

NOTICE D'INFORMATION



ADEP FORMULE relais

ADEP FORMULE relais

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCES MB/VIE/GLOBAL N°05 SUR LA VIE À ADHÉSION FACULTATIVE

INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Le contrat ADEP FORMULE RELAIS est un contrat collectif d'assurance sur la vie 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.

Les droits et obligations de l'Adhérent(e) peuvent être modifiés par des avenants au Contrat, conclus entre la Mutuelle et l'Association de Prévoyance Créole (APC).

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'Adhérent(e) doit être âgé(e) d'au moins dix-huit (18) ans et être membre de l'APC. L'Assuré(e) doit être âgé(e) de douze (12) ans au moins et de moins de soixante (60) 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 l'âge de l'Assuré(e) (établi par tranche d'âge), du niveau de garanties souscrites et de la durée de versement de la rente certaine.

La cotisation est mensuelle et payable d'avance.

Le Contrat prévoit deux (2) garanties (article 5 de la Notice d'information) :

- la Mutuelle garantit le versement du capital forfaitaire de trois mille (3 000) Euros en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré(e) ;
- la Mutuelle verse également au décès de l'Assuré(e) une rente certaine au Bénéficiaire dont le montant garanti est librement choisi par l'Adhérent(e) parmi quatre (4) niveaux proposés.

Le capital peut également être versé par anticipation en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré(e).

Le montant du capital initial garanti en cas de décès ou de PTIA et le montant maximum de la rente certaine cumulés ne peuvent être supérieurs à soixante-sept mille huit cents (67 800) euros.

Le Contrat prévoit également une garantie Assistance/Rapatriement.

L'adhésion au Contrat prend effet, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, à la date indiquée au Certificat d'adhésion pour une période se terminant le 31 décembre suivant et se renouvelle ensuite annuellement à chaque 1^{er} janvier par tacite reconduction.

Les exclusions prévues par le Contrat ADEP FORMULE relais sont celles prévues par l'article 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 – 34535 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 FORMULE RELAIS 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 accusé 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 (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.

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.

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° 07 035 445
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 »
pour la garantie temporaire décès et PTIA
ainsi que la garantie rente certaine

Et par l'intermédiaire de :

**AWP FRANCE SAS
Mondial Assistance**

Société de courtage d'assurances

7, rue Dora Maar
93400 SAINT OUEN

Immatriculée au RCS de Bobigny sous le n°490 381 753
et à l'ORIAS sous le n°07 026 669

Auprès de :

Fragonard Assurances

2, rue Fragonard
75017 PARIS

Entreprise régie par le Code des assurances
SA Immatriculée au RCS de Paris sous le n°479 065 351
ci-après dénommée « l'Assureur »
pour la garantie Assistance/Rapatriement

1) LE CADRE JURIDIQUE ET FISCAL

Le contrat ADEP FORMULE relais est un Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative régi par le Code de la Mutualité (ci-après dénommé « Contrat »).

Le 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 Adhérents(es) peuvent être modifiés par des avenants au Contrat, conclu entre la Mutuelle Bleue et l'APC.

Toute modification sera aussitôt notifiée à l'Adhérent(e).

Les Adhérents(es) seront informés(ées) 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 résiliation 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.

2) DÉFINITIONS

Adhérent(e) :

Personne physique adhérant 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(e) :

Personne physique sur la tête de laquelle repose l'assurance et acceptée par la Mutuelle.

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(e).

Bénéficiaires subsidiaires

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

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'Adhérent(e).

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.).

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'Adhérent(e).

L'Adhérent(e) choisira également parmi les quatre (4) niveaux de rentes proposés 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.

3) OBJET DU CONTRAT

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(e) (PTIA), 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.

La garantie est due sous réserve du versement des cotisations prévues au Contrat, des exclusions visées à l'article 6 et des limites d'âge définies à l'article 7 de la présente Notice d'Information.

4) 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 telle que définie ci-dessus.

La loi applicable au présent contrat est la Loi française.

5) GARANTIES

La Mutuelle garantit le règlement du capital forfaitaire indiqué au Certificat d'adhésion en cas de décès ou de PTIA de l'Assuré(e) ainsi que le versement d'une rente certaine trimestrielle dont le montant garanti est librement choisi par l'Adhérent(e) parmi les quatre (4) niveaux proposés (150 €/mois, 300 €/mois, 450 €/mois ou 600 €/mois).

Le montant de la rente et la durée de versement choisis par l'Adhérent(e) (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.

Les engagements de la Mutuelle sur le Capital constitutif versé au titre de la Garantie Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et de la Garantie Rente certaine sont plafonnés à soixante-sept mille huit cents (67 800) euros par Assuré(e). Dans l'hypothèse où plusieurs Contrats ADEP FORMULE relais seraient souscrits sur la tête d'un(e) même Assuré(e), le Capital Constitutif garanti ne peut être supérieur à soixante-sept mille huit cents (67.800) euros par Assuré(e).

Le contrat ADEP FORMULE RELAIS comprend la garantie Assistance/Rapatriement dont le détail des prestations garanties suite au décès est présenté en Annexe 1. Ces services d'assistance, inclus dans le Contrat, sont distribués par un prestataire, Mondial Assistance France SAS, dont les coordonnées figurent en annexe 1 de la présente Notice d'information. Les services assurés par le prestataire susvisé sont susceptibles d'être modifiés et/ou remis en cause par ce dernier.

6) EXCLUSIONS

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

- Le suicide ou la tentative de suicide de l'Assuré(e) intervenant au cours de la première année de l'effet du Contrat ou de sa remise en vigueur telle que définie à l'Article 11 des présentes, ou, de l'augmentation des garanties ;
- Les faits intentionnels ou illégaux de l'Assuré(e) ou des Bénéficiaires ;
- Le meurtre de l'Assuré(e) par les Bénéficiaires ;
- Les conséquences d'un acte délibéré des Bénéficiaires à l'encontre de l'Assuré(e) ;
- 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 (elle) n'y prend pas une part active ou s'il (elle) effectue son devoir professionnel ;
- Les suites et conséquences de la participation de l'Assuré(e) 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(e) 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, croisière maritime en solitaire, activités

réalisées à plus de vingt (20) mètres de profondeur, bobsleigh, spéléologie, saut à l'élastiques, sports automobiles (rallies, formule 3000).

7) ADMISSION À L'ASSURANCE – CERTIFICAT D'ADHESION

L'Assuré(e) devra remplir et signer la Demande d'adhésion fournie par ADEP ainsi que la Déclaration d'Etat 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'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 Bénéficiaires des prestations qu'il a désignés.

Pour souscrire au présent Contrat, l'Adhérent(e) doit être âgé(e) d'au moins dix huit (18) ans et être membre de l'APC.

Pour être admis(e) au bénéfice de l'assurance, l'Assuré(e) doit être âgé(e) à la date de prise d'effet des garanties tel que stipulé dans le Certificat d'adhésion :

- d'au moins douze (12) ans ;
- de moins de soixante (60) ans pour la garantie Décès, PTIA et rente certaine.

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

Le Contrat ADEP FORMULE relais ne peut être contracté sur la tête d'un mineur âgé d'au moins douze (12) ans sans l'autorisation de l'un de ses parents investi de l'autorité parentale ou son tuteur et sans le consentement personnel du mineur.

L'Assuré(e) doit être résident(e), fiscalement et de façon permanente, en France. Un déménagement en dehors de la France met fin à la couverture et à l'adhésion au contrat.

L'Assuré(e) doit avoir signé la Déclaration d'Etat de Santé et avoir reçu un accord de la Mutuelle.

L'Assuré(e) ne doit pas avoir atteint le plafond maximum de garantie défini à l'article 5 de la présente Notice d'information.

Pour être admis(e) au bénéfice de l'assurance, l'Adhérent(e) doit impérativement fournir, au moment de l'adhésion, les pièces ci-dessous mentionnées :

- Le règlement par tout moyen de paiement à sa convenance, accepté par ADEP, et 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 son identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport, carte de séjour)
- Un justificatif de domicile (facture, taxe d'habitation, taxe foncière...).

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

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

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

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

8) DURÉE DU CONTRAT - DATE D'EFFET DES GARANTIES

L'adhésion au Contrat prend effet, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation et à condition, pour l'Assuré(e), de satisfaire aux conditions énoncées à l'article 7 de la présente Notice, 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 1er janvier par tacite reconduction, sauf résiliation par l'Adhérent(e) notifiée par lettre recommandée avec avis de réception, deux (2) mois avant cette date dans les conditions prévues à l'article 16.1.1 du présent Contrat.

9) 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 FORMULE RELAIS 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 Le/...../..... Signature »

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.

10) COTISATIONS

Les garanties sont consenties moyennant le paiement de cotisations, définies par tranche d'âge, et calculées en fonction de l'âge de l'Assuré(e) à la date de l'adhésion.

Les cotisations sont également déterminées à la souscription en fonction du montant de la rente trimestrielle certaine choisie, de la durée de versement de la rente certaine et de l'âge de l'Assuré(e) établi par tranches, et du tarif en vigueur au jour de l'adhésion.

Les cotisations seront maintenues de façon identique à chaque renouvellement jusqu'au changement de tranche d'âge de l'Assuré(e).

Au changement de tranche d'âge, la cotisation sera révisée selon le barème en vigueur. Les renouvellements seront alors fonction de l'âge atteint par l'Assuré(e). L'âge de l'Assuré(e) est calculé par différence de millésime entre l'année considérée et l'année de naissance.

Le tarif est révisable annuellement par la Mutuelle au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution globale du risque ou des résultats techniques du contrat collectif. Les Assurés(es) sont avisés(es) 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(e) 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.

Les cotisations sont payables d'avance et réglées par prélèvement automatique, à l'exception de la première cotisation payable par tout moyen de paiement à la convenance de l'Assuré et accepté par ADEP.

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.

11) 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 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'Adhérent(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 FORMULE RELAIS 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.

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

12) MODIFICATION DES 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'Adhérent(e).

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(e).

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.

13) 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 à l'Adhérent(e) 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 l'Adhérent(e) 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 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 Adhérents en lui faisant parvenir les Demandes d'adhésion dûment remplies par les Adhérents, 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 Adhérents. 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'Assuré(e).

14) 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(e) et en l'absence de demande de 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(e), jusqu'à réception par la Mutuelle des pièces nécessaires mentionnées à l'article 17, 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 intégral 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 17, 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.

15) CESSATION DE LA GARANTIE

Les Garanties couvrant l'Assuré(e) cessent :

- à la date de résiliation de l'adhésion dans les conditions prévues à l'article 16 de la présente notice ;
- en cas de déménagement de l'Assuré(e) en dehors de la France ;
- à la date du Décès ou de PTIA de l'Assuré(e) ;
- pour la garantie PTIA, au plus tard, au 31 décembre de l'année du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré(e) ;
- pour la garantie Décès, au plus tard, au 31 décembre de l'année du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré(e) ;
- en cas de défaut de paiement de la cotisation, conformément aux dispositions de l'article 11.

16) RÉSILIATION

16.1 RÉSILIATION À L'INITIATIVE DE L'ADHÉRENT(E)

16.1.1 RÉSILIATION ANNUELLE

L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative de l'Adhérent(e), si elle est adressée 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 la fin de l'année civile.

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

16.1.2 RÉSILIATION EXCEPTIONNELLE EN CAS DE MODIFICATION DES DROITS ET OBLIGATIONS DES ASSURÉ(ES)

L'adhérent(e) peut mettre fin à son adhésion dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise par le 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.

16.2 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 11.

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

Sous réserve de l'application de l'article 6 relatif aux exclusions, tout règlement des prestations nécessite la présentation des pièces ci-dessous mentionnées.

L'ADEP se réserve le droit de demander tout autre document complémentaire nécessaire à la gestion du dossier.

17.1. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'Assuré(e) pendant la période de garantie, ADEP règle le capital et la rente certaine garantis au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s).

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-après :

- une demande écrite datée et signée du Bénéficiaire,
- une copie intégrale de l'acte de décès de l'Assuré(e),
- 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,
- un relevé d'identité bancaire au nom du ou des Bénéficiaire(s),
- toute autre pièce jugée nécessaire par l'ADEP.

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

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'ADEP, 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 un (1) mois 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'ADEP 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(e) dans la Demande d'adhésion.

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

17.2. CONDITIONS DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS EN CAS DE PTIA

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

Les prestations dues par l'ADEP sont payables exclusivement par virement sur le compte bancaire de l'Assuré(e) 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 du paiement des prestations,
- une photocopie lisible d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport), datée et signée au nom de l'Assuré(e)
- 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 BEZIERS 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(e)),
- un certificat médical attestant l'obtention de la tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie,
- le cas échéant, la notification d'attribution d'une pension d'invalidité, 3^e catégorie, avec majoration pour tierce personne au titre de son régime propre d'assurance maladie,
- les références bancaires de l'Assuré(e) pour effectuer le versement du capital et de la rente,

- toute autre pièce jugée nécessaire par l'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'ADEP, 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 de l'Assuré(e).

Le versement du capital forfaitaire sera effectué dans un délai de un (1) mois 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(e) dans la Demande d'adhésion.

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

Le versement de la rente, au titre de la PTIA à l'Assuré(e), éteint définitivement la garantie Décès.

18) CONTRÔLE MÉDICAL ET ARTIBRAGE

18.1. 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 ainsi que sa 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).

18.2. 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 experts 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.

19) BÉNÉFICIAIRES

19.1. BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS

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(e) désigne des Bénéficiaires subsidiaires, donc de deuxième rang, voire de troisième rang.

Ainsi, 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'Adhérent(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'Adhérent(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'Adhérent(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 appropriée.

L'attention de l'Adhérent(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'Adhérent(e) souhaite lui substituer un autre Bénéficiaire.

L'acceptation peut être faite soit par un avenant signé de la Mutuelle, de l'Adhérent(e) et du Bénéficiaire, soit par acte authentique ou par acte sous seing privé, signé de l'Adhérent(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.

A 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'Assuré(e), non séparé de corps par un jugement définitif, ni divorcé, ou au partenaire avec lequel l'Assuré(e) est lié(e) par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, aux descendants de l'Assuré(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'Assuré(e), par parts égales entre eux, ou au survivant d'entre eux,
- à défaut, aux frères et sœurs de l'Assuré(e), par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers de l'Assuré(e), selon la dévolution successorale.

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

19.2 BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE PTIA

En cas de PTIA, le capital et la rente trimestrielle certaine sont versés à l'Assuré(e).»

21) RÉCLAMATION

Pour toute réclamation concernant le Contrat, l'Adhérent(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 : serviceclamation@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 (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..

22) 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'Adhérent 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'adhérent 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'Adhérent 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'Adhérent 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 BÉZIERES ou par e-mail à dpo@adep.com.

En outre, l'Adhérent 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'Adhérent 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.

23) DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TELEPHONIQUE

Conformément aux dispositions des articles L. 223-1 et L. 223-2 du Code de la consommation, l'Adhérent 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'Adhérent 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'Adhérent 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.

24) PRESCRIPTION

24.1 DÉFINITION DE LA PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi.

24.2 MODALITÉS DE LA PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Adhérent(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'Adhérent(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'Adhérent(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° de l'article L. 111-1, le Bénéficiaire n'est pas l'Adhérent(e) et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les

Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Adhérent(e) décédé(e).

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

24.3 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'Adhérent(e), en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent(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)

24.4 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.

25) 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 l'Adhérent (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'Adhérent(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.

26) 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.

27) 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.

Le rapport sur la solvabilité et la situation financière de Mutuelle Bleue prévu est accessible sur le site internet de la Mutuelle à l'adresse suivante : www.mutuellebleue.fr/mutuelle-bleue/

Besoin d'assistance ?

Contactez-nous :

- depuis la France métropolitaine au 01.40.25.52.55
- depuis l'étranger 00 33 (1) 40.25.52.55
- accessibles 24h/24 et 7j/7,
- sauf mention contraire dans la convention

- Accès sourds et malentendants : <https://accessibilite.votreassistance.fr> (24h/24)

Veuillez nous indiquer :

- Le nom et le numéro du contrat souscrit : 920629
- Les nom et prénom du Bénéficiaire
- L'adresse exacte du Bénéficiaire
- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

Les prestations de la présente convention d'assistance souscrite par ADEP auprès de :

FRAGONARD ASSURANCES

SA au capital de 37 207 660 €

479 065 351 RCS Paris

Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris

Entreprise régie par le Code des assurances

sont mises en œuvre par :

AWP FRANCE SAS

SAS au capital de 7 584 076,86 €

490 381 753 RCS Bobigny

Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.oriass.fr/>

Ci-après désignée sous le nom commercial « Mondial Assistance »

assuré et vivant habituellement sous son toit.

ENFANTS

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous son toit.

MEMBRE DE LA FAMILLE

Conjoint, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire décédé, ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire décédé.

Le Membre de la famille doit avoir son Domicile sur le territoire de Domicile du Bénéficiaire assuré.

PROCHE

Toute personne, Membre de la famille ou non résidant sur le territoire de Domicile du Bénéficiaire et désignée par ce dernier.

DOMICILE

Lieu de résidence principale en France métropolitaine, Martinique, Guadeloupe, Guyane, Ile de la Réunion, Mayotte et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu

PAYS DE RESIDENCE PRINCIPALE

Lieu de situation du Domicile : France métropolitaine, Guyane.

ILE DE RESIDENCE PRINCIPALE

Lieu de situation du Domicile : Martinique, Guadeloupe, Ile de la Réunion, Mayotte.

PAYS D'ORIGINE

Lieu de situation du Domicile : Madagascar.

FRANCHISE

Les prestations « Assistance en cas de décès en voyage » sont accordées au-delà de 50 km du Domicile du Bénéficiaire.

Les autres prestations sont accordées dès le Domicile du Bénéficiaire.

FRAIS FUNÉRAIRES

Frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation obligatoires, de conditionnement, nécessaires au transport de corps et conformes aux réglementations locales et internationales applicables sur le lieu du décès et le lieu des obsèques.

Sont exclus les frais d'habillement, d'embaumement, de cérémonie, d'inhumation et de crémation.

Lorsque le transport de corps peut être effectué sans cercueil conformément aux normes en vigueur, les frais de cercueil ne sont pas pris en charge.

PRESTATAIRE

Prestataire de services, professionnel référencé par Mondial Assistance.

PAYS NON COUVERTS

Corée du Nord. La liste mise à jour des pays exclus, est disponible sur le site internet d'AWP France SAS à l'adresse suivante : <http://paysexclus.votreassistance.fr>

1. VALIDITE DE LA CONVENTION

VALIDITE TERRITORIALE

Le bénéfice des prestations « Assistance en cas de décès au Domicile ou proche du Domicile » est ouvert pour les événements survenus dans le Pays de résidence principale ou l'Ile de résidence principale du Bénéficiaire exclusivement.

Le bénéfice des prestations « Assistance en cas de décès en voyage » est ouvert pour les événements survenus dans le monde entier à l'exception des Pays non couverts et au cours de déplacement privé n'excédant pas 90 (quatre-vingt-dix) jours consécutifs

DUREE DE VALIDITE

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat Obsèques et de l'accord liant ADEP et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

2. DÉFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la présente Convention d'assistance « Assistance Obsèques » (ci-après la « Convention »), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

BENEFICIAIRE

- Personne physique ayant souscrit un contrat d'assurance Obsèques pour son propre compte ou pour le compte de laquelle le contrat d'assurance Obsèques a été souscrit par un tiers, le « Bénéficiaire assuré » son Conjoint, non séparés,
- Les Enfants,

CONJOINT

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire

3. PRESTATIONS

Mondial Assistance se réserve le droit, préalablement à toute intervention, de vérifier la qualité de Bénéficiaire du demandeur ainsi que la matérialité de l'événement ouvrant droit aux prestations.

3.1 INFORMATIONS DECES / SUCCESSION

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés (fuseau horaire de France métropolitaine), le Bénéficiaire, pour préparer sa succession, ou ses Proches, trouvera auprès des spécialistes de Mondial Assistance, 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, Pôle emploi, établissements financiers, Sécurité Sociale, allocations familiales, mutuelles, administration fiscale...
- Le compte bancaire joint, les assurances...
- Les déclarations à la mairie...

3.2 ASSISTANCE EN CAS DE DECES AU DOMICILE OU PROCHE DU DOMICILE

Lorsque le Bénéficiaire décède au Domicile ou en milieu hospitalier proche du Domicile, Mondial Assistance apporte son concours à ses Proches pour les aider à faire face :

A l'organisation des obsèques

A la demande de la famille du Bénéficiaire et pour son compte, Mondial Assistance peut se charger de coordonner l'organisation des obsèques en France métropolitaine, Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Mayotte : convoi, cérémonie religieuse, ouverture du caveau et mise en bière.

Pour ce faire, Mondial Assistance fait appel à son Prestataire habituel ou à celui désigné par la famille ou par le Bénéficiaire et transmet à ce dernier les informations confiées à Mondial Assistance.

Dans ce cas, le 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.

Au retour au Domicile

Des Membres de la famille résidants habituellement au Domicile du Bénéficiaire décédé s'ils ne peuvent rejoindre leur Domicile par les moyens initialement prévus.

3.3 ASSISTANCE EN CAS DE DECES EN VOYAGE

Mondial Assistance 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 d'origine, Pays de résidence principale ou Ile 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'1 (un) Membre de la famille

voyage aller et retour d'un (1) Membre de la famille ou d'un (1) Proche au départ du Pays de résidence principale ou Ile 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 (1) Membre de la famille », dans la limite de 60 € TTC par nuit avec un maximum de 600 € TTC.

ASSISTANCE AUX PERSONNES VOYAGEANT AVEC LE BENEFICIAIRE DECEDE

Le retour au Domicile

des membres de la famille résidants habituellement au Domicile du Bénéficiaire (Conjoint, ascendant ou descendant direct) s'ils ne peuvent rejoindre leur Domicile par les moyens initialement prévus.

4. RESPONSABILITÉ

Mondial Assistance ne peut en aucun cas se 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 ne sera pas tenue responsable des manquements 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, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère de l'Économie et des Finances : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Une information pour chaque pays est également disponible dans la rubrique « Conseil aux voyageurs » du site internet du Ministère des Affaires étrangères et du Développement international <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays/>

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou ses proches de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. Elle ne sera pas tenue responsable :

- des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité,
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

5. EXCLUSIONS

Outre les exclusions prévues à la Convention, sont toujours exclus :

- les conséquences des suicides ou les conséquences des tentatives de suicide du Bénéficiaire ;
- les frais engagés sans l'accord préalable de Mondial Assistance ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,

qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales ;

- les dommages de toute nature causés ou provoqués par un Bénéficiaire ou avec sa complicité, ou consécutifs à une négligence caractérisée, une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire (L113-1 alinéa 2 Code des assurances), sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;
- les conséquences de :
 - la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des grèves, des prises d'otage, de la manipulation d'armes ;
 - la consommation d'alcool par un Bénéficiaire et/ou l'absorption par un Bénéficiaire de médicaments, drogues ou toute substance stupéfiante mentionnée au Code de la santé publique, non prescrits médicalement ;
 - la participation à tout sport exercé à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires ;
 - l'inobservation d'interdictions officielles, ainsi que le non-

respect des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive ;

- l'accident survenu lors de la pratique par un Bénéficiaire de l'un des sports, qu'il soit pratiqué à titre individuel ou dans le cadre d'une activité encadrée par une fédération sportive ; le kite-surf, le skeleton, le bobsleigh, le saut à ski, toute glisse hors-piste, l'alpinisme à plus de 3 000 m, la varappe, la spéléologie, le delta-plane, planeur, parapente, toute activité de parachutisme ainsi que tout sport effectué avec ou à partir d'aéronefs ultralégers motorisés au sens du Code de l'aviation civil.

6. MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante : reclamation@votreassistance.fr

(ou envoyer un courrier à l'adresse : AWP FRANCE SAS, Service Réclamations, TSA 70002 – 93488 Saint Ouen Cedex.)

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mondial Assistance le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance
<http://www.mediation-assurance.org>
LMA
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFA ont mis en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par la Charte de la Médiation de l'Assurance.

7. COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE

Mondial Assistance fait éléction de domicile en son siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen.

Les contestations qui pourraient être élevées contre Mondial Assistance à l'occasion de la mise en œuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

8. PRÉSCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

- Article L114-1 du Code des assurances

- « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, 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 contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les 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°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

- Article L114-2 du Code des assurances

- « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

- Article L114-3 du Code des assurances

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

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code Civil, parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice même en référé, l'acte d'exécution forcée.

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription, se reporter aux articles du Code civil précités.

9. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement UE 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.

Fragonard Assurances est le responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données le Bénéficiaire peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : informations-personnelles@votreassistance.fr.

Le Bénéficiaire est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle il peut s'inscrire : <https://conso.bloctel.fr/>.

Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente a été remise au Bénéficiaire lors de la souscription du contrat.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Fragonard Assurances se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

10. AUTORITÉ DE CONTROLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09 - www.acpr.banque-france.fr

11. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la convention est le français.

Déclaration de confidentialité

La sécurité de vos données personnelles nous importe

Fragonard Assurances est une compagnie d'assurance agréée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) proposant des produits et services d'assurance. Protéger votre vie privée est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment nous collectons les données personnelles, quel type de données nous collectons et pourquoi, avec qui nous les partageons et à qui nous les divulguons. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

1. Qui est le responsable du traitement des données ?

Le responsable du traitement des données est la personne, physique ou morale, qui contrôle et est responsable de la conservation et de l'utilisation des données personnelles, au format papier ou électronique. Fragonard Assurances (« Nous », « Notre ») est responsable du traitement des données, tel que défini par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

2. Quelles données personnelles sont collectées ?

Nous collecterons et traiterons différents types de données personnelles vous concernant, conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, nous pourrions être amenés à collecter et traiter les « données personnelles sensibles » vous concernant.

En souscrivant le présent contrat, vous vous engagez à communiquer les informations figurant dans cette déclaration de confidentialité à tout tiers pour lequel toute donnée personnelle pourrait nous être transmise (ex. les autres assurés, les bénéficiaires, les tiers impliqués dans le sinistre, les personnes à prévenir en cas d'urgence, etc.), et vous acceptez de ne pas communiquer ces informations autrement.

3. Comment vos données personnelles sont-elles collectées et traitées ?

Nous collecterons et traiterons les données personnelles que vous nous transmettez et celles que nous recevons de tiers (comme expliqué plus bas) pour un certain nombre de finalités et sous réserve de votre consentement exprès, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
Administration du contrat d'assurance (ex. : traitement des réclamations, les enquêtes et estimations nécessaires à la détermination de l'existence de l'évènement garanti et du montant des indemnités à verser ou le type d'assistance à fournir, etc.)	Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer votre niveau de satisfaction et de l'améliorer	Non. Nous avons un intérêt légitime à vous contacter après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de nous assurer que nous avons exécuté nos obligations contractuelles d'une manière satisfaisante. Toutefois, vous avez le droit de vous y opposer en nous contactant comme cela est expliqué dans la section 9 ci-dessous.
Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance et les activités d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives)	Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
À des fins de vérification, pour nous conformer aux obligations légales ou aux procédures internes	Non. Nous pouvons traiter vos données dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par nos procédures internes. Nous ne solliciterons pas votre consentement au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de notre intérêt légitime. Toutefois, nous nous assurerons que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par notre société mère.
Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation	Si nous réalisons l'une de ces activités de traitement, nous le ferons en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données « à caractère personnel » et votre consentement n'est plus requis.
Pour la gestion du recouvrement de créances	Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.
Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques, y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre	Non. Il est entendu que la détection et la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du Responsable du traitement. Par conséquent, nous sommes en droit de traiter vos données à cette fin sans avoir à recueillir votre consentement.

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, nous traiterons les données personnelles vous concernant que nous recevons de notre partenaire commercial ADEP.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre consentement exprès n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou de la gestion de votre sinistre, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales.

Vos données personnelles seront nécessaires pour tout achat de nos produits et services. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces données, nous ne serons pas en mesure de vous garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles de vous intéresser, ou encore de vous proposer des offres adaptées à vos exigences spécifiques.

4. Qui peut accéder à vos données personnelles ?

Nous nous assurons que vos données personnelles sont traitées dans le respect des finalités indiquées plus haut.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que tiers, responsables du traitement des données :

- organismes du secteur public, autres sociétés de notre groupe, autres assureurs, réassureurs.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que préposés au traitement des données, opérant sous notre responsabilité :

- autres sociétés de notre groupe (dont AWP France SAS), consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégués de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents)

En définitive, nous pourrions être amenés à partager vos données personnelles dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

5. Où sont traitées vos données personnelles ?

Vos données personnelles pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section 4, toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Nous ne divulguons pas vos données personnelles à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert de vos données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société de notre groupe, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend notre groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés de notre groupe. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, nous prendrons des mesures afin de garantir que le transfert de vos données personnelles hors UE sera effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Vous pouvez prendre connaissance des mesures de protection que nous mettons en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en nous contactant comme indiqué dans la section 9.

6. Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit :

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsable(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez

contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;

• d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et

• de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente - Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant comme indiqué à la section 9.

7. Comment vous opposer au traitement de vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement des dites données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis dans la section 6.

8. Combien de temps conserverons-nous vos données personnelles ?

Nous ne conserverons vos données à caractère personnel que pendant la durée nécessaire aux fins indiquées dans la présente déclaration de confidentialité puis elles seront supprimées ou anonymisées une fois qu'elles ne sont plus nécessaires. Ci-dessous nous vous communiquons quelques-unes des durées de conservation applicables aux finalités indiquées à la section 3 ci-dessus.

- Pour une durée de cinq (5) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance
- En cas de sinistre – cinq (5) ans à compter du règlement du sinistre.
- En cas de sinistre avec dommages corporels – dix (10) ans à compter du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations – cinq (5) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat – cinq (5) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Toutefois, sachez que des obligations ou des événements spécifiques supplémentaires peuvent parfois annuler ou modifier ces durées, tels que des litiges ou des enquêtes réglementaires en cours, qui peuvent remplacer ou suspendre ces durées jusqu'à ce que l'affaire soit close et que le délai applicable d'examen ou d'appel ait expiré. En particulier, les durées de conservation basées sur des prescriptions dans le cadre d'actions en justice peuvent être suspendues puis reprendre par la suite.

9. Comment nous contacter ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS

Département Protection des Données Personnelles

7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

10. À quelle fréquence mettons-nous à jour la présente déclaration de confidentialité ?

Nous procédons régulièrement à la révision de cette déclaration de confidentialité.

Il n'est pas autrement dérogé aux clauses et conditions du Contrat.

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 BAIÉ 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