoir se procurer des gains ou profits et qui ne peut plus effectuer, sans l'assistance permanente d'une tierce personne, tout ou partie des actes ordinaires de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, se nourrir etc.).

Revenu

Les éléments de salaire ou de revenu intégrés au revenu fiscal de référence déclarés à l'Administration fiscale et issus de l'activité professionnelle définie à l'adhésion.

Sinistre

Événement entraînant la mise en jeu d'une ou plusieurs garanties souscrites par l'Adhérent(e).

2) OBJET DU CONTRAT

L'objet du Contrat est de permettre au Bénéficiaire de percevoir des prestations sous forme de capital ou d'indemnités journalières en cas d'Accident survenu à l'Assuré(e).

Les garanties dépendent de la formule choisie à l'adhésion par l'Adhérent(e). Le Bénéficiaire peut bénéficier d'une ou plusieurs des garanties figurant dans la liste suivante :

- versement d'un capital en cas de Décès accidentel de l'Assuré(e),
- versement d'un capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle faisant suite à un Accident de l'Assuré(e),
- versement d'un capital en cas d'Invalidité permanente totale ou partielle accidentelle faisant suite à un Accident de l'Assuré(e),
- versement d'une Indemnité journalière en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail suite à un Accident de l'Assuré(e),
- versement d'une Indemnité journalière en cas d'hospitalisation suite à un Accident de l'Assuré(e).

Il existe six (6) formules comprenant plusieurs garanties comportant chacune des niveaux de prestations distincts en fonction de la formule retenue par l'Adhérent(e).

La formule choisie par l'Adhérent(e) est celle indiquée sur son Certificat d'adhésion.

3) TERRITORIALITÉ – LOI APPLICABLE

Les garanties sont accordées dans le monde entier, pour tout déplacement hors de France (France métropolitaine, Corse et DROM-COM, ci-après dénommés «France») 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(e) 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(e), survenue dans les mêmes conditions, son état devra être constaté

et reconnu médicalement par des professionnels de santé exerçant en France.

Les éventuels frais de rapatriement sont à la charge de l'Adhérent(e). La loi applicable au présent Contrat est la Loi française.

4) GARANTIES

4.1. GARANTIE DÉCÈS ACCIDENTEL

Cette garantie prévoit le versement d'un capital à la suite d'un Décès accidentel de l'Assuré. Le montant du capital garanti est celui porté sur le Certificat d'adhésion. Ce capital est doublé en cas d'Accident de la circulation et triplé en cas d'Accident aérien.

4.2. GARANTIE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) ACCIDENTELLE

Cette garantie prévoit le paiement du capital défini sur le Certificat d'adhésion en cas de PTIA de l'Assuré.

4.3. GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE ACCIDENTELLE

Cette garantie permet le versement d'un capital en cas d'Invalidité permanente totale ou partielle à la suite d'un Accident de l'Assuré. Le montant de ce capital est proportionnel au taux d'Invalidité permanente.

Pour donner lieu à indemnisation, l'état d'Invalidité permanente doit être consolidé et reconnu par un médecin.

La consolidation doit intervenir au plus tard dans les douze (12) mois qui suivent l'Accident. A défaut de consolidation, il sera procédé à une expertise pour déterminer le taux d'invalidité. Le barème de référence retenu pour déterminer le taux d'invalidité est le barème de droit commun figurant dans le numéro le plus récent de la revue « Le Concours Médical » qui sera transmis à l'Assuré(e) sur demande.

Les Invalidités permanentes d'un taux égal ou inférieur à cinq (5) % ne donnent pas droit au versement d'un capital.

Le capital est versé pour l'état d'Invalidité permanente résultant exclusivement de l'Accident garanti ; en particulier, si l'Assuré(e) a déjà bénéficié du versement d'un capital Invalidité permanente au titre du Contrat, en cas de nouvel Accident, le taux d'invalidité permanente à prendre en compte pour le calcul du capital est déterminé par différence entre l'état d'invalidité avant et après le nouvel Accident.

Le capital Invalidité permanente n'est pas versé en cas de versement du capital PTIA.

En cas de Décès ou de PTIA survenant après le versement d'un capital Invalidité Permanente, le capital versé au titre du Décès ou de la PTIA sera diminué du montant du capital Invalidité Permanente déjà versé au titre du Contrat.

4.4. GARANTIE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE ACCIDENTELLE

Cette garantie prévoit le versement d'une indemnité journalière forfaitaire en cas d'arrêt de travail de l'Assuré(e) à la suite d'un Accident.

4.5. GARANTIE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE EN CAS D'HOSPITALISATION SUITE À UN ACCIDENT (CETTE GARANTIE CONCERNE UNIQUEMENT LA FORMULE « CHOC »)

Cette garantie permet à l'Assuré(e) de percevoir une indemnité journalière, pendant la période d'hospitalisation, lorsqu'il (elle) est hospitalisé(e), à la suite d'Accident, dans un établissement hospitalier.

5) ACTIVITÉS ET/OU PROFESSIONS SPÉCIFIQUES EXCLUES DU CONTRAT PREV'ACCIDENT

Les sinistres ayant pour origine les activités et/ou professions spécifiques suivantes sont exclus des six (6) formules de garanties proposées au titre du présent Contrat :

- Professions de sécurité et/ou avec port, manipulation ou vente d'armes (armée, convoyeurs de fonds, détective, garde de sécurité, garde du corps, gendarmerie, police, pompiers professionnels, vigiles,...),
- Personnalités et personnel politiques et diplomatiques,
- Acteurs, mannequins, metteurs en scène, cascadeurs, professions du cirque, forains,
- Professions impliquant un contact avec des animaux dangereux (vétérinaires de zoo, dressage de bêtes sauvages,...),
- Professions impliquant un risque pays (médecin sans frontière, caméraman, reporter photographe,...),
- Aviation (sauf personnel navigant sur avions de compagnies nationales ou internationales),
- Pêche artisanale et semi-artisanale,
- Guide et sauveteur de haute montagne,
- Professions du cheval : lad, écuyer, moniteur,...,

- Sportifs professionnels,
- Dockers, arremeurs,
- Professions avec travaux à une hauteur supérieure à 20 mètres (BTP, travaux en montagne...),
- Exploitant de carrières, travail de la mine ou en souterrain ou galeries, travail sous-marin (plongeur, scaphandrier,...), forage,
- Travaux forestiers (bûcheron, débardeur, élagueur, exploitant forestier,...),
- Travaux de démolition de bâtiments,
- Profession avec activité d'exploitation offshore ou onshore (secteur pétrole gaz),
- Profession avec utilisation, manipulation, transport ou stockage de produits dangereux (explosifs, corrosifs, feux d'artifice, inflammables, radioactifs, toxiques, chimiques, biologiques, bactériologiques, génétiques),
- Professions basées sur l'existence de phénomènes paranormaux : voyance, occultisme, radiesthésie.

6) EXCLUSIONS

6.1. EXCLUSIONS GÉNÉRALES APPLICABLES À TOUTES LES GARANTIES

Ne sont pas couvertes par l'assurance les suites et conséquences résultant :

- d'événements survenus antérieurement à la prise d'effet des garanties,
- d'invalidités et/ou d'Accidents s'étant produits antérieurement à la prise d'effet des garanties,
- d'un évènement causé ou provoqué intentionnellement par l'Assuré(e) ou par les Bénéficiaires du Contrat,
- de la guerre civile ou étrangère, de la participation de l'Assuré(e) à des opérations militaires, des émeutes ou insurrections,
- de l'effet, direct ou indirect, de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de la participation de l'Assuré(e) à un pari, un délit ou crime, une rixe, une émeute, des troubles civils, un mouvement populaire, un acte de terrorisme sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou dans l'accomplissement du devoir professionnel,
- de la conduite en état d'ivresse, au sens de la réglementation en vigueur relative au Code de la Route français ou du pays où a lieu l'Accident,
- de l'usage de médicaments, de stupéfiants ou de drogues non prescrits par une autorité médicale, ou, lorsqu'ils sont prescrits par une autorité médicale, en cas de non-respect de l'ordonnance médicale correspondante,
- de l'utilisation, en tant que passager, d'appareils aériens non pourvus d'un certificat de navigabilité ou conduit par un pilote possédant un brevet non valable pour l'appareil ou une licence périmée,
- de l'utilisation en tant que passager d'appareils aériens autres que les avions de lignes régulières (cette exclusion concerne uniquement la garantie triplement du capital Décès en cas d'Accident aérien),
- de l'utilisation en tant que pilote de tout appareil aérien,
- des pratiques sportives (entraînements, essais et épreuves) à titre professionnel, semi-professionnel ou à titre d'amateur rémunéré,
- de la pratique des activités suivantes :
 - activités de montagne hors des pistes balisées ouvertes au public et pratiquées à une altitude supérieure à 3000 mètres,
 - activités nautiques pratiquées au-delà de 20 milles nautiques d'un abri côtier,
 - activités de plongée sous-marine réalisées à plus de 20 mètres de profondeur,
 - activités en eaux vives pratiquées dans des cours d'eau de classe 3 ou supérieure, sports aériens, spéléologie, sports de combat et arts martiaux, sports équestres en compétition, saut à l'élastique, toute activité en zones désertiques, tout sport mécanique ou nécessitant l'utilisation d'un appareil à moteur, cyclisme ou VTT de compétition.

6.2. EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES, INVALIDITÉ PERMANENTE ET PTIA

Sont exclus pour les garanties indemnités journalières, invalidité permanente et PTIA :

- les traitements esthétiques, les opérations de chirurgie esthétique, sauf opération de chirurgie réparatrice découlant d'un évènement assuré ;
- les pathologies de la colonne vertébrale et les atteintes para vertébrales, leurs suites et conséquences ; toutefois les

infections, les tumeurs et les affections qui entraînent une hospitalisation d'au moins quinze (15) jours consécutifs en service de rhumatologie ou qui justifient une intervention chirurgicale sont prises en charge.

- la fibromyalgie ou les syndromes de fatigue chronique, les affections psychiques, à savoir les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, notamment les dépressions et les manies, les psychoses aiguës ou chroniques et les troubles graves de la personnalité, sauf si l'affection causale justifie une hospitalisation d'au moins trente (30) jours consécutifs dans les six (6) mois suivant le premier jour d'arrêt de travail pour la même cause.

Par ailleurs, pour la garantie Indemnité Journalière en cas d'hospitalisation (formule « choc »), ne sont pas couverts les séjours dans les services ou établissements suivants :

- sanatorium, préventorium, aérium, et tout établissement ou service similaire
- centre de réadaptation ou de rééducation, maison de repos ou de convalescence,
- établissement thermal, hôtel de cure, établissement de postcure,
- toute hospitalisation en service psychiatrique, dans un établissement privé ou public,
- tout autre établissement défini comme centre de moyen ou de long séjour,
- l'hospitalisation à domicile.

7) ADMISSION A L'ASSURANCE – DURÉE DU CONTRAT – DATE D'EFFET DES GARANTIES

7.1. ADMISSION A L'ASSURANCE

L'Adhérent(e) devra remplir la Demande d'adhésion fournie par ADEP.

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

L'Adhérent(e) 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 Assuré(e)s qu'il (elle) a désignés.

Peuvent adhérer au Contrat, l'ensemble des Adhérents(es) membres de l'Association.

L'Assuré(e) doit être âgé(e) de plus de dix-huit (18) ans et de moins de soixante-quatre (64) ans à l'adhésion.

L'Adhérent(e) doit être également résident(e) fiscalement et de façon permanente en France. Un déménagement en dehors de France met fin à la couverture à la présente adhésion.

La liste des activités et professions spécifiques non couvertes par le Contrat figure à l'article 5 de la présente Notice d'information.

Les informations et documents contractuels peuvent être transmis à l'Adhérent sur un support durable autre que le papier. Sauf à ce que le service fourni soit de nature exclusivement électronique, l'Adhérent peut s'opposer à l'utilisation de ce support dès l'entrée en relation ou à n'importe quel moment.

7.2. DURÉE DU CONTRAT – DATE D'EFFET DES GARANTIES

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent(e) et la Mutuelle. La date d'effet de l'adhésion est indiquée au Certificat d'adhésion et correspond au 1^{er} jour du mois suivant la date de signature de la Demande d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, et s'entend pour la durée d'une année (12 mois consécutifs).

L'adhésion se renouvelle ensuite annuellement à chaque échéance annuelle, par tacite reconduction, sauf résiliation par l'Adhérent(e) dans les conditions prévues à l'article 14-1 de la présente Notice d'information, jusqu'à ce que l'Assuré ait atteint l'âge limite mentionné à l'article 13.

8) FACULTÉ DE RENONCIATION

L'Adhérent(e) a la faculté de renoncer à son adhésion au Contrat par lettre recommandée avec avis de réception adressée à ADEP dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception du Certificat d'adhésion mentionnant la date d'effet de l'adhésion.

La lettre de renonciation peut être rédigée comme suit :

« Madame, Monsieur,

Je vous informe de ma demande de renonciation à mon adhésion au Contrat ADEP Prév'accident que j'ai signé en date du .../.../...

Je vous remercie 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 Signature

Le .../.../...

La renonciation entraîne la restitution par ADEP de l'intégralité des sommes versées dans un délai maximal de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Les garanties prévues à l'adhésion cessent leurs effets à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée.

9) COTISATIONS

9.1. MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation est calculée en fonction de la formule de garantie souscrite. Elle est payable annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement par prélèvement automatique, ou en espèces pour la première cotisation.

Le montant de la cotisation peut par ailleurs évoluer chaque année au 1^{er} juillet en fonction des résultats du Contrat collectif facultatif.

Tout changement du taux des taxes applicables ou toute instauration de nouvelles impositions applicable au Contrat entraînera une modification du montant de la cotisation.

9.2. PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est payable à ADEP. La périodicité et le mode de règlement de la cotisation sont précisés dans le Certificat d'adhésion.

10) DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

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

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

En cas d'exclusion, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à la Mutuelle.

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

11) MODIFICATION DE GARANTIES

Les changements ou modifications de formules 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'Adhérent(e).

En cas de modification de la formule, une nouvelle Demande d'adhésion devra être remplie et signée par l'Adhérent(e).

D'une façon générale, toute modification de formule ne pourra intervenir qu'une fois par année civile.

12) OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR DU CONTRAT COLLECTIF FACULTATIF

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, l'Association, en sa qualité de souscripteur du Contrat collectif facultatif, est tenue :

- de remettre aux Adhérents(es) les statuts de la Mutuelle et de l'Association de Prévoyance Créole, ainsi que la présente Notice d'information établie par la Mutuelle 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 Adhérents(es) des modifications apportées à leurs droits et obligations en leur remettant une nouvelle Notice établie par la Mutuelle.

La preuve de la remise de la Notice d'information et des statuts de la Mutuelle et de l'Association aux Adhérents(es) et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Association. Cette dernière sera également tenue de fournir à ADEP la liste de l'ensemble des Assurés(es) en lui faisant parvenir les Demandes d'adhésion dûment remplies par les Adhérents(es), accompagnées de tous les éléments permettant l'adhésion de ces derniers(ères) à la Mutuelle (notamment les informations permettant le calcul des cotisations), et complétées, le cas échéant des informations relatives aux Assurés(es). L'Association s'oblige, en outre, à informer la Mutuelle de toute correspondance que l'Adhérent(e) lui ferait parvenir. En tout état de cause, toute omission ou toute erreur dans la transmission des pièces entre la Mutuelle et le Souscripteur ne peut en aucun cas être cause de préjudice pour l'Adhérent(e) ou l'Assuré(e).

13) CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent de plein droit :

- pour la garantie Décès accidentel au 75^{ème} anniversaire de l'Assuré(e),
- pour la garantie PTIA au 65^{ème} anniversaire de l'Assuré(e). Le versement du capital PTIA met fin à l'adhésion au contrat.
- pour les garanties Indemnité Journalière et pour la garantie Invalidité permanente, lorsque l'assuré(e) a atteint l'âge de faire valoir ses droits à la retraite ou est mis en préretraite et au plus tard à son 65^{ème} anniversaire.

Elles cessent en outre :

- en cas de résiliation de l'adhésion dans les conditions prévues à l'article 14 de la présente Notice d'information ;
- en cas de défaut de paiement des cotisations conformément aux dispositions de l'article 10 de la présente Notice d'information.

14) RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

14.1 Résiliation à l'initiative de l'Adhérent(e)

14.1.1 Résiliation annuelle

L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative de l'Adhérent(e), si elle est signifiée à ADEP par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux (2) mois avant l'échéance annuelle.

La résiliation prendra effet à l'échéance annuelle et ne dispense pas l'Adhérent(e) du paiement des cotisations dues jusqu'à cette date.

14.1.2 Résiliation exceptionnelle en cas de modification des droits et obligations des Adhérents(es)

Ces derniers peuvent mettre fin à leur adhésion dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise par l'Association, d'une nouvelle 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.

14.2 Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

En cas de non-paiement des cotisations par l'Adhérent(e), ADEP peut résilier le Contrat dans les conditions de l'article 10.

14.3 Autres cas de résiliation

La résiliation de l'adhésion intervient de plein droit :

- en cas de fixation du domicile de l'Assuré(e) hors de France ; L'Assuré(e) devra alors en informer l'ADEP par lettre recommandée, adressée dans les trois (3) mois qui suivent la date d'installation. La résiliation prendra effet à la fin du mois suivant la réception de la notification.
- en cas de Décès de l'Assuré(e) ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le paiement du capital mettra fin au Contrat ;
- en cas de retrait de l'agrément de la Mutuelle.

Dans tous les cas, les événements ayant donné naissance à l'application d'une ou plusieurs garanties donnant droit au versement d'une indemnité resteront garantis jusqu'à la date anniversaire de l'adhésion.

15) DURÉE DE VERSEMENT DES INDEMNITÉS ET MONTANT

15.1. GARANTIE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE ACCIDENTELLE

L'indemnité journalière est versée après une période de franchise de trois (3) jours continus d'arrêt de travail, ramenée à un (1) jour lorsque l'incapacité de travail débute par une hospitalisation d'au moins vingt-quatre (24) heures consécutives.

La franchise est décomptée à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

Le règlement de l'indemnité dure au maximum jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail.

En cas de reprise partielle de l'activité professionnelle dans un but thérapeutique (c'est-à-dire de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'Assuré(e)), si l'Assuré(e) a déjà perçu au moins quatre-vingt-dix (90) jours d'indemnité journalière pour un même Accident, ADEP lui verse une indemnité journalière d'un montant égal à cinquante (50) % de l'indemnité souscrite pour une durée maximale de soixante (60) jours. Le versement de cette indemnité est préalablement soumis à l'accord du médecin conseil de l'ADEP.

Le montant de l'indemnité journalière ne peut constituer un enrichissement sans cause. Le montant cumulé, sur base mensuelle, de l'indemnité qui sera versée et des revenus perçus par ailleurs pendant la période d'arrêt de travail (rémunérations, traitements ou indemnités versées par l'employeur, prestations versées par les organismes de Sécurité Sociale ou assimilés, ainsi que celles versées par les autres organismes de prévoyance complémentaire), ne peut en aucun cas dépasser quatre-vingt-dix (90) % du montant du revenu fiscal de référence de l'Assuré(e) (dernier revenu net fiscal notifié par votre Administration fiscale

ramené sur une base mensuelle).

Cette limitation éventuelle est calculée au 1^{er} jour d'indemnisation par la Mutuelle et est révisable mensuellement à la demande de l'Assuré(e) ou de la Mutuelle.

Par ailleurs, pour les Assurés(es) exerçant au moment du sinistre une activité temporaire (saisonniers, intérimaires, contrats à durée déterminée), l'indemnisation cessera au plus tard dans les trente (30) jours suivant la fin du contrat de travail.

En cas de rechute, dans les soixante (60) jours suivant un arrêt de travail, due à l'Accident ayant motivé l'arrêt de travail précédent, la période de franchise ne sera pas appliquée à nouveau.

15.2. GARANTIE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE EN CAS D'HOSPITALISATION (FORMULE « CHOC »)

L'indemnité journalière due au titre de la formule « Choc » est versée à l'Assuré(e) dès le premier jour d'hospitalisation pour autant que cette dernière ait duré au moins vingt-quatre (24) heures consécutives.

L'hospitalisation doit intervenir dans les dix (10) jours qui suivent l'Accident. En cas de nouvelle hospitalisation due aux suites ou conséquences de ce même Accident et nécessitant au moins une nuit d'hospitalisation, le versement des indemnités pourra reprendre, si l'hospitalisation intervient moins de six (6) mois après le dernier jour d'hospitalisation indemnisée.

Dans tous les cas, **cette indemnité est versée au maximum pendant sept cent trente (730) jours cumulés** pendant la vie de l'adhésion Contrat.

16) FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE RÉALISATION DU RISQUE ET MODALITÉS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour obtenir le versement des indemnités ou des capitaux, l'Assuré(e) ou le Bénéficiaire doit :

- s'adresser à ADEP quelles que soient l'option et la nature des garanties retenues ;
- effectuer la déclaration de sinistre dans les cinq (5) jours où l'Assuré(e) ou ses ayants droit en ont eu connaissance ;
- communiquer à ADEP tout document ou complément d'information que l'ADEP jugera nécessaire au règlement des indemnités et notamment ceux indiqués ci-dessous ;
- lors d'un sinistre survenant hors de France, faire établir le premier constat par un médecin agréé par une autorité locale (ambassade ou consulat français).

Tous les documents à caractère médical doivent être adressés sous pli confidentiel à :

Monsieur le Médecin Conseil de l'ADEP

ADEP

574 route de Corneilhan

CS 80618

34535 BÉZIERS

16.1. CONDITIONS DU RÈGLEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

La preuve du caractère accidentel du Décès est à la charge du ou des Bénéficiaires. Le capital Décès accidentel est versé aux Bénéficiaires si le Décès intervient dans les douze (12) mois qui suivent l'Accident.

Le règlement des prestations prévues au Certificat d'adhésion s'effectue dans le délai d'un (1) mois maximum à compter de la réception par ADEP des pièces suivantes :

- l'original de la Demande d'adhésion et, le cas échéant, ses avenants modificatifs ainsi que le Certificat d'adhésion original,
- une demande de paiement du capital Décès,
- un acte de Décès,
- une photocopie lisible d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport), datée et signée au nom du ou des Bénéficiaire(s), portant la mention "non décédé",
- un certificat médical à retourner sous pli confidentiel au médecin conseil de l'ADEP mentionnant la nature et les circonstances du Décès,
- une pièce établissant la cause du Décès (rapport de police, de gendarmerie). Toutefois, cet élément de preuve n'est pas demandé lorsque le certificat médical mentionne clairement la nature, la date, le lieu, les circonstances et les causes du Décès,
- un relevé d'identité bancaire au nom du ou des Bénéficiaire(s),
- toutes pièces éventuellement requises au titre de la législation fiscale.

ADEP se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire.

Les documents précités doivent être adressés par lettre recommandée avec avis de réception à ADEP, 574 route de Corneilhan - CS 80618 -34535 BÉZIERS CEDEX.

REVALORISATION POST MORTEM DES CAPITAUX

Conformément à l'article L. 223-19-1 du Code de la mutualité, en cas de décès de l'Assuré et en l'absence de demande du versement du capital par le Bénéficiaire, ou en l'absence de réception de l'ensemble des pièces nécessaires au paiement, le capital garanti est automatiquement revalorisé.

Cette revalorisation intervient à compter du décès de l'Assuré, jusqu'à réception par la Mutuelle des pièces nécessaires mentionnées à l'article 16.1 ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt du capital à la Caisse des dépôts et Consignations en application de l'article L. 223-25-4 du Code de la mutualité.

Le capital en euros garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux (2) taux suivants :

- la moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

En outre, conformément aux dispositions de l'article L. 223-22-1 du Code de la mutualité, à compter de la réception par la Mutuelle des pièces mentionnées à l'article 16.1, le capital garanti est versé aux Bénéficiaires dans un délai qui ne peut excéder un (1) mois.

Au-delà de ce délai d'un (1) mois, le capital non versé produit de plein droit intérêt au taux légal, majoré du double durant deux (2) mois puis, à l'expiration de ce délai de deux (2) mois, au triple du taux légal.

16.2. CONDITIONS DU RÈGLEMENT DU CAPITAL EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE ACCIDENTELLE

ADEP versera à l'Assuré(e) reconnu(e) en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie pendant la période de garantie, le montant du capital inscrit au Certificat d'adhésion.

L'Assuré(e) devra faire parvenir à ADEP :

- une demande écrite, datée et signée, du paiement des prestations,
- l'original du Certificat d'Adhésion et des éventuels avenants,
- un rapport médical délivré par le médecin traitant à retourner sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'ADEP (ce certificat 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(e)),
- un certificat médical attestant l'obtention de la tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie,
- la notification d'attribution d'une pension d'invalidité 3e catégorie avec majoration pour tierce personne au titre de son régime propre d'assurance Maladie,
- lorsque la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est consécutive à un Accident, toutes pièces établissant de façon décisive la cause accidentelle de l'invalidité (ex : rapport de police). Toutefois, cet élément de preuve n'est pas demandé lorsque le certificat médical mentionne clairement la nature, la date, le lieu, les circonstances et les causes de l'Accident,
- une photocopie lisible d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport) de l'Assuré(e) portant la mention manuscrite « non décédé(e) » datée et signée,
- un relevé d'identité bancaire ou un relevé comportant les numéros IBAN et BIC au nom de l'Assuré(e).

ADEP se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire.

Les documents précités doivent être adressés par lettre recommandée avec avis de réception à ADEP, 574 route de Corneilhan - CS 80618 -34535 BEZIERS CEDEX.

16.3. CONDITIONS DU RÈGLEMENT DU CAPITAL EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE

Pour obtenir le versement du capital auquel l'Assuré(e) a droit, il (elle) doit communiquer à l'ADEP :

- l'original du Certificat d'adhésion sur lequel le nom de la victime doit apparaître,
- les dates, heures, circonstances et lieu de survenance de l'Accident. S'il a été établi, doit être communiqué le procès-verbal de l'Accident, ainsi que les premières constatations du médecin et toutes pièces permettant d'établir les circonstances de l'Accident : coupures de presse, témoignage, rapport de la médecine du travail...
- un relevé d'identité bancaire au nom du ou des Bénéficiaire(s),
- toutes pièces éventuellement requises au titre de la législation fiscale.

ADEP se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire.

Les documents précités doivent être adressés par lettre

recommandée avec avis de réception à ADEP, 574 route de Corneilhan - CS 80618 -34535 BEZIERS CEDEX.

Le montant du capital sera versé une fois qu'un médecin aura établi que l'état de l'Assuré(e) est consolidé et qu'il aura déterminé le taux d'invalidité auquel il (elle) pourra prétendre.

Lorsqu'il résulte d'un même Accident plusieurs incapacités, les indemnités attribuées à chacune d'elles se cumulent sans pouvoir dépasser :

- pour un membre ou organe, s'il est atteint de plusieurs lésions, l'indemnité prévue pour la perte totale de ce membre ou organe ;
- pour l'ensemble, l'indemnité prévue pour l'incapacité permanente totale.

Conformément aux dispositions de l'article 17 de la présente Notice d'information, l'Assuré(e) doit accepter de se soumettre au contrôle ou à expertise des médecins de l'ADEP, sous peine d'être déchu(e) de tout droit aux indemnités.

Les renseignements médicaux confidentiels seront adressés, avec l'accord de l'Assuré(e), directement au médecin-conseil de l'ADEP mentionné plus haut, qui seul en prendra connaissance et ne nous transmettra que les éléments nécessaires à l'application du Contrat.

16.4. CONDITIONS DU RÈGLEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT

L'Assuré(e) doit communiquer à l'ADEP les éléments suivants :

- l'original du Certificat d'adhésion sur lequel le nom de la victime doit apparaître,
- les dates, heures, circonstances et lieu de survenance de l'Accident. S'il a été établi, l'Assuré(e) doit communiquer à l'ADEP le procès-verbal de l'Accident, ainsi que les premières constatations du médecin et toutes pièces permettant d'établir les circonstances de l'Accident : coupures de presse, témoignage, rapport de la médecine du travail...
- le bulletin de sortie et d'entrée dans l'établissement hospitalier : clinique ou hôpital.
- un relevé d'identité bancaire au nom de l'Assuré(e),
- toutes pièces éventuellement requises au titre de la législation fiscale.

ADEP se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire.

Les documents précités doivent être adressés par lettre recommandée avec avis de réception à ADEP, 574 route de Corneilhan - CS 80618 -34535 BEZIERS CEDEX.

16.5. CONDITIONS DU RÈGLEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL (INDEMNITÉ JOURNALIÈRE ACCIDENTELLE)

L'Assuré(e) doit communiquer à l'ADEP les éléments suivants :

- l'original de l'avis d'arrêt de travail initial établi par un médecin et, éventuellement, par la suite, l'avis de prolongation d'arrêt de travail,
- un certificat médical détaillé précisant la nature de l'affection ou de l'Accident ainsi que la date de première constatation médicale et la durée prévisible de la durée de l'Incapacité de travail,
- les décomptes d'indemnités journalières des régimes obligatoires (Sécurité Sociale ou assimilés) et complémentaires (autres contrats d'assurance éventuels),
- en cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection ou des prolongements des conséquences de l'Accident ainsi que l'arrêt de travail mentionnant la rechute et les arrêts de prolongation s'ils n'ont pas été communiqués,
- le dernier avis d'imposition de l'Assuré(e),
- un relevé d'identité bancaire au nom de l'Assuré(e),
- toutes pièces éventuellement requises au titre de la législation fiscale.

ADEP se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire.

Les documents précités doivent être adressés par lettre recommandée avec avis de réception à ADEP, 574 route de Corneilhan - CS 80618 -34535 BEZIERS CEDEX.

16.6. RÈGLEMENT DES INDEMNITÉS

D'une manière générale, ADEP adressera à l'Assuré(e) les indemnités journalières en cas d'hospitalisation ou d'incapacité de travail accidentelle au plus tard dans les quinze (15) jours à compter de la réception des pièces nécessaires.

Les indemnités journalières sont ensuite réglées à la fin de chaque mois sur la base des documents en possession d'ADEP à la date du paiement.

Les capitaux garantis sont versés au plus tard dans le mois de

réception de l'ensemble des documents.

17) CONTRÔLE MÉDICAL ET ARBITRAGE

17.1. CONTRÔLE MÉDICAL

Les décisions prises par les organismes sociaux dont dépend l'Assuré(e) ne s'imposent pas à la Mutuelle.

Cette dernière, par l'intermédiaire de l'ADEP, se réserve le droit de faire apprécier la réalisation du risque de PTIA et d'Invalidité permanente partielle ou totale ainsi que la date de consolidation par tout médecin-expert de son choix qui évaluera l'état de santé de l'Assuré(e).

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

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

17.2. ARBITRAGE

En cas de désaccord avec les conclusions des deux médecins-experts, l'Assuré(e) ou l'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 grande instance du domicile de l'Assuré(e).

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(e) et la Mutuelle, par l'intermédiaire de l'ADEP, conservent la faculté d'exercer un recours en justice.

18) BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS

Le Bénéficiaire doit être désigné lors de l'adhésion.

Les prestations dues seront versées par priorité :

- au Bénéficiaire désigné ;
- à défaut au Bénéficiaire de deuxième rang ;
- à défaut aux Bénéficiaires subsidiaires successifs par ordre de désignation.

La désignation d'un ou des Bénéficiaire(s) peut se faire dans la Demande d'adhésion dans l'encadré prévu à cet effet. L'Adhèrent(e) peut également effectuer sa désignation par avenant, ou suivant toute autre forme juridiquement valide, notamment par acte sous seing privé ou acte authentique séparé (par exemple par testament déposé chez un notaire).

L'attention de l'Adhèrent(e) est attirée sur l'importance attachée à la rédaction de la clause Bénéficiaire, notamment en termes d'identité du Bénéficiaire et de l'opportunité de prévoir un Bénéficiaire subséquent notamment en cas de Décès du Bénéficiaire désigné ou si les renseignements délivrés concernant le Bénéficiaire désigné ne permettaient pas à ADEP d'identifier ce dernier.

Toute désignation de Bénéficiaire qui ne serait pas portée à la connaissance de la Mutuelle ne lui sera pas opposable.

La clause Bénéficiaire peut être modifiée si celle-ci n'est plus appropriée. Dans l'hypothèse où le Bénéficiaire n'a pas accepté le bénéfice de la stipulation faite à son profit, l'Adhèrent(e) peut modifier à tout moment, par voie d'avenant, le libellé de la clause bénéficiaire définie lors de l'adhésion, notamment lorsqu'il n'est plus approprié.

L'attention de l'Adhèrent(e) est attirée sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le Bénéficiaire. Ce qui signifie que son accord devient indispensable si l'Adhèrent(e) souhaite lui substituer quelqu'un.

L'acceptation peut être faite soit par un avenant signé de la Mutuelle, de l'Adhèrent(e) et du Bénéficiaire, soit par acte authentique ou par acte sous seing privé, signé de l'Adhèrent(e) et du Bénéficiaire, mais dans ce cas, elle n'a d'effet à l'encontre de la Mutuelle que lorsqu'il lui a été notifié par écrit.

À défaut de désignation expresse de Bénéficiaire(s) ou si la désignation est caduque ou sans effet, les capitaux en cas de Décès de l'Assuré(e) sont versés :

- au conjoint survivant de l'Adhèrent(e), non séparé de corps par un jugement définitif, ni divorcé, ou au cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS) de l'Adhèrent ;
- à défaut, aux descendants de l'Adhèrent(e), par parts égales entre eux : enfants nés ou à naître (légitimes ou légitimés, naturels, reconnus, adoptifs, recueillis) présents ou représentés ;
- à défaut, aux ascendants de l'Adhèrent(e), par parts égales entre eux, ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut, aux frères et sœurs de l'Adhèrent(e), par parts égales

entre eux ;

- à défaut, aux héritiers de l'Adhèrent(e), selon la dévolution successorale.

Lorsque les enfants bénéficiaires, orphelins de père et de mère, sont mineurs, le capital Décès est versé au tuteur.

19) RÉCLAMATION

Pour toute réclamation concernant le Contrat, l'Adhèrent(e), l'Assuré(e) ou le Bénéficiaire, peut d'abord consulter le correspondant d'ADEP. Si sa réponse ne le satisfait pas, il peut adresser sa réclamation :

- En première instance : au Service Réclamation au 04 67 30 72 67 ;
- En cas de difficultés persistantes par :
 - Courrier :

ADEP
Service Réclamation
574 Route de Corneilhan
CS 80618
34535 Béziers Cedex

- Mail : service.reclamation@adep.com

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 (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

- En dernier recours, si après épuisement de toutes les procédures internes d'ADEP, un désaccord subsiste, et que l'Adhèrent(e), l'Assuré(e) ou le Bénéficiaire n'a pas saisi les tribunaux, il aura toujours la faculté de faire appel au Médiateur de la consommation de la Mutualité Française avec les coordonnées suivantes :

- Courrier :

Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité
Française
Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)

255 rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15

- Accès au site : <https://www.mediateur-mutualite.fr>

La proposition rendue par le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française sera communiquée à ADEP, écrite et motivée.

20) PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies dans le cadre de l'adhésion au Contrat d'assurance font l'objet d'un traitement informatique ou manuel et sont utilisées par la Mutuelle et ADEP pour la gestion de leur relation avec l'Adhèrent et ses Bénéficiaires et l'exécution du contrat. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement du Contrat d'assurance dès lors qu'elles ne sont pas indiquées expressément comme facultatives. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales (sauf opposition).

Elles sont destinées à la Mutuelle et ADEP en tant que responsables du traitement et, éventuellement, leurs mandataires ou partenaires. Ces données sont potentiellement accessibles par des fournisseurs logiciels ou réseaux en raison de l'exécution d'un contrat de prestation. La base légale du traitement des données personnelles recueillies est l'exécution du Contrat d'assurance. Toute autre base légale est inscrite aux contrats, bulletins d'adhésion, ou tout autre document contractuel que l'Adhèrent est tenu de respecter.

La Mutuelle et ADEP prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Conformément à la Loi informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, l'Adhèrent et ses Bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données les concernant, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité. Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant.

L'Adhèrent et ses Bénéficiaires peuvent exercer leurs droits en s'adressant à : Mutuelle Bleue - Délégué à la Protection des Données - 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex ou par courriel à dpo@mutuellebleue.fr ou à DPO (DPMS) ADEP, 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BÉZIERS ou par e-mail à dpo@adep.com.

En outre, l'Adhèrent et ses Bénéficiaires ont la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel, applicables après leur décès.

Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales).

En cas de désaccord, l'Adhèrent et ses Ayants droit peuvent introduire une réclamation auprès de la CNIL concernant la protection de leurs données personnelles, à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy 75007 Paris.

21) DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Conformément aux dispositions des articles L. 223-1 et L. 223-2 du Code de la consommation, l'Adhèrent est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret 10000 Troyes ;
- soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr

Cette inscription permet à l'Adhèrent de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit. En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas la Mutuelle ou l'ADEP de joindre téléphoniquement l'Adhèrent dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de votre contrat, y compris lorsqu'il s'agit de vous proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

22) PRESCRIPTION

22.1 DÉFINITION DE LA PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité :

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

22.2 MODALITÉS DE LA PRESCRIPTION

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Assuré(e), 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 de l'Adhèrent(e), 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'Adhèrent(e) ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le Bénéficiaire n'est pas l'Adhèrent(e) et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Adhèrent(e) décédé(e).

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

22.3 INTERRUPTION DE LA PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle à l'Adhèrent(e), en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhèrent(e), le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

* Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code de la mutualité.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil)

22.4 SUSPENSION DE LA PRESCRIPTION

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au médiateur, ou à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

23) SANCTIONS

La Mutuelle, par le biais d'ADEP, se réserve le droit d'exclure tout Bénéficiaire qui aura causé ou tenté de causer volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle selon les modalités définies par les statuts.

En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par le Bénéficiaire, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, le Bénéficiaire peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

1. En cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (article L. 221-14 du Code de la Mutualité).
2. Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : réduction du montant des prestations garanties ou augmentation de la cotisation correspondante acceptée par le Membre Participant (article L. 221-15 du Code de la Mutualité).

En cas notamment de fausse déclaration, de fraude ou tentative de fraude avérée, la Mutuelle, par le biais d'ADEP, peut également procéder à la résiliation du Contrat. La résiliation est notifiée à l'Adhèrent(e) par lettre recommandée avec avis de réception adressée par ADEP au dernier domicile connu.

Elle prendra effet au jour de la première présentation du courrier par la poste.

24) LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle et ADEP 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, elles sont tenues de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans leurs livres ou les opérations portant sur des sommes dont elles savent, soupçonnent ou ont de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou sont liées au financement du terrorisme.

25) AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

La Mutuelle 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 - 4 Place de Budapest - 75436 PARIS CEDEX 9.

TABLEAU DE GARANTIES D'ADEP Prév' accident

	CHOC	formule 1	formule 2	formule 3	formule 4	formule 5
1. VERSEMENT D'UN CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS						
1.1 suite à un accident	15.000 €	20.000 €	30.000 €	45.000 €	60.000 €	75.000 €
1.2 suite à un accident de la route	30.000 €	40.000 €	60.000 €	90.000 €	120.000 €	150.000 €
1.3 suite à un accident d'avion	45.000 €	60.000 €	90.000 €	135.000 €	180.000 €	225.000 €
2. VERSEMENT D'UN CAPITAL EN CAS D'INVALIDITÉ						
2.1 Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	15.000 €	20.000 €	30.000 €	45.000 €	60.000 €	75.000 €
2.2 Invalidité Permanente Partielle ou Totale (au delà de 5% de taux d'invalidité)	taux d'invalidité en % x 15.000 € maximum 15.000 €	taux d'invalidité en % x 40.000 € maximum 40.000 €	taux d'invalidité en % x 60.000 € maximum 60.000 €	taux d'invalidité en % x 90.000 € maximum 90.000 €	taux d'invalidité en % x 120.000 € maximum 120.000 €	taux d'invalidité en % x 150.000 € maximum 150.000 €
<i>le taux d'invalidité est déterminé selon le numéro le plus récent de la revue «le concours médical»</i>						
3. VERSEMENT D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL OU HOSPITALISATION						
dès le 1 ^{er} jour à condition que l'hospitalisation dure au minimum 24 h consécutives.	15 €/jour	non	non	non	non	non
l'hospitalisation doit débuter dans les 10 jours suivant l'accident						
· sans dépasser 730 jours cumulés pendant la vie de votre adhésion**						
**voir conditions spécifiques						
· à partir du 4 ^{ème} jour ou du 2 ^{ème} jour si l'arrêt de travail débute par une hospitalisation d'au moins 24 h consécutives	non	20 €/jour	30 €/jour	45 €/jour	60 €/jour	75 €/jour
· jusqu'au 365 ^{ème} jour d'arrêt de travail***						
***voir conditions spécifiques en cas de reprise partielle						



Assurément proche !

ADEP est le spécialiste des assurances de personnes, auprès des particuliers et des entreprises, depuis près de 30 ans en Guadeloupe, Martinique, Saint Martin, Guyane, Réunion, Mayotte et en métropole.

Vous **écouter**, **comprendre** vos besoins, vous **conseiller**, vous **simplifier** l'assurance et vous **accompagner**, sont les priorités quotidiennes de l'ensemble des collaborateurs ADEP.

Nous mettons tout en œuvre pour vous apporter la tranquillité grâce à notre réseau de proximité et notre qualité de service reconnu.

Notre objectif : être proche de vous, bien vous protéger... **vous satisfaire.**

31 agences proches de vous !



ADEP Guadeloupe Siège social

11 Immeuble WEST SIDE
Rue Ferdinand Forest Prolongée - ZI Jarry
97122 BAIE MAHAULT
0590 38 00 22



ADEP Martinique

ZAC de Dillon - RD 13
Immeuble ADEP
97200 FORT DE FRANCE
0596 61 71 00



ADEP Guyane

1 place Victor Schoelcher
97300 CAYENNE
0594 25 00 25



ADEP Réunion

51 Ter rue Pasteur
97400 SAINT DENIS
0262 34 64 40



ADEP Mayotte

17 Place Mariage
97600 MAMOUDZOU
0269 60 24 88



ADEP Paris

70 rue du Rocher
75008 PARIS
0143 70 22 77

■ SANTÉ ■ OBSÈQUES ■ PRÉVOYANCE

PARTICULIERS & ENTREPRISES