



NOTICE D'INFORMATION

ADEP 100% SANTÉ FIRST

ADEP 100% SANTÉ FIRST

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCES MB/SANTÉ/GLOBAL N° 05 À ADHÉSION FACULTATIVE

Ce que vous devez savoir avant de vous engager

INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Le Contrat ADEP FIRST 100% Santé est un contrat collectif à adhésion facultative, souscrit par l'Association de Prévoyance Créole, assuré par Mutuelle Bleue, Mutuelle 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), 4 place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de Mutuelle Bleue.

Le montant de la cotisation est fixé à la souscription et calculé en fonction du niveau de garanties souscrites, des options éventuellement choisies, de l'âge de chacun des Assurés (cette cotisation augmente par tranche d'âge), et enfin, selon le régime d'affiliation de l'Adhérent.

La cotisation est payable d'avance. L'Adhérent(e) peut opter pour un paiement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel.

Les garanties prévues par le Contrat sont des garanties « frais de santé » qui ont pour objet, en cas d'Accident, de Maladie ou de Maternité, d'assurer à l'Adhérent(e) et éventuellement à ses Ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par les Régimes obligatoires d'assurance maladie maternité.

Ces garanties frais de santé incluent un service de téléconsultation médicale assuré par la Mutuelle, en partenariat avec AXA ASSISTANCE FRANCE.

Le Contrat ADEP FIRST 100% Santé propose des prestations optionnelles (« Protection Accident », « Protection Hospi », « Capital Equipement Dépendance / Handicap », « Capital Maladies Graves»), et une garantie optionnelle d'assistance, ci-après dénommée « Assistance santé », assurée par un prestataire.

Les exclusions prévues par le Contrat ADEP FIRST 100% Santé sont celles prévues à l'article 22 de la présente Notice d'information.

La présente offre contractuelle est valable jusqu'à la date indiquée sur le devis personnalisé.

La durée minimale de l'adhésion s'étend à compter de sa date d'effet jusqu'à la date anniversaire. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction.

La souscription se fait au moyen d'une demande d'adhésion remplie et signée par l'Adhérent(e).

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.

L'Adhérent(e) bénéficie d'un délai de renonciation de trente (30) jours calendaires à compter, soit du jour où il (elle) est informé(e) que son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu.

Pour cela, il lui suffit d'adresser à ADEP, 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BEZIERS cedex, une Lettre Recommandée avec Avis de Réception, pouvant être rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme) (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion

au Contrat ADEP FIRST 100% Santé que j'ai souscrit le J'atteste n'avoir connaissance, à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis la date de conclusion du contrat. Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, 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 »

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

En cas de réclamation, l'Adhérent(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) 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 dont les coordonnées sont les suivantes :

• Courrier : Fédération Nationale de la Mutualité Française

Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française
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.

SOMMAIRE

TITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5
1) DÉFINITIONS.....	5
2) GARANTIES PROPOSÉES.....	6
3) OBJET DU CONTRAT.....	6
4) SERVICE NON RÉGIS PAR LA PRÉSENTE NOTICE.....	6
5) NATURE DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES	
FRAIS DE SANTÉ.....	6
6) CONDITIONS D'ADHÉSION.....	6
7) DATE D'EFFET, DURÉE ET RENOUELEMENT	
DE L'ADHÉSION.....	6
8) DROIT DE RENONCIATION.....	6
9) RÉSILIATION DES GARANTIES.....	7
10) EFFET DE LA RÉSILIATION.....	7
TITRE 2 – COTISATIONS	7
11) MONTANT DES COTISATIONS.....	7
12) ÉVOLUTION DES COTISATIONS.....	7
13) PAIEMENT DES COTISATIONS.....	7
14) DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS.....	8
TITRE 3 – LES GARANTIES	8
15) GARANTIES FRAIS DE SANTÉ.....	8
15.1 Dispositions générales.....	8
15.2. Prestations afférentes à la Garantie Frais de Santé.....	9
15.3. Changement et modification des garanties.....	9
15.4. Cessation des garanties Frais de Santé.....	9
15.5. Principe Indemnitare.....	10
15.6. Carte de Tiers Payant.....	10
15.7. Le règlement de la garantie Frais de Santé.....	10
15.8. Les risques exclus et les risques assurés.....	10
TITRE 4 – GARANTIES OPTIONNELLES	10
16) OPTION «PROTECTION ACCIDENT».....	10
17) OPTION «PROTECTION HOSPI».....	12
18) OPTION «CAPITAL ÉQUIPEMENT DÉPENDANCE / HANDICAP».....	13
19) OPTION «CAPITAL MALADIES GRAVES».....	14
TITRE 5 – AUTRES DISPOSITIONS	16
20) OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR.....	16
21) CONTRÔLE MÉDICAL ET ARBITRAGE.....	16
21.1. Contrôle médical.....	16
21.2. Arbitrage.....	16
22) PRESCRIPTION.....	16
22.1. Définition de la prescription.....	16
22.2. Modalités de la prescription.....	16
22.3. Interruption de la prescription.....	16
22.4. Suspension de la prescription.....	17
23) RÉCLAMATION.....	17
24) ENGAGEMENTS DE L'ADHERENT(E).....	17
25) SANCTIONS.....	17
26) LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE	
CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME.....	17
27) PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES.....	17
28) DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE.....	17
TERRITORIALITÉ.....	17
30) AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE.....	17
GARANTIES ANNEXES :	
ANNEXE 1 - ADEP ASSISTANCE SANTÉ.....	19
ANNEXE 2 - TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE.....	26

NOTICE D'INFORMATION

AU CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCES MB/SANTÉ/GLOBAL n°05
À ADHÉSION FACULTATIVE

Souscrit par l'Association de Prévoyance Créole au profit de ses Adhérents

TITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1) DÉFINITIONS

Accident : 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.

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.

Ayants droit : Personnes bénéficiant des prestations complémentaires maladie de la Mutuelle, non à titre personnel mais du fait de leurs liens avec l'Adhérent. Peuvent être considérés comme Ayants droit de l'Adhérent(e) :

- le conjoint exerçant ou non une activité professionnelle,
- le concubin vivant maritalement avec l'Adhérent(e), exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'Adhérent(e) et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataire, veuf ou divorcé). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'Adhérent(e) et de son concubin(ne), ou un certificat de vie commune ou de concubinage, devra être adressée à ADEP et renouvelée annuellement,
- le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité, sur présentation d'une copie du récépissé de l'enregistrement du pacte civil de solidarité (PACS) ou d'une copie du contrat,
- les enfants à charge au sens de l'article L. 161-1 du Code de la Sécurité sociale mais également les enfants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28ème anniversaire justifiant de la qualité d'étudiant, d'apprenti, de chercheur d'emploi, de personne handicapée ayant un taux d'incapacité permanente d'au moins 80% et ne pouvant prétendre au versement de l'allocation aux adultes handicapés, de bénéficiaire d'un contrat de professionnalisation, de bénéficiaire d'un contrat d'insertion,
- à la demande expresse du représentant légal, la personne vivant sous le toit de l'Assuré(e) sociale(e) et à sa charge, et les ascendants, descendants et collatéraux.

Assuré(e) : Toute personne physique qui bénéficie de la garantie souscrite dans le cadre de l'adhésion, à savoir l'Adhérent(e) lui-même(elle-même) et le ou les Ayants droit désignés par celui-ci(elle-ci) sur la demande d'adhésion.

Base de remboursement (B.R.) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Notion pouvant encore être appelée « tarif de responsabilité ».

Calcul de l'âge : Votre âge est l'âge que vous aurez au 31 décembre de l'année en cours.

Cancer : Tumeur caractérisée par un développement anarchique et diffus de cellules malignes avec invasion possible des tissus voisins.

Cancer de la prostate : Cancer qui se développe chez l'homme à partir des cellules de la glande prostatique.

Cancer féminin : Cancer atteignant le sein ou l'appareil reproducteur féminin, c'est-à-dire l'ovaire, l'utérus, le vagin et les organes génitaux externes.

Contrat Responsable : Contrat dont les garanties respectent les critères fixés par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ces critères consistent à ce que les garanties prennent en charge certaines prestations et en excluent d'autres.

Délai d'attente : Période qui suit l'adhésion à la Mutuelle et pendant laquelle l'Assuré(e) ne peut bénéficier de tout ou partie des prestations souscrites.

Délai de franchise : Le délai de franchise est le nombre minimum de jours consécutifs d'hospitalisation ouvrant droit à une prise en charge par la Mutuelle.

Diagnostic : Résultat d'un examen effectué par un anatomopathologiste.
Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) : Terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant choisi l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).

L'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). L'OPTAM-CO visant de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

Honoraires Limites de Facturation : honoraire maximal facturable par le chirurgien-dentiste à l'Assuré pouvant faire l'objet d'une entente directe. Ils sont fixés par la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, approuvée par l'arrêté du 20 août 2018 (publié au Journal Officiel du 25 août 2018).

Hospitalisation : Le séjour de plus de 24 h dans une clinique ou un

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 :

Immatriculée au RCS de Pointe à Pitre
sous le n° 480 434 281
et à l'ORIAS sous le n° 07 035 445

574 route de Corneilhan -
CS 80618 34535 BÉZIERS Cedex
ci-après dénommée « ADEP »

Auprès de : MUTUELLE BLEUE

Mutuelle régie par le livre II du code de la Mutualité
immatriculée au répertoire Sirene sous le n° 775 671 993
pour la garantie Prévoyance

25 Place de la Madeleine
75008 PARIS

ci-après dénommée « la Mutuelle »

Et par l'intermédiaire de :

AWP France SAS Mondial Assistance

Société de courtage d'assurances

7, rue Dora Maar
93400 SAINT OUBIN

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 «ADEP Assistance Santé»

AXA Assistance France 6, rue André Gide 92320 Châtillon

Société anonyme soumise au code des assurances - située au
capital de 2 082 094 € - RCS Nanterre 311 338 339

Pour la garantie «Téléconsultation»

hôpital en qualité d'accidenté(e) ou de malade.

Les hospitalisations effectuées dans un établissement de soins habilité (hôpital, clinique), étant précisé que ne sont pas garantis par le Contrat ADEP FIRST 100% Santé l'hospitalisation à domicile, la rééducation fonctionnelle, les séjours effectués dans des établissements classés comme maisons de repos, centres ou maisons de convalescence, établissements thermaux, hospices et maisons de retraite.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une Autorité médicale compétente et qui nécessite un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

Maternité : L'état de grossesse, l'interruption de grossesse, l'accouchement, les suites de couche ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Nomenclature des actes : Elle liste les actes et biens médicaux remboursables. Elle sert de base pour les calculs des remboursements des Régimes obligatoires ou complémentaires.

Parcours de soins coordonnés : Établi et coordonné par le médecin traitant désigné par l'Assuré(e), son respect influe sur le taux de remboursement du Régime obligatoire

Prix Limites de Vente (PLV) : prix maximums facturables par le professionnel de santé, fixés par le Comité Economique des produits de santé (CEPS) pour les dispositifs médicaux inscrits sur une liste de produits et prestations visée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale. Conformément au niveau de garanties de l'Assuré, la Mutuelle interviendra, en complément du remboursement du Régime obligatoire, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

Régime obligatoire (R.O) : C'est le Régime d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel est affilié(e) l'Assuré(e).

Sécurité sociale : Terme désignant l'assurance maladie du Régime général de Sécurité sociale français.

Télétransmission : Le système de Télétransmission Noémie est un échange d'informations automatisé entre les caisses d'assurance maladie et la Mutuelle. Il permet d'assurer des remboursements de frais médicaux dans un délai très rapide puisque les décomptes de l'assurance maladie sont transmis à la Mutuelle sans que l'Assuré n'ait besoin de lui adresser.

Ticket Modérateur : C'est la différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, et TR) pris en compte par le Régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier. Elle représente la fraction de dépense de frais de soins de santé laissée à la charge de l'Assuré(e).

Tiers Payant (TP) : Système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux.

Il est matérialisé par une carte Vitale qui atteste des droits de l'Assuré à l'assurance maladie.

La Mutuelle délivre à l'Adhèrent une carte de Tiers Payant santé qui lui permet, à lui ou ses Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur.

2) GARANTIES PROPOSÉES

Le Contrat ADEP FIRST 100% Santé comprend les trois (3) formules de garanties suivantes :

- Niveau 01
- Niveau 02
- Niveau 03

3) OBJET DU CONTRAT

Les garanties frais de santé ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer à l'Adhèrent, et éventuellement à ses Ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par les Régimes Obligatoires d'assurance maladie maternité français.

Est également inclus un service de téléconsultation médicale assuré par la Mutuelle et dont AXA ASSISTANCE FRANCE en est le prestataire (détail de la garantie en annexe 2).

Peuvent également être couvertes des prestations non prises en charge par les Régimes Obligatoires d'assurance maladie maternité.

En tout état de cause, l'Adhèrent et leurs Ayants droit bénéficient de prestations, conformément au niveau de garanties choisi auquel peut(peuvent) être ajoutée(s) une(des) prestation(s) optionnelle(s).

4) SERVICES NON RÉGIS PAR LA PRESENTE NOTICE

Les options « Protection Accident », « Protection Hospi » et « Capital Equipement Dépendance / Handicap », éventuellement choisies, sont assurées par la Mutuelle. Les règles particulières applicables aux options sont régies par les Conditions Spécifiques figurant en annexe.

Les services d'assistance sont inclus et sont assurés par un prestataire dont les coordonnées figurent dans les Conditions Générales de l'assiste figurant en annexe de la présente Notice d'information.

Les services assurés par un prestataire sont susceptibles d'être modifiés et/ou remis en cause par ce dernier.

5) NATURE DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES FRAIS DE SANTÉ

Le Contrat ADEP FIRST 100% Santé est solidaire, c'est-à-dire qu'il n'y a ni questionnaire médical à l'adhésion, ni tarification du risque en fonction de l'état de santé de l'Assuré(e).

De plus, le contrat ADEP FIRST 100% Santé respecte les dispositions du cahier des charges des Contrats Responsables tel que défini aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ces articles posent des principes de prises en charge et d'exclusions ainsi que, notamment, le remboursement de certains actes de prévention et l'absence de prise en charge de la majoration du Ticket Modérateur appliqué par le Régime obligatoire dans certaines situations, du dépassement d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins, de la participation forfaitaire ainsi que des franchises.

En cas d'évolution législative et réglementaire des règles afférentes aux contrats dits solidaires et responsables, le contrat ADEP FIRST 100% Santé sera mis en conformité, conformément aux statuts de la Mutuelle, et après information préalable des Adhérents(es).

En cas de désaccord de la part d'un(e) Adhèrent(e) sur ces aménagements, celui-ci (celle-ci) aura alors la possibilité de résilier son adhésion conformément à l'article 8.2 de la présente Notice d'information.

6) CONDITIONS D'ADHÉSION

La personne désireuse d'adhérer au contrat ADEP FIRST 100% Santé doit être membre de l'Association de Prévoyance Créole. Elle doit également être assujettie à un Régime obligatoire de Sécurité sociale français en qualité d'assuré(e) social(e).

Elle doit remplir une demande d'adhésion sur laquelle elle devra répondre sous forme de déclaration à une demande d'information concernant sa situation personnelle et celle des personnes à assurer en qualité d'Ayants droit.

Ces informations seront reprises dans le Certificat d'adhésion. Elles servent de base à l'établissement de l'adhésion.

La personne souscriptrice du Contrat ADEP FIRST 100% Santé acquiert alors la qualité d'Adhèrent(e) à la Mutuelle ou de membre participant. Elle devient également Assurée du Contrat et pourra affilier, le cas échéant, ses Ayants droit. Ces derniers deviennent alors également Assurés du Contrat. L'Adhèrent signe pour ses Ayants droit.

L'attention de l'Adhèrent(e) est attirée sur le fait que le niveau de garanties souscrit par ce(cette) dernier(e) et le niveau de garanties de ses Ayants droit doit être identique.

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

7) DATE D'EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation.

L'adhésion s'entend pour la durée d'une année (12 mois consécutifs) suivant la date d'effet de l'adhésion puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction, à chaque échéance annuelle (ci-après dénommée « date anniversaire »), sauf résiliation dans le respect des conditions prévues à l'article 9.1 de la présente Notice d'information.

Lorsque l'Adhèrent(e) demande postérieurement à son adhésion, l'extension des garanties pour un Ayant droit, jusqu'alors non assuré dans le cadre de l'adhésion, la date d'effet de la garantie de ce (cette) nouvel(le) Assuré(e) débutera au plus tôt au 1er du mois qui suit la réception de la demande par ADEP ou, pour le bénéfice de certaines garanties.

8) DROIT DE RENONCIATION

Pour que l'Adhèrent(e) puisse prendre une décision en toute connaissance de cause, il (elle) dispose d'un délai de renonciation de trente (30) jours, décomptés à partir du moment où il (elle) est informé(e) que son adhésion a pris effet, ou, en cas de vente à distance, à compter 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 ADEP FIRST 100% Santé est conclu.

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

Si l'Adhérent(e) décide de renoncer à l'adhésion au Contrat ADEP FIRST 100% Santé, ADEP s'engage à lui rembourser intégralement son versement dans les trente (30) jours qui suivent la réception de sa demande.

Pour faire part de son intention, il suffit à l'Adhérent(e) de retourner, par Lettre Recommandée avec Avis de Réception adressée à ADEP, 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BÉZIERS Cedex, une lettre de renonciation pouvant être rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme).....(nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au Contrat ADEP FIRST 100% Santé que j'ai souscrit le

J'atteste n'avoir contracté, à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis la date de conclusion du contrat.

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

Fait à, le

Signature »

L'Adhérent(e) doit veiller à indiquer les références de son adhésion dans cette lettre. L'exercice de la faculté de renonciation entraîne de plein droit la nullité de l'adhésion au Contrat ADEP FIRST 100% Santé et de toutes les garanties et annexes s'y rapportant.

En cas d'exercice du droit à renonciation dans le délai de trente (30) jours, les dispositions suivantes s'appliqueront :

- Si des prestations ont été versées, l'Adhérent(e) s'engage à rembourser à ADEP les montants éventuellement perçus dans un délai de trente (30) jours. Le remboursement sera alors à adresser à ADEP par l'Adhérent(e) ;
- Si des cotisations ont été perçues, ADEP les remboursera à l'Adhérent(e) dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation.

9) RÉSILIATION DES GARANTIES

9.1. Résiliation à l'initiative de l'Adhérent(e)

9.1.1. L'Adhérent(e) peut mettre fin à son adhésion chaque année par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité adressée au siège d'ADEP deux (2) mois au moins avant la date d'anniversaire de l'adhésion.

Le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de cette lettre (cachet de la Poste faisant foi).

L'Adhérent sera informé de son droit à dénonciation de son adhésion dans l'avis d'échéance de cotisations.

9.1.2. L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion, à tout moment, sans frais ni pénalité, à l'issue d'un délai d'un (1) an à compter de la date de sa première souscription.

Pour ce faire, l'Adhérent peut notifier ADEP son souhait de résilier son Contrat :

1° Soit par lettre ou tout autre support durable, auprès d'ADEP à l'adresse suivante :

Service résiliation
574 route de Corneilhan - CS 80618
34535 BÉZIERS Cedex
service.resiliation@adep.com

2° Soit par déclaration faite au siège de l'ADEP ;

3° Soit par acte extrajudiciaire ;

4° Soit, lorsque l'ADEP propose la conclusion du Contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Dans le cas où l'Adhérent demande à son nouvel organisme assureur, auprès duquel il souhaite souscrire un contrat d'assurance, d'effectuer les formalités nécessaires à l'exercice de son droit de résiliation, ce dernier envoi, pour son compte, la notification de résiliation. Cette notification doit être envoyée par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique à ADEP à l'adresse postale suivante :

Service résiliation
574 route de Corneilhan - CS 80618
34535 BÉZIERS Cedex
service.resiliation@adep.com

Dans tous les cas, ADEP confirme par écrit la réception de la notification de résiliation à l'Adhérent.

ADEP envoi, sur tout support durable, un avis de résiliation, qui comprend, lorsque sont remplies les conditions de résiliation prévues à l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité, la date de prise d'effet de la résiliation. Dans l'hypothèse où les conditions précitées ne sont pas remplies ADEP en informe l'Adhérent.

La résiliation du Contrat prendra effet :

- Lorsque l'Adhérent a effectué lui-même les formalités de résiliation : un (1) mois à compter de la date de réception de la notification de résiliation ;

- Lorsque le nouvel organisme assureur choisi par l'Adhérent a effectué les formalités de résiliation : un (1) mois à compter du 1er jour qui suit la date d'envoi de la notification de la résiliation.

En tout état de cause, les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, ADEP sera tenu au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

9.2. Résiliation exceptionnelle

L'Adhérent(e) peut résilier son adhésion dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle Notice ou de l'additif à la présente Notice. Dans ce cas, la résiliation ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur de ces modifications.

Dans cette hypothèse, il est procédé au remboursement de la fraction de cotisation postérieure à la date d'effet de la résiliation, lorsque cette cotisation a été payée d'avance.

10) EFFET DE LA RÉSILIATION

La résiliation du Contrat ADEP FIRST 100% Santé entraîne la fin de l'adhésion aux options éventuellement souscrites.

Aucune prestation ne peut être servie au-delà de la date d'effet de la résiliation, ni au titre des garanties frais de santé, ni au titre des autres garanties souscrites, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit aux prestations étaient réunies préalablement à la date d'effet de la résiliation.

À compter de sa date de résiliation de son adhésion, l'Adhérent(e) s'engage pour lui-même (elle-même) et ses Ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance de frais auprès des professionnels de santé, à retourner à l'ADEP la ou les cartes d'Adhérent(e) qui lui ouvriraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il (elle) bénéficiait de par son adhésion à celle-ci sans préjudice pour la Mutuelle de recouvrer les sommes indûment versées.

TITRE 2 - COTISATIONS

11) MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation, fixé à la souscription, est mentionné sur le Certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction des formules de garanties choisies, des options éventuellement choisies, de l'âge de chacun des Assurés (cette cotisation augmente par tranche d'âge) et enfin, du régime d'affiliation dont il(s) relève(nt).

12) ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations évoluent au 1er juillet compte tenu notamment de la variation constatée et prévue du volume du coût des soins ou services et notamment à partir des éléments suivants :

- En cas d'ajout d'un(e) nouvel(le) Assuré(e) : la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation du nouvel Assuré lors de la prise d'effet de ses garanties. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau Certificat d'adhésion ou sur l'Avenant correspondant ;
- En cas de changement de régime d'affiliation ;
- En fonction de l'âge des Assurés de la garantie souscrite ;
- En fonction de la souscription ou de la résiliation d'une option ;
- En fonction des résultats techniques du Contrat collectif ;
- En fonction des impôts et taxes qui pourront affecter la cotisation postérieurement à l'adhésion.

Les nouveaux montants de cotisations sont communiqués aux Adhérents dans les formes habituelles et payables à compter du 1er juillet de l'année en cours selon les modalités de paiement indiquées sur la demande d'adhésion.

D'une façon générale, si un déséquilibre apparaissait entre les recettes et les dépenses (notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires modifiant les prestations en nature du Régime obligatoire d'assurance maladie), la Mutuelle se réserve le droit d'effectuer les ajustements appropriés de tarifs ou de prestations face aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires.

13) PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle et payable d'avance auprès d'ADEP. Elle peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. La périodicité convenue pour le paiement de la cotisation est mentionnée sur le Certificat d'adhésion.

L'Adhérent(e) a la faculté de modifier, en cours d'adhésion, le mode et la périodicité de paiement de ses cotisations, à condition d'en faire la demande par écrit auprès d'ADEP au moins un (1) mois avant la date d'effet souhaitée.

La date de paiement prise en considération est celle du règlement au

siège d'ADEP ou dans l'une des agences ou dans tout autre lieu accepté par l'ADEP.

14) DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement de la cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, ADEP adresse à l'Adhérent(e) une Lettre Recommandée avec Avis de Réception de mise en demeure l'avisant de la situation et de ses conséquences sur le maintien des garanties souscrites.

Au terme d'un délai de quarante (40) jours à compter de la date d'envoi de cette lettre recommandée, si aucun paiement n'a été effectué dans cette période, à moins que l'Adhérent(e) n'apporte la preuve que le non-paiement est dû à un cas de force majeure, le contrat est résilié.

En cas de résiliation, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à l'ADEP.

TITRE 3 - LES GARANTIES

15) GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

15.1. Dispositions générales

Cette garantie est assurée par la Mutuelle. Le Contrat ADEP FIRST 100% Santé propose des garanties décrites dans le tableau de garanties annexé à la présente Notice d'information.

Au sens du Contrat ADEP FIRST 100% Santé, la garantie délivrée par la Mutuelle porte sur les dépenses de santé engagées par l'Assuré(e), pour les actes, produits et matériels médicaux ou chirurgicaux, prescrits entre les dates de début et de fin de garantie. Ceux-ci doivent être expressément mentionnés dans le tableau des garanties correspondant à la formule retenue par l'Adhérent(e), dans la limite des montants indiqués.

L'attention des Adhérents(es) est attirée sur le fait que les prestations peuvent être appelées à évoluer sur le plan légal et réglementaire.

En cas de modification de nature à remettre en cause la portée des engagements réciproques, la présente Notice d'information est susceptible d'aménagements. Dans cette hypothèse, l'Adhérent(e) qui le souhaite pourra refuser les modifications apportées à ses droits et obligations dans les conditions prévues à l'article 8.2 de la présente Notice d'information.

La prise en charge des dépenses de santé correspond :

- à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime obligatoire de l'Assuré(e) ou du fichier informatique communiqué par celui-ci (celle-ci) ;
- aux dates de prescription, de facturation, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime obligatoire mais figurant dans la formule de garanties choisie par l'Adhérent(e).

15.1.1 La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins

Les dépassements d'honoraires des médecins font l'objet d'une prise en charge par la garantie frais de santé de la présente Notice, lorsque la formule de garantie choisie le prévoit.

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins est différenciée pour les médecins adhérents à un Dispositif de Pratique Maîtrisée (DPTAM) et les médecins non-adhérents au DPTAM.

Si le médecin n'est pas adhérent au DPTAM, la prise en charge des dépassements est plafonnée et soumise aux limites prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

En consultant un médecin adhérent au DPTAM, vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale.

Pour connaître les médecins adhérents à un DPTAM, vous pouvez consulter le site www.ameli-direct.ameli.fr.

15.1.2 La prise en charge des prestations Optique

Les prestations optiques concernant l'acquisition d'un équipement (1 monture + 2 verres) s'expriment par un forfait en euros et par équipement incluant le Ticket Modérateur. Les plafonds de remboursement tels qu'indiqués dans le tableau de garanties sont conformes aux limites imposées par le Contrat responsable.

Limites de prise en charge :

La prise en charge par la Mutuelle des prestations optiques est différente en fonction de la Classe à laquelle appartient l'équipement, à savoir à la Classe A ou la Classe B.

Conformément à la réforme « 100% santé », les équipements appartenant à la Classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée par le Régime obligatoire. En conséquence, une fois le remboursement effectué par ce dernier et celui opéré au titre du Contrat ADEP FIRST 100% Santé dans la limite des Prix Limites de Vente, aucun reste à charge ne sera supporté par l'Assuré.

Les équipements de Classe B bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux « contrats responsables » conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge sera supporté par l'Assuré.

Conformément au tableau de garanties, les montants de

remboursement d'un équipement dépendront du forfait applicable :

- Forfait monture
- Forfait équipement « correction simple »
- Forfait équipement « correction complexe »
- Forfait équipement « correction très complexe »

Les forfaits sont définis comme suit :

CORRECTION SIMPLE

- Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;

- Equipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

- Equipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

CORRECTION COMPLEXE

- Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;

- Equipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

- Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

- Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

- Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;

- Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

- Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

CORRECTION TRES COMPLEXE

- Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;

- Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

- Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

- Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries

Il est à noter que le forfait applicable, déterminé en fonction du niveau de dioptrie, est susceptible d'être modifié en fonction d'éventuelles évolutions législatives et/ou réglementaires.

Pour déterminer le montant total de remboursement d'un équipement, il convient de cumuler les montants de remboursement par composante conformément aux Tableaux de garanties figurant en Annexe de la présente Notice.

En tout état de cause, le remboursement total par équipement est garanti conformément aux planchers et plafonds fixés dans le cadre du « Contrat responsable ».

L'Assuré pourra choisir un équipement qui peut être composé de deux (2) verres, et d'une (1) monture, n'appartenant pas à la même Classe (A ou B).

Conditions de prise en charge et de renouvellement :

En tout état de cause, les prestations optiques sont limitées à un (1) équipement tous les deux (2) ans par Assuré. Cette période s'apprécie à compter de la dernière acquisition d'un équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime obligatoire. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'équipement optique.

Lorsque l'Assuré effectue des demandes de remboursement en deux temps, c'est-à-dire d'une part la monture et d'autre part les verres, l'appréciation du délai de deux (2) ans s'effectue à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.

Par dérogation, pour l'acquisition d'un équipement optique (1 monture+ 2 verres), cette période est réduite :

- à un (1) an, pour les Assurés de moins de seize (16) ans ;
- à un (1) an, pour les Assurés de plus de seize (16) ans en cas d'évolution de la vue justifiée soit par la production d'une nouvelle prescription médicale qui sera comparée à la prescription médicale précédente, soit par la prescription médicale adaptée par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance en application de l'article D. 4362-12-1 du Code de la santé publique.
- à six (6) mois, pour les Assurés de moins de six (6) ans, lorsque la monture est mal adaptée à la morphologie du visage de l'Assuré entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, pour l'acquisition de verres correcteurs, aucun délai de

renouvellement minimal n'est applicable :

- pour les Assurés de moins de seize (16) ans, en cas d'évolution de la vue justifiée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique ;
 - quel que soit l'âge de l'Assuré, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières listées à l'Arrêté du 3 décembre 2018 (publié au Journal Officiel du 13 décembre 2018) portant modification des modalités de prise en charge d'optique médicale et justifiée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
- Il est à noter que l'âge de l'Assuré correspond à l'âge atteint au 1er janvier de l'année considérée.

15.1.3 La prestation « Lentille »

Elle est prise en charge dans la limite d'un forfait incluant, le cas échéant, la participation du Régime obligatoire et le Ticket Modérateur. Elle s'apprécie par an et par Assuré(e).

Cette rubrique inclut tous les types de lentilles : les lentilles de correction, prises en charge ou non par la Sécurité sociale, ainsi que les lentilles jetables.

15.1.4 La prise en charge des prestations dentaires

Dans le cadre de la réforme « 100% santé » et de l'entente directe des chirurgiens-dentistes libéraux avec l'Assurance maladie fixée dans la Convention du 21 juin 2018, trois (3) paniers sont définis :

- Le panier « 100% santé » (prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation) ;
- Le panier aux tarifs maîtrisés (remboursement dans la limite des Honoraires Limites de Facturation et conformément au niveau de garanties de l'Assuré) ;
- Le panier aux tarifs libres permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués (absence d'Honoraires Limites de Facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'Assuré).

15.1.5 La prise en charge des prestations d'Aides auditives

La prestation s'entend par oreille appareillée. Elle est remboursée sur la base d'un pourcentage de la Base de Remboursement du Régime obligatoire d'assurance maladie.

Limites de prise en charge :

Les prestations d'appareillage auditif sont prises en charge conformément au niveau de garanties de l'Assuré.

A compter du 1er janvier 2021, la prise en charge par la Mutuelle des prestations « Aides auditives » est différente en fonction de la Classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir à la Classe I ou la Classe II.

Conformément à la réforme « 100% santé », les aides auditives appartenant à la Classe I font l'objet d'une prise en charge renforcée. A ce titre, une fois le remboursement effectué par le Régime obligatoire et celui opéré au titre du Contrat ADEP FIRST 100% Santé et dans la limite des Prix Limites de Vente aucun reste à charge ne sera supporté par l'Assuré.

Les aides auditives de Classe II bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux « contrats responsables », selon l'âge de l'Assuré et conformément au plafond inscrit au tableau de garanties figurant en Annexe de la présente Notice.

Lorsque l'aide auditive appartient à la Classe II, la prise en charge par la Mutuelle intervient conformément au niveau de garanties souscrit et dans la limite fixée par les textes relatifs aux « contrats responsables » soit mille-sept-cents (1 700) euros par aide auditive et par Assuré. Ce plafond inclut le Ticket Modérateur et la prise en charge par le Régime obligatoire.

C'est pourquoi un éventuel reste à charge sera supporté par l'Assuré.

Il est à noter que ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le Ticket Modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

Conditions de prise en charge et de renouvellement :

En tout état de cause, à compter du 1er janvier 2021, les prestations « aides auditives » sont limitées à une (1) aide auditive tous les quatre (4) ans par Assuré. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime obligatoire. Ce délai de renouvellement court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

15.1.6 Précisions concernant l'Hospitalisation

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements hospitaliers tels que mentionnés à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale.

Cette prise en charge s'applique donc :

- aux établissements de médecine, chirurgie,
- les établissements obstétricaux et odontologiques,
- les établissements spécialisés : les établissements psychiatriques, les établissements de soins de suite et de réadaptation.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que le forfait journalier facturé par les Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) n'est pas pris en charge.

Le contrat prend en charge le Forfait Patient Urgences (FPU) lorsque l'Assuré effectue un passage non programmé dans une structure d'urgences de l'un des établissements susmentionnés non suivi d'une Hospitalisation. Ce dispositif sera pris en charge à hauteur de 100% du Forfait en vigueur.

15.1.7 Précisions concernant les paramédicaux

Les honoraires paramédicaux correspondant aux actes facturés par des auxiliaires médicaux tels que les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes et les pédicures-podologues.

Vous pouvez retrouver la liste exhaustive des praticiens de votre département en vous connectant sur le site annuaire.sante.amell.fr.

15.1.8 La prise en charge de la prévention

Les actes de prévention prévus à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge par la Mutuelle sous déduction de l'intervention du Régime obligatoire d'assurance maladie.

15.1.9 Prise en charge des séances d'accompagnement psychologique

Les séances d'accompagnement psychologique réalisées par un psychologue conventionné, mises en place dans les conditions définies à l'article L. 162-58 du Code de la Sécurité sociale et faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire, sont prises en charge par le présent Contrat dans les limites et conditions fixées par les Décrets et Arrêtés en vigueur et conformément aux modalités prévues au sein des Tableaux des garanties.

15.2. Prestations afférentes à la Garantie Frais de Santé

Les remboursements viennent en complément de ceux du Régime obligatoire dont relève l'Assuré(e). Certains frais, non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent faire l'objet d'un remboursement de la part d'ADEP, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties de la formule choisie.

15.3. Changement et modification des garanties

L'Adhérent(e) a la possibilité de demander un changement ou une modification de garanties à l'issue de la première année d'assurance (après douze (12) mois consécutifs à compter de la date d'effet du Contrat).

Chaque changement ou modification de garanties doit être conservée douze (12) mois minimum. Les changements ou modifications de garanties ne peuvent être effectués que par la signature d'une nouvelle demande d'adhésion. La souscription d'une option se fera également par la signature d'une nouvelle demande d'adhésion.

La modification d'une garantie prend effet au 1er du mois qui suit la signature de la demande d'adhésion. La souscription à une option prend effet au 1er du mois qui suit la signature de la demande d'adhésion et doit être conservée pendant une période effective de douze (12) mois.

Conformément à l'article 5 de la Notice, le niveau de garanties étant identique pour l'Adhérent(e) et ses Ayants droit, les demandes de modifications seront applicables à l'ensemble des Assurés

D'une façon générale, toute modification de garantie ne pourra intervenir qu'une (1) fois par année civile.

15.4. Cessation des garanties Frais de Santé

Les garanties assurées par la Mutuelle prennent fin :

- En cas de décès de l'Adhérent(e). Dans ce cas, les garanties prennent fin à l'égard des Ayants droit de l'Adhérent(e) ;
- En cas de résiliation dans les conditions exposées à l'article 8 de la présente Notice d'information ;
- En cas de non-paiement de la cotisation (article 13 de la présente Notice d'information) ;
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à la Mutuelle, conformément à l'article L.211-9 du Code de la mutualité.
- Les garanties cessent également à l'égard des Ayants droit à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité d'Assuré(e).

15.5. Principe Indemnitare

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite Loi Evin, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une Maladie, une Maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré ou de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale. Si tel était le cas, la Mutuelle se réserve le droit de réduire à due concurrence le montant de ses remboursements.

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

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la Mutuelle et/ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la Mutuelle seraient réduites à due

concurrency.

L'Assuré recevant de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si l'Assuré est partiellement garanti par un contrat individuel accident, la Mutuelle ne prend à sa charge que les frais non couverts par le Contrat, dans la limite de ses tarifs de responsabilité et des clauses de ses statuts.

15.6. Carte de Tiers Payant

Une carte à puce ouvrant les droits des Assurés(es), encore dénommée « carte de Tiers Payant » est délivrée à l'Adhèrent(e) par ADEP lors de la mise en place des garanties. Cette carte, à présenter aux professionnels de santé partenaires, permet à l'Adhèrent(e) et, le cas échéant, à ses Ayants droit, d'être dispensé(e) de l'avance de certains frais médicaux sous réserve que le professionnel de santé le pratique, les Assurés(s) de ce contrat bénéficient du mécanisme de Tiers Payant, au moins à hauteur du tarif de responsabilité des garanties concernées, dans les conditions énoncées à l'article 83 de la Loi de modernisation de notre système de santé.

L'usage de la carte de Tiers Payant n'est autorisé que si l'Adhèrent(e) est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de Tiers Payant, ADEP pourra demander à l'Adhèrent(e) le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'Adhèrent(e) qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

15.7. Le règlement de la garantie Frais de Santé

15.7.1. Formalités à accomplir

Les remboursements de frais de santé sont effectués par ADEP au vu des documents transmis par le Régime obligatoire et/ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la Télétransmission. Lorsque l'Assuré(e) ne bénéficie pas de la Télétransmission avec sa Caisse d'Assurance Maladie, ou qu'ADEP n'a pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, le règlement des prestations s'effectue par chèque ou virement bancaire sur le compte de l'Adhèrent(e) ou de l'Assuré(e) sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- Hospitalisation : l'original du décompte de la Sécurité sociale*ou les originaux des factures de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation des actes ;

- La médecine courante, la pharmacie, les frais de transport, les prothèses et les appareillages (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques, ...) : l'original du décompte de la Sécurité sociale*.

- Le dentaire : l'original du décompte de la Sécurité sociale*. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime obligatoire l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes ;

- L'optique : l'original du décompte de la Sécurité sociale* et la facture détaillée acquittée établie par l'opticien ;

- La prévention : la prescription médicale et la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle ;

- Le cas échéant, les photocopies des notifications du Régime obligatoire concernant le refus de la prise en charge des actes, ainsi que la note d'honoraires codifiant les soins dispensés ;

- En cas de remboursement de frais de santé d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par ADEP auprès de l'éventuel tiers responsable.

*ou l'original du décompte de remboursement de votre régime complémentaire dans le cas où vous auriez déjà obtenu un remboursement de ce dernier.

La date des soins, prise en considération pour le remboursement des frais de soins par ADEP, est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Les justificatifs mentionnés ci-dessous seront à adresser à ADEP, par voie postale, à :

ADEP Service Prestations

574 Route de Cornéilhan – CS 80618 34535 BEZIERS CEDEX

Ou par voie électronique à :

prestations@adep.com (uniquement pour les justificatifs de prestations).

La Mutuelle, par le biais d'ADEP, se réserve le droit de demander toute pièce justificative utile au remboursement des prestations (facture originale, prescription médicale, feuillet de remboursement de prestations spécifiques...) ou de soumettre à un contrôle médical effectué par son médecin-conseil, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout Assuré qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre de la présente Notice.

En cas de refus de l'Assuré de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part d'ADEP.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait qu'il lui est conseillé d'envoyer à ADEP le ou les devis émis par les professionnels de santé avant chaque réalisation de soins ou de prestations.

Chaque devis fera l'objet d'une réponse de la part d'ADEP informant l'Assuré de son reste à charge éventuel. ADEP contrôlera que le professionnel de santé n'a pas dépassé les Prix Limites de Vente ou les Honoraires Limites de Facturation.

15.7.2. Paiement des prestations

ADEP effectue le remboursement de dépenses acquittées par l'Assuré(e), par un règlement établi à l'ordre de l'Assuré(e). Le règlement est effectué dans la monnaie légale de l'Etat Français.

Le bénéfice des prestations est subordonné au paiement des cotisations.

Sauf dans le cas du Tiers Payant, ADEP n'intervient qu'après la participation de la caisse d'assurance maladie dont relève l'Assuré(e).

Les Adhérents doivent en conséquence être à jour de leurs cotisations à la date des soins dont le remboursement ou la prise en charge est demandé(e).

15.7.3 Subrogation

Conformément aux dispositions du Code de la mutualité, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à la Mutuelle pour exercer son recours, en cas de sinistre, contre les tiers responsables jusqu'à concurrence des prestations et indemnités versées en application du présent Contrat.

À cet effet, l'Adhèrent(e) et ses Ayants droit devront informer ADEP de toute demande de remboursement faisant suite à un Accident mettant en cause un tiers afin de permettre à la Mutuelle d'exercer son recours contre le tiers responsable ou son assureur.

15.8. Les risques exclus et les risques assurés

Les garanties du présent Contrat dit « responsable » ne couvrent pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 322-2-III du Code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux ;

- les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :

• la majoration du Ticket Modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;

• les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

• tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixés aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

TITRE 4 GARANTIES OPTIONNELLES

16) OPTION « PROTECTION ACCIDENT »

- Conditions Spécifiques -

Seules les dispositions spécifiques à l'option sont régies par les présentes Conditions Spécifiques, les autres dispositions seront applicables selon les mêmes modalités fixées par la garantie « frais de santé » du Contrat ADEP FIRST 100% SANTÉ.

ARTICLE 1er : OBJET ET FORME DE L'OPTION

L'option « Protection Accident » a pour but de garantir aux personnes assurées au titre de la garantie « frais de santé » un capital en cas de décès par Accident ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) suite à un Accident survenu pendant la période de validité de la garantie.

Cette option est régie par le Livre II du Code de la Mutualité et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur au moment de sa souscription.

ARTICLE 2 : PERSONNES PHYSIQUES POUVANT BENEFICIER DE L'OPTION

L'adhésion à l'option « Protection Accident » est accessoire à la garantie « frais de santé ». La souscription concerne l'ensemble des personnes mentionnées à la demande d'adhésion de la garantie « frais de santé ».

ARTICLE 3 : DÉFINITIONS

Accident : 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. 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.

Maladie : Toute altération pathologique de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un Accident, ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : Invalidité ou incapacité

qui place l'Assuré 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).

ARTICLE 4 : PRESTATIONS GARANTIES

Le montant du capital en cas de décès par Accident ou en cas de PTIA suite à un Accident est de quinze mille (15 000) euros par personne mentionnée à la demande d'adhésion de la garantie « frais de santé ».

ARTICLE 5 : CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

La souscription est ouverte uniquement aux personnes adhérentes à un Contrat ADEP FIRST 100% SANTE.

La Mutuelle ne pourra accepter la demande d'adhésion à l'option « Protection Accident » si l'un des Assurés de la garantie « frais de santé » présente une situation de PTIA telle que définie à l'article 3 des présentes Conditions Spécifiques.

La souscription se fait au moyen de la demande d'adhésion de la garantie « frais de santé » en remplissant le paragraphe prévu à cet effet sur la demande d'adhésion. **L'option devra être conservée pendant une période effective de douze (12) mois minimum avant toute modification.**

ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'OPTION

L'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation, à la date figurant au certificat d'adhésion établi par ADEP.

Elle est valide jusqu'à la date d'anniversaire du Contrat. L'engagement se renouvelle ensuite annuellement à la date anniversaire de l'adhésion par tacite reconduction, selon les mêmes modalités que la garantie « frais de santé ».

ARTICLE 7 : CALCUL DES COTISATIONS

La garantie est consentie moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée de façon forfaitaire pour l'ensemble des personnes mentionnées à la demande d'adhésion de la garantie « frais de santé ».

Cette cotisation annuelle comporte 15 % de frais affectés à la gestion du Contrat.

Cette cotisation annuelle porte également la Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurances (TSCA) affectée à la catégorie de la présente option.

ARTICLE 8 : PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Le paiement de la cotisation ne pourra être fractionné si la garantie « frais de santé » est réglé annuellement. Si l'Adhérent souhaite opter pour un fractionnement, celui-ci sera identique à celui de la garantie « frais de santé ». La cotisation ainsi fractionnée sera appelée sur le même bordereau que la garantie « frais de santé ».

Les cotisations afférentes à l'option sont soumises aux mêmes conditions que les cotisations correspondantes à la garantie « frais de santé ».

ARTICLE 9 : CONDITIONS DE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

En cas de décès accidentel d'une personne assurée pendant la période de garantie, ADEP réglera au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) le capital souscrit.

Le(s) bénéficiaire(s) du capital est(sont) la(les) personne(s) nommément désignée(s) par l'Assuré.

La désignation du(des) bénéficiaire(s) peut se faire en contactant ADEP ou par acte sous seing privé ou par acte authentique à ADEP.

Si l'Assuré souhaite répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires, le décès de l'un entraîne la redistribution de son capital aux autres, proportionnellement à leurs parts respectives.

L'attention de l'Assuré est attirée sur l'importance attachée à la rédaction de la clause bénéficiaire(s) concernant l'identité du(des) bénéficiaire(s) et de l'opportunité de prévoir un(des) bénéficiaire(s) subséquent(s) notamment en cas de décès du(des) bénéficiaire(s) désigné(s) ou si les renseignements délivrés concernant le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) ne permettent pas à ADEP d'identifier ce(s) dernier(s).

Toute désignation de bénéficiaire(s) qui ne serait pas portée à la connaissance d'ADEP ne lui sera pas opposable.

A défaut de bénéficiaire(s) désigné(s), ADEP réglera le capital souscrit dans l'ordre ci-après :

- au conjoint survivant, non divorcé, non séparé de corps par une décision judiciaire définitive à la date du décès ;
- à défaut, aux descendants à parts égales : enfants (légitimes ou légitimés, naturels, reconnus, adoptifs) présents ou représentés ainsi que les enfants recueillis ;
- à défaut, aux ascendants à parts égales ;
- à défaut, aux frères et sœurs à parts égales ;
- à défaut, aux héritiers légaux.

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

L'Assuré peut modifier la clause bénéficiaire(s) quand elle n'est plus appropriée.

Dans l'hypothèse où le(s) bénéficiaire(s) n'a(ont) pas accepté le bénéfice de la stipulation faite à son(leur) profit, l'Assuré peut modifier à tout

moment, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à ADEP à l'adresse suivante : ADEP, 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BÉZIERS CEDEX, le libellé de la clause bénéficiaire(s) définie lors de l'adhésion, notamment lorsqu'il n'est plus approprié.

Toutefois, si le(s) bénéficiaire(s) accepte(nt) le bénéfice de la garantie, sa(leur) désignation devient irrévocable. Ce qui signifie que son(leur) accord devient indispensable si l'Assuré souhaite lui(leur) substituer quelqu'un. A défaut de consentement, ADEP ne pourra donner une suite favorable à la demande.

Pièces à fournir

Le(s) bénéficiaire(s) devra(ont) faire parvenir à ADEP :

- un acte de décès de l'Assuré ;
- une photocopie de la Carte Nationale d'Identité du ou des bénéficiaire(s) portant la mention « non décédé » ;
- un certificat médical précisant la cause accidentelle du décès à retourner sous pli confidentiel au médecin-conseil d'ADEP à l'adresse suivante : 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BÉZIERS CEDEX ;
- une pièce établissant la cause accidentelle du décès (rapport de police ou de gendarmerie, coupures de journaux). 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 toutes pièces justificatives complémentaires.

La garantie Décès prend fin en cas de versement du capital au titre de la PTIA.

ARTICLE 10 : CONDITIONS DE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE PTIA CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT

ADEP versera à l'Assuré reconnu en PTIA suite à un Accident pendant la période de garantie le montant du capital défini à l'article 4.

Pièces à fournir

L'Assuré devra faire parvenir à ADEP :

- une demande écrite, datée et signée ;
- un rapport médical délivré par le médecin-traitant à retourner sous pli confidentiel au médecin-conseil d'ADEP à l'adresse suivante : 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BÉZIERS CEDEX (ce certificat devra préciser l'origine accidentelle, la nature, la date de début et le caractère définitif de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ainsi que l'état clinique actuel de l'Assuré) ;
- un certificat médical attestant l'obtention définitive de la tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie,
- le cas échéant, 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 ;
- une pièce établissant de façon décisive la cause accidentelle de l'invalidité (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 de la pièce d'identité (Carte Nationale d'Identité, Passeport) de l'Assuré portant la mention manuscrite « non décédé » datée et signée ;

- un Relevé d'Identité Bancaire ou un relevé comportant les numéros IBAN et BIC au nom de l'Assuré.

ADEP se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives complémentaires.

La PTIA doit survenir en cours de période de garantie.

ADEP se réserve le droit de procéder, à ses frais, à un examen médical approfondi de l'Assuré, soit par son propre médecin-conseil, soit par un médecin choisi par elle, autre que le médecin-traitant de l'Assuré.

Compte tenu de l'avis formulé par le médecin-conseil d'ADEP et, le cas échéant, du résultat d'une expertise à effectuer aux frais d'ADEP, celle-ci statue sur la demande présentée et notifie sa décision à l'Assuré. En cas de contestation sur le niveau de l'invalidité et sur son caractère définitif, l'état de cette invalidité est apprécié en dernier ressort par un médecin-arbitre désigné d'un commun accord par le médecin-conseil d'ADEP et par le médecin-traitant de l'Assuré.

Les honoraires de l'expert sont à la charge d'ADEP.

ARTICLE 11 : RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie les Accidents et conséquences résultant :

- du suicide (durant la première année de l'adhésion uniquement),
- d'infractions au Code de la route ;
- de l'usage abusif de produits pharmaceutiques ou de stupéfiants en l'absence ou en cas de non-respect de l'ordonnance médicale ;
- des conséquences d'un acte délibéré du Bénéficiaire ;
- des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournements, prises d'otages ;
- de l'utilisation en tant que pilote ou passager, de motos de

plus de 125 cc ou d'engins aériens autres que les avions de lignes régulières ;

- des compétitions sportives (entraînements et épreuves) à titre professionnel ou pratique des activités suivantes : alpinisme, boxe, hippisme en compétition, navigation maritime de plaisance, spéléologie, ski hors-piste, tout sport nécessitant un engin à moteur ;
- de la modification de structure du noyau atomique ou de toute autre source de rayonnements ionisants ;
- des conséquences d'Accidents occasionnés par une catastrophe naturelle ;
- des conséquences de l'état d'ivresse, d'éthylisme ou d'alcoolémie (taux constaté égal ou excédant le taux prévu par la réglementation en vigueur lors du sinistre).

ARTICLE 12 : CESSATION DE LA GARANTIE

Résiliation

L'Adhérent a la faculté de résilier son adhésion par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception, adressée à ADEP, à chaque échéance anniversaire du contrat moyennant le respect d'un préavis de deux (2) mois.

La résiliation du Contrat « frais de santé » entraîne de fait la résiliation de l'option « Protection Accident ».

Fausse déclarations intentionnelles

Que ce soit à l'adhésion ou en cours de garantie, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la déchéance de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause.

Par ailleurs, la communication d'informations erronées, portant sur la date, les circonstances et conséquences du sinistre, n'ouvre pas droit aux prestations garanties.

Dans ce cas, ADEP se réserve le droit de poursuivre l'Assuré pour le remboursement des sommes indûment versées et les cotisations payées d'avance restent acquises à ADEP.

D'une façon générale, les garanties prennent automatiquement fin à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion à la garantie « frais de santé ».

17) OPTION « PROTECTION HOSPI »

- Conditions Spécifiques -

Seules les dispositions spécifiques à l'option sont régies par les présentes Conditions Spécifiques, les autres dispositions seront applicables selon les mêmes modalités fixées par la garantie « frais de santé » du Contrat ADEP FIRST 100% SANTÉ.

ARTICLE 1er : OBJET ET FORME DE L'OPTION

L'option « Protection Hospi » a pour but de verser des indemnités journalières forfaitaires en cas d'Hospitalisation pour une maladie contractée ou un Accident survenu pendant la période de validité de la garantie.

Cette option est régie par le Livre II du Code de la Mutualité et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur au moment de sa souscription.

ARTICLE 2 : PERSONNES PHYSIQUES POUVANT BENEFICIER DE L'OPTION

L'adhésion à l'option « Protection Hospi » est accessoire à de la garantie « frais de santé ». La souscription concerne l'ensemble des personnes mentionnées à la demande d'adhésion de la garantie « frais de santé », sous réserve des dispositions mentionnées à l'article 5 des Conditions Spécifiques.

ARTICLE 3 : DÉFINITIONS

Franchise : Nombre minimum de jours consécutifs d'Hospitalisation ouvrant droit à une indemnisation. Les indemnités sont versées à partir du 1er jour suivant ce délai.

Délai de Carence : Période suivant l'enregistrement de la demande d'adhésion pendant laquelle une Hospitalisation d'origine non accidentelle (ainsi que ses suites, conséquences et récidives) ne peut donner lieu à indemnisation.

Hospitalisation : Tout séjour dans un établissement (hôpital ou clinique, public(que) ou privé(e)) en France et dans le monde entier dû à une Maladie ou un Accident garanti(e).

A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel ADEP peut avoir accès.

ARTICLE 4 : PRESTATIONS GARANTIES

Cette garantie ouvre droit, en cas d'Hospitalisation de l'Assuré au versement d'indemnités journalières forfaitaires d'un montant de quinze (15) euros par jour d'Hospitalisation.

ARTICLE 5 : CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

La souscription est ouverte uniquement aux personnes adhérentes au Contrat ADEP FIRST 100% SANTÉ.

La limite d'âge à la souscription est de quatre-vingt (80) ans. L'âge est calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

Cette limite d'âge s'applique à l'Adhérent mais également à ses Ayants droit.

En conséquence, ADEP ne pourra accepter la demande d'adhésion à l'option « Protection Hospi » si l'un des Assurés de la garantie « frais de santé » est âgé de plus de quatre-vingt (80) ans.

La souscription se fait au moyen de la demande d'adhésion à la garantie « frais de santé » en remplissant le paragraphe prévu à cet effet sur la demande d'adhésion.

L'option devra être conservée pendant une période effective de douze (12) mois minimum avant toute modification.

ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'OPTION

L'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation, à la date figurant au certificat d'adhésion établi par ADEP.

Elle est valide jusqu'à la date d'anniversaire du Contrat. L'engagement se renouvelle ensuite annuellement à la date anniversaire de l'adhésion par tacite reconduction, selon les mêmes modalités que la garantie « frais de santé ».

ARTICLE 7 : CARENCE - FRANCHISE - DURÉE MAXIMALE D'INDEMNISATION

Le Délai de Carence est unique pour cette garantie, à savoir : **quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date d'effet du Contrat.**

Concernant la Franchise, l'indemnisation débute à partir du **3e jour consécutif d'Hospitalisation (Franchise de deux (2) jours)**. Si l'Hospitalisation résulte d'un Accident, l'indemnisation débute au 1er jour, sans application de Franchise.

La durée maximale d'indemnisation pour une même affection est limitée à trois cent soixante-cinq (365) jours.

ARTICLE 8 : CALCUL DES COTISATIONS

La garantie est consentie moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée de façon forfaitaire pour l'ensemble des personnes mentionnées à la demande d'adhésion de la garantie « frais de santé ».

Cette cotisation annuelle comporte 15 % de frais affectés à la gestion du Contrat.

Cette cotisation annuelle porte également la Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurances (TSCA) affectée à la catégorie de la présente option.

ARTICLE 9 : PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Le paiement de la cotisation ne pourra être fractionné si la garantie « frais de santé » est réglé annuellement. Si l'Adhérent souhaite opter pour un fractionnement, celui-ci sera identique à celui de la garantie « frais de santé ». La cotisation ainsi fractionnée sera appelée sur le même bordereau que la garantie « frais de santé ».

Les cotisations afférentes à l'option sont soumises aux mêmes conditions que les cotisations correspondantes à la garantie « frais de santé ».

ARTICLE 10 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES D'HOSPITALISATION

ADEP verse une indemnité pour toute période de vingt-quatre (24) heures d'Hospitalisation et dans la limite de trois cent soixante-cinq (365) jours à compter de la 1ère admission, pour une même Maladie ou un même Accident.

En cas de nouvelles Hospitalisations dues aux suites ou conséquences de la même Maladie ou du même Accident nécessitant au moins une (1) nuit d'Hospitalisation, le versement des indemnités reprendra dans la limite des trois cent soixante-cinq (365) jours, à compter de :

- 1er jour de la nouvelle admission si celle-ci intervient moins de trente (30) jours après le dernier jour d'Hospitalisation indemnisé ;
- 3e jour de la nouvelle admission si celle-ci intervient plus de trente (30) jours après le dernier jour d'Hospitalisation indemnisé.

Pour une Hospitalisation à l'étranger, les documents fournis doivent être traduits en français.

En cas de nouvelle Hospitalisation due à une autre Maladie ou à un autre Accident, l'indemnisation se verra appliquer les mêmes règles de Franchise que celles indiquées à l'article 7. Le droit à indemnités débutera au-delà de la Franchise dans la limite des trois cent soixante-cinq (365) jours.

ARTICLE 11 : PIÈCES A FOURNIR EN CAS D'HOSPITALISATION

L'Assuré doit adresser à ADEP un bulletin d'Hospitalisation au plus tard dans les quinze (15) jours suivant le début de son Hospitalisation, sauf cas de force majeure.

Si l'Hospitalisation dure plus de quinze (15) jours, les indemnités sont réglées hebdomadairement sur présentation d'un bulletin de situation.

À la sortie de l'hôpital, l'Assuré fait parvenir à ADEP un bulletin d'Hospitalisation ou une copie de la facture mentionnant les dates d'entrée et de sortie ou le nombre de jours de séjour. A la suite de son envoi, un courrier lui sera adressé lui demandant des pièces complémentaires (administratives et médicales). En outre, si l'Hospitalisation est consécutive à un Accident, l'Assuré fera parvenir à ADEP :

- une déclaration d'Accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'Accident ;
- les preuves de l'Accident : rapport de police, procès-verbal de

gendarmérie, coupures de journaux...

ADEP se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives permettant d'apprécier si l'Hospitalisation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie.

ARTICLE 12 : RISQUES EXCLUS

L'Assuré est garanti pour tout séjour effectué en hôpital ou clinique **public(que) ou privé(e), à l'exclusion des séjours générés par les faits suivants :**

- les Hospitalisations non accidentelles survenant pendant la période de Carence énumérée à l'article 7 des présentes Conditions Spécifiques ;
 - les tentatives de suicide ;
 - les faits de guerre civile ou étrangère, de mouvements populaires, d'attentats ou d'actes de terrorisme, de détournements, de prises d'otages, de la désintégration du noyau atomique ;
 - la participation active de l'Assuré à des émeutes, rixes, crimes, délits, actes de terrorisme ou de sabotage (sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel) ;
 - l'usage de stupéfiants à des fins autres que médicales ;
 - la manipulation d'une arme à feu par l'Assuré ;
 - la pratique d'un sport à titre professionnel ou des sports suivants : aviation légère ou sportive, vol à voile, U.L.M., parachutisme, deltaplane, parapente, compétitions automobiles, motocyclistes ou motonautiques ;
 - l'usage d'une moto de cylindrée supérieure à 400 cc (la garantie étant acquise pour une moto de cylindrée inférieure mais uniquement en usage promenade-trajet) ;
 - l'alpinisme avec varappe ou randonnée au-delà de 4 000 mètres ;
 - les conséquences de l'état d'ivresse, d'éthylisme ou d'alcoolémie (taux constaté égal ou excédant le taux prévu par la réglementation en vigueur lors du sinistre) ;
 - l'état de grossesse et ses conséquences ;
 - les asthénies, les états dépressifs et les affections psychiatriques ;
 - les bilans de santé et les traitements esthétiques ;
 - les cures de désintoxication ou de sommeil ;
 - les suites et conséquences de Maladies ou d'Accidents déclarés ou survenus avant la date d'effet du Contrat.
- Ne sont pas garantis par cette option, l'Hospitalisation à domicile, la rééducation fonctionnelle, les séjours effectués dans des établissements classés comme maisons de repos, centres ou maisons de convalescence, établissements thermaux, hospices et maisons de retraite.

ARTICLE 13 : CESSATION DE LA GARANTIE

Résiliation

L'Adhérent a la faculté de résilier son adhésion par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception, adressée à ADEP, à chaque échéance anniversaire du contrat moyennant le respect d'un préavis de deux (2) mois.

La résiliation de la garantie « frais de santé » entraîne de fait la résiliation de l'option « Protection Hospi ».

Fausse déclaration intentionnelles

Que ce soit à l'adhésion ou en cours de garantie, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la déchéance de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause.

Par ailleurs, la communication d'informations erronées, portant sur la date, les circonstances et conséquences du sinistre, n'ouvre pas droit aux prestations garanties.

Dans ce cas, ADEP se réserve le droit de poursuivre l'Assuré pour le remboursement des sommes indûment versées et les cotisations payées d'avance restant acquises à ADEP.

D'une façon générale, les garanties prennent automatiquement fin à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion à la garantie « frais de santé ».

18) OPTION « CAPITAL ÉQUIPEMENT DÉPENDANCE / HANDICAP »

- Conditions Spécifiques -

Seules les dispositions spécifiques à l'option sont régies par les présentes Conditions Spécifiques, les autres dispositions seront applicables selon les mêmes modalités fixées par la garantie « frais de santé » du Contrat ADEP FIRST 100% SANTÉ.

ARTICLE 1er : OBJET ET FORME DE L'OPTION

L'option « Capital Équipement Dépendance / Handicap » a pour but de garantir aux personnes assurées au titre de la garantie « frais de santé » un capital en cas de Dépendance ou de Handicap de l'Assuré pendant la période de validité de la garantie.

Cette option est régie par le Livre II du Code de la Mutualité et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur au moment de sa souscription.

ARTICLE 2 : PERSONNES PHYSIQUES POUVANT BÉNÉFICIER DE L'OPTION

L'adhésion à l'option « Capital Équipement Dépendance / Handicap » est accessoire à la garantie « frais de santé ». La souscription concerne l'ensemble des personnes mentionnées à la demande d'adhésion de la garantie « frais de santé », sous réserve des dispositions mentionnées à l'article 5 des Conditions Spécifiques.

ARTICLE 3 : DÉFINITIONS

Dépendance : Perte définitive d'autonomie de l'Assuré qui lui rend impossible la réalisation de certaines activités ordinaires de la vie sans l'aide d'une tierce personne. **L'option « Capital Équipement Dépendance / Handicap » ne prévoit le versement du capital qu'en cas de classement de l'Assuré en Groupe Iso-Ressources 1 et 2 (GIR1 et GIR2).**

Le GIR (Groupe Iso-Ressources) correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée. Le GIR d'une personne est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six (6) GIR : le GIR 1 est le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 est le plus faible.

Handicap : **Toute atteinte corporelle ou psychique entraînant le classement par la Sécurité sociale en 3e catégorie d'invalidité (pour les assurés sociaux) ou la reconnaissance, par le médecin-conseil, d'un taux incapacité d'au moins 80% définitif établi conformément au guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.**

Un taux de 80% correspond à des troubles graves entraînant une entrave majeure dans la vie quotidienne de la personne avec une atteinte de son autonomie individuelle. Cette autonomie individuelle est définie comme l'ensemble des actions que doit mettre en oeuvre une personne, vis-à-vis d'elle-même, dans la vie quotidienne. Dès lors qu'elle doit être aidée totalement ou partiellement, ou surveillée dans leur accomplissement, ou ne les assure qu'avec les plus grandes difficultés, le taux de 80% est atteint. C'est également le cas lorsqu'il y a une déficience sévère avec abolition d'une fonction.

ARTICLE 4 : PRESTATIONS GARANTIES

Le montant du capital versé en cas de Dépendance ou de Handicap avéré(e) est de trois mille (3 000) euros par personne assurée au moment du sinistre et mentionnée à la demande d'adhésion de la garantie « frais de santé ».

ARTICLE 5 : CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

La souscription est ouverte uniquement aux personnes adhérentes au Contrat ADEP FIRST 100% SANTÉ.

La limite d'âge à la souscription est de quatre-vingt (80) ans. L'âge est calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

Cette limite d'âge s'applique à vous, mais également à vos Ayants droit.

En conséquence, ADEP ne pourra accepter la demande d'adhésion à l'option « Capital Équipement Handicap/Dépendance » si l'un des Assurés de la garantie « frais de santé » est âgé de plus de quatre-vingt (80) ans.

ADEP ne pourra accepter la demande d'adhésion à l'option « Capital Équipement Dépendance/Handicap » si l'un des Assurés de la garantie « frais de santé » se trouve déjà dans un état de Dépendance ou de Handicap tel que défini à l'article 3 des présentes Conditions Spécifiques.

La souscription se fait au moyen de la demande d'adhésion à la garantie « frais de santé » en remplissant le paragraphe prévu à cet effet sur la demande d'adhésion.

L'option devra être conservée pendant une période effective de douze (12) mois minimum avant toute modification.

ARTICLE 6 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'OPTION

L'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation, à la date figurant au certificat d'adhésion établi par ADEP.

Elle est valide jusqu'à la date d'anniversaire du Contrat. L'engagement se renouvelle ensuite annuellement à la date anniversaire de l'adhésion par tacite reconduction, selon les mêmes modalités que la garantie « frais de santé ».

ARTICLE 7 : CALCUL DES COTISATIONS

La garantie est consentie moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée de façon forfaitaire pour l'ensemble des personnes mentionnées à la demande d'adhésion de la garantie « frais de santé ».

Cette cotisation annuelle comporte 15 % de frais affectés à la gestion du Contrat.

Cette cotisation annuelle porte également la Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurances (TSCA) affectée à la catégorie de la présente option.

ARTICLE 8 : PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Le paiement de la cotisation ne pourra être fractionné si la garantie « frais de santé » est réglé annuellement. Si l'Adhérent souhaite opter pour un fractionnement, celui-ci sera identique à celui de la garantie « frais de santé ». La cotisation ainsi fractionnée sera appelée sur le même bordereau que la garantie « frais de santé ».

Les cotisations afférentes à l'option sont soumises aux mêmes conditions que les cotisations correspondantes à la garantie « frais de santé ».

ARTICLE 9 : CONDITIONS DE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DÉPENDANCE OU DE HANDICAP

En cas de survenance de Dépendance ou de Handicap avéré(e) d'une personne assurée pendant la période de garantie, ADEP règlera à l'Assuré ou au représentant légal, le capital souscrit.

Pièces à fournir en cas de Dépendance

L'Assuré devra faire parvenir à ADEP :

- un certificat médical du médecin-traitant à retourner, par l'Assuré, sous pli confidentiel au médecin-conseil d'ADEP, à l'adresse suivante : 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BÉZIERS CEDEX (ce certificat devra préciser l'origine, la nature, la date de début et le caractère définitif de l'invalidité ou de la Dépendance ainsi que l'état clinique actuel de l'Assuré) ;

- la notification du rattachement de l'Assuré, par son médecin-traitant, au Groupe Iso-Ressources (GIR).

Pièces à fournir en cas de Handicap

L'Assuré devra faire parvenir à ADEP :

- un certificat médical délivré par le médecin-traitant à retourner, par l'Assuré, sous pli confidentiel au médecin-conseil d'ADEP, à l'adresse suivante : 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BÉZIERS CEDEX (ce certificat devra préciser l'origine, la nature, la date de début et le caractère définitif de l'invalidité ainsi que l'état clinique actuel de l'Assuré) ;

- le cas échéant, la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de 3e catégorie avec majoration pour tierce personne au titre de son régime propre d'assurance maladie, ou tout justificatif attestant d'un taux d'incapacité d'au moins quatre-vingt (80%) définitif ;

- un certificat médical attestant l'obtention définitive de la tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

ADEP se réserve le droit de procéder, à ses frais, à un examen médical approfondi de l'Assuré, soit par son propre médecin-conseil, soit par un médecin choisi par lui, autre que le médecin-traitant de l'Assuré.

Compte tenu de l'avis formulé par le médecin-conseil d'ADEP et, le cas échéant, du résultat d'une expertise à effectuer aux frais d'ADEP, celle-ci statue sur la demande présentée et notifie sa décision à l'Assuré. En cas de contestation sur le niveau de l'invalidité et sur son caractère définitif, l'état de l'Assuré est apprécié en dernier ressort par un médecin-arbitre désigné d'un commun accord par le médecin-conseil d'ADEP et par le médecin-traitant de l'Assuré.

Les honoraires de l'expert sont à la charge d'ADEP.

Pièces à fournir dans tous les cas

ADEP se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives complémentaires.

ARTICLE 10 : RISQUES EXCLUS

Dans tous les cas, la reconnaissance d'un Handicap ou d'un état de Dépendance, tels que définis à l'article 3, déclarée ou survenue avant la date d'effet du Contrat est exclue de la garantie.

Sont également exclues de la garantie les conséquences résultant :

- d'une tentative de suicide,
- d'infractions au Code de la route ;
- de l'usage abusif de produits pharmaceutiques ou de stupéfiants en l'absence ou en cas de non-respect de l'ordonnance médicale ;
- d'un acte délibéré du Bénéficiaire ;
- des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournements, prises d'otages ;
- de l'utilisation en tant que pilote ou passager, de motos de plus de 400 cc ou d'engins aériens autres que les avions de lignes régulières ;
- des compétitions sportives (entraînements et épreuves) à titre professionnel ou pratique des activités suivantes : alpinisme, boxe, hippisme en compétition, navigation maritime de plaisance, spéléologie, ski hors-piste, tout sport nécessitant un engin à moteur ;
- des conséquences de la modification de structure du noyau atomique ou de toute autre source de rayonnements ionisants ;
- des conséquences de l'état d'ivresse, d'éthylisme ou d'alcoolémie (taux constaté égal ou excédant le taux prévu par la réglementation en vigueur lors du sinistre).

ARTICLE 11 : CESSATION DE LA GARANTIE

Résiliation

L'Adhérent a la faculté de résilier son adhésion par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception, adressée à ADEP, à chaque échéance anniversaire du contrat moyennant le respect d'un préavis de deux (2) mois.

La résiliation de la garantie « frais de santé » entraîne de fait la résiliation de l'option « Capital Equipement Handicap/Dépendance ».

Fausse déclarations intentionnelles

Que ce soit à l'adhésion ou en cours de garantie, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la déchéance de tout droit à

indemnité pour le sinistre en cause.

Par ailleurs, la communication d'informations erronées, portant sur la date, les circonstances et conséquences du sinistre, n'ouvre pas droit aux prestations garanties.

Dans ce cas, ADEP se réserve le droit de poursuivre l'Assuré pour le remboursement des sommes indûment versées et les cotisations payées d'avance restant acquises à ADEP.

D'une façon générale, les garanties prennent automatiquement fin à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion à la garantie « frais de santé ».

Réalisation du risque

Le versement du capital garanti au titre d'un état de Dépendance ou de Handicap met définitivement fin à l'option « Capital Equipement Dépendance/Handicap » pour l'Assuré concerné.

19) LA GARANTIE OPTIONNELLE « CAPITAL MALADIES GRAVES »

ARTICLE 1er : OBJET ET FORME DE L'OPTION

Cette garantie est assurée par la Mutuelle.

La souscription de l'option est au choix de l'Adhérent. Ce dernier peut choisir, au sein de la Demande d'adhésion, de souscrire cette option pour lui-même et/ou, le cas échéant, pour la totalité ou une partie de ses Ayants droit.

Elle a pour objet de permettre à l'Assuré(e), à l'issue du Délai d'attente de douze (12) mois, de bénéficier d'un capital, de mille (1 000) à cinq mille (5 000) euros en fonction du niveau de garanties choisi par l'Adhérent(e), en cas de survenance d'une des Maladies Graves visées ci-dessous :

- Cancer,
- Accident Vasculaire Cérébral (AVC) avec séquelles neurologiques,
- Infarctus du myocarde,
- Pathologies nécessitant un pontage coronarien,
- Pathologies nécessitant la greffe d'un organe vital,
- Sclérose en plaques,
- Insuffisance rénale nécessitant dialyse,
- Parkinson,
- Alzheimer.

L'attention de l'Assuré(e) est attirée sur le fait que sont prises en charge les Maladies Graves identifiées ci-dessus, **dont le premier Diagnostic médical est intervenu pendant la période de validité de la garantie et à l'issue du Délai d'attente de douze (12) mois applicable à compter de la date de prise d'effet de la garantie pour chacun des Assuré(e)s.**

Le versement du capital garanti à l'Assuré(e), suite au premier Diagnostic de l'une des Maladies Graves mentionnées ci-dessus, met fin à la garantie « Capital Maladies Graves » pour ce dernier.

Sont entendues comme des Maladies Graves et date de premier Diagnostic au sens de la présente Notice les définitions ci-dessous :

CANCER

Sont entendus comme Maladies Graves cancer :

- Les tumeurs malignes à partir du stade II de la classification de TNM ou de Figo.
- Les mélanomes malins si la tumeur est classée pT2 ou plus selon la Classification Internationale TNM, soit respectivement un indice de Clark de niveau III, avec un indice de Breslow supérieur à 0,75 mm d'épaisseur verticale.
- Les tumeurs hématopoïétiques, leucémies, lymphomes, maladie de Hodgkin, maladie de Kahler etc., à l'exception de certaines formes spécifiques indiquées comme exclues ci-dessous.

Sont exclus :

- Les tumeurs bénignes ou précancéreuses,
- Les tumeurs préinvasives,
- Les tumeurs dites « in situ » (Tis)* ou non invasives, exception faite du cancer du sein,
- La dysplasie cervicale CIN I-III,
- Le carcinome de la vessie stade Ta*,
- Le carcinome papillaire de la thyroïde et le carcinome folliculaire de la thyroïde, histologiquement diagnostiqués comme T1a* (tumeur 1 cm dans sa plus grande dimension) sauf en cas de présence

d'envahissement locorégional et/ou de métastases à distance,

• La leucémie lymphoïde chronique (LLC),

• Toutes tumeurs de la peau non mentionnées dans la définition des mélanomes malins indiqués au paragraphe précédant les exclusions,

• Toutes tumeurs malignes associées à une infection par le VIH ou le SIDA.

* Selon la classification internationale TNM

Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation du cancer, quel que soit son stade et son étendue. Le bénéfice de la garantie « Capital Maladies Graves » en cas de cancer est conditionné à la confirmation de la malignité de la tumeur, des caractéristiques susmentionnées et à la réception de l'examen anatomo-pathologique définitif.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (AVC)

Est entendu comme Maladie Grave Accident Vasculaire Cérébral tout épisode d'ischémie, par rupture ou thrombose, d'une artère cérébrale aboutissant à des séquelles neurologiques permanentes.

Sont exclus les accidents ischémiques transitoires.

Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation de l'AVC. Le bénéfice de la garantie « Capital Maladies Graves » en cas d'AVC est conditionné à la confirmation de la permanence et de l'ampleur du dommage neurologique constaté par un déficit fonctionnel neurologique supérieur ou égal à vingt pourcent (20 %) trois (3) mois après la survenance de l'AVC.

INFARCTUS DU MYOCARDE

Est entendu comme Maladie Grave infarctus du myocarde la destruction d'une partie du muscle cardiaque du fait d'une diminution de l'apport en oxygène aux cellules du muscle du coeur (ischémie) et d'une nécrose disposant :

1. de la confirmation par un cardiologue qualifié de la présence d'akinésie ou de dyskinesie lors de l'échocardiographie ou autre imagerie cardiaque reconnue, contemporaine,

2. et simultanément de la vérification d'au moins une des trois propositions suivantes :

2.1. développement d'une onde pathologique Q au moins sur deux dérivations du tracé de l'électrocardiogramme (Q sup ou égal 0,04 ou Q sup 25% de l'amplitude de l'onde R),

2.2. signes électrocardiographiques non spécifiques associés à des modifications significatives des marqueurs biochimiques (CPK-MB et troponine),

2.3. symptomatologie récente d'infarctus du myocarde associée à des modifications significatives des marqueurs biochimiques (CPK-MB et troponine),

Sont également couverts les cas ne répondant que partiellement à la définition précédente si l'Adhérent a été traité soit par une thrombolyse intraveineuse, soit par une angioplastie d'une artère coronaire en urgence, certifiée par compte(s) rendu(s) d'hospitalisation, et que le diagnostic a été confirmé par un cardiologue.

Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation de l'infarctus du myocarde. Le bénéfice de la garantie « Capital Maladies Graves » en cas d'infarctus du myocarde est conditionné à la confirmation des conditions susmentionnées par le cardiologue.

PATHOLOGIES NECESSITANT UN PONTAGE CORONARIEN

Sont entendues comme Maladies Graves pathologies nécessitant un pontage coronarien les affections coronariennes nécessitant une intervention à thorax ouvert (sternotomie médiane) pour désobstruer ou contourner les artères coronaires rétrécies.

Sont exclues les interventions non chirurgicales (angioplasties).

Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation de l'affection coronarienne. Le bénéfice de la garantie « Capital Maladies Graves » en cas de pathologies nécessitant un pontage coronarien est conditionné à la confirmation des conditions susmentionnées et la réalisation du pontage coronarien, par le cardiologue et le(s) compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation.

PATHOLOGIES NECESSITANT UNE GREFFE D'ORGANE VITAL

Sont entendues comme Maladies Graves pathologies nécessitant une greffe d'organe vital toutes transplantations ou inscriptions sur une liste officielle d'attente, de greffe des organes suivants exclusivement : cœur, poumon, rein, pancréas et foie. Les allogreffes de moelle hématopoïétique pour des affections non malignes sont également couvertes.

Sont exclues les transplantations seules des îlots de Langerhans. Seuls les Assurés transplantés peuvent bénéficier de la garantie : les Assurés donateurs ne sont pas couverts.

Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation de la pathologie touchant un des organes vitaux sus-mentionnés. Le bénéfice de la garantie « Capital Maladies Graves » en cas de pathologies nécessitant une greffe d'organe vital est conditionné à la confirmation des conditions sus-mentionnées par le médecin spécialiste.

SCLEROSE EN PLAQUES

Est entendue comme Maladie Grave sclérose en plaques l'affection du système nerveux central évoluant par poussées par démyélinisation progressive des neurones, entraînant à plus ou moins long terme des troubles neurologiques permanents et invalidants. Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation de la sclérose en plaques quel que soit son stade. Le bénéfice de la garantie « Capital Maladies Graves » en cas de sclérose en plaques est conditionné au diagnostic de troubles neurologiques permanents et matérialisé par un score EDSS supérieur ou égal à 5.

INSUFFISANCE RENALE NECESSITANT DIALYSE

Sont entendues comme Maladie Grave insuffisance rénale nécessitant dialyse les déficiences irréversibles et terminales de la fonction rénale nécessitant une dialyse extra corporelle ou une greffe de rein ou les deux successivement.

Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation de la pathologie rénale quel que soit son stade. Le bénéfice de la garantie « Capital Maladies Graves » en cas d'insuffisance rénale nécessitant dialyse est conditionné à la nécessité d'un traitement par dialyse continue, certifiée par le néphrologue.

PARKINSON

Est entendue comme Maladie Grave Parkinson la dégénérescence des cellules nerveuses d'une zone, située à l'intérieur du cerveau avec tous les éléments du syndrome Parkinsonien. Seule la maladie de Parkinson idiopathique est garantie.

Est exclue la maladie de Parkinson consécutive à l'administration de médicaments (dits « iatrogènes »).

Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation de la maladie de Parkinson, quel que soit son stade. Le bénéfice de la garantie « Capital Maladies Graves » en cas de maladie de Parkinson est conditionné au diagnostic de la bilatéralité des symptômes ainsi que la nécessité d'un traitement spécifique par le neurologue.

ALZHEIMER

Est entendue comme Maladie Grave Alzheimer l'altération progressive de la mémoire immédiate associée à au moins une autre altération des fonctions cognitives (le langage - aphasie, l'écriture - dysorthographe, le mouvement - apraxie) et accessoirement le comportement et l'humeur (anxiété, dépression, irritabilité) et le sommeil (insomnie), entraînant un ralentissement sur la vie au quotidien.

Sont exclues les démences.

Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation de la maladie d'Alzheimer, quel que soit son stade. Le bénéfice de la garantie « Capital Maladies Graves » en cas de maladie d'Alzheimer est conditionné au diagnostic des troubles susmentionnés et matérialisé par un résultat inférieur ou égal à 20 au test Mini Mental Score (MMS).

ARTICLE 2 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'OPTION

L'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation, à la date figurant au certificat d'adhésion établi par ADEP.

Elle est valide jusqu'à la date d'anniversaire du Contrat. L'engagement se renouvelle ensuite annuellement à la date anniversaire de l'adhésion par tacite reconduction, selon les mêmes modalités que la garantie « frais de santé ».

ARTICLE 3 : FORMALITÉS À ACCOMPLIR

Lorsque l'Assuré(e) demande le versement du capital garanti en cas de premier Diagnostic d'une des Maladies Graves visées à l'article 22, ce dernier doit retourner, sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil d'ADEP, le Certificat médical relatif aux Maladies Graves fourni par ADEP et complété par son médecin.

ADEP se réserve le droit de demander à l'Assuré toutes pièces jugées nécessaires pour l'obtention du capital garanti.

ARTICLE 4 : PAIEMENT DES PRESTATIONS

En cas de survenance de l'une des Maladies Graves visées au paragraphe 19, lorsque le premier Diagnostic médical intervient pendant la période de validité de la garantie et à l'issue du Délai d'attente de douze (12) mois applicable à compter de la date de prise d'effet de la garantie pour chacun des Assuré(e)s, ADEP règle un capital, de mille (1 000) à deux mille (2 000) euros en fonction du niveau de garanties choisi par l'Adhérent(e).

En cas de premier diagnostic de plusieurs Maladies Graves survenant au même moment, le capital garanti ne sera versé qu'une (1) seule fois.

TITRE 5 AUTRES DISPOSITIONS

20) OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, l'Association est tenue :

- De remettre aux Adhérent(e)s les statuts de la Mutuelle, 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 Adhérent(e)s des modifications apportées à leurs droits et obligations.

La preuve de la remise de la Notice d'information et des statuts de la Mutuelle aux Adhérent(e)s et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Association.

21) CONTRÔLE MÉDICAL ET ARBITRAGE

21.1 . Contrôle médical

La Mutuelle, par le biais d'ADEP, se réserve le droit de :

- demander aux Assurés(es) tous les renseignements ou documents dont elle jugerait utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations Frais de Santé. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'Assuré(e) doit les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'ADEP ;
 - soumettre à un contrôle médical effectué par son Médecin Conseil, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout(e) Assuré(e) qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent Contrat. Le contrôle peut intervenir avant la décision de prise en charge par la Mutuelle et/ou après cette décision de prise en charge. En cas de refus de l'Assuré(e) de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.
- L'Assuré(e) s'engage à communiquer les éléments et informations demandés ainsi qu'à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'Accident ou la Maladie en cause.

21.2 Arbitrage

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'Assuré(e) et la Mutuelle, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3ème médecin chargé de les départager.

En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré(e), à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3ème médecin et des frais de sa nomination.

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.

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

22.2 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 rétention, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Adhérent, 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 (celle-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'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 de l'Adhérent.

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'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).

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) RÉCLAMATION

En cas de difficultés liées à l'application de la présente Notice d'information, les Assurés et les bénéficiaires peuvent contacter :

- 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 Cornéilhan 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'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 :**

Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)

Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française - 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS CEDEX 15

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

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

24) ENGAGEMENTS DE L'ADHERENT(E)

L'Adhèrent(e) s'engage, en cours d'adhésion, à déclarer à ADEP tout changement dans sa situation personnelle ou celle de ses Ayants droit pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par la Mutuelle.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la garantie accordée dans les conditions prévues par l'article 31 ci-après.

L'Adhèrent informera ADEP, lors de la souscription de son adhésion, de l'existence de garanties complémentaire maladie souscrites auprès d'une autre entreprise d'assurance.

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'Adhèrent (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 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.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte d'Adhèrent ou de tout autre document mentionnant ses droits aux prestations, la Mutuelle, par l'intermédiaire d'ADEP, se réserve le droit de poursuivre l'auteur de cette utilisation pour le remboursement des sommes versées indûment pour son compte.

L'usage frauduleux s'entend ici de l'utilisation par un Adhèrent non à jour de cotisations, agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement des prestations garanties par la Mutuelle aux seuls Adhérents justifiant du paiement régulier de leurs cotisations.

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) PROTECTION DES DONNEES 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 Ayants droit 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 Ayants droit 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 Ayants droit peuvent exercer leurs droits en s'adressant à : DPO (DPMS) ADEP, 574 route de Cornéilhan - CS 80618 - 34535 BÉZIEERS ou par e-mail à dpo@adep.com.

En outre, l'Adhèrent et ses Ayants droit 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 Fontenay 75007 Paris.

28) DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Conformément aux dispositions des articles L. 223-1 et L. 223-2 du Code de la consommation, le Membre participant est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire en se connectant 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 à 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.

29) TERRITORIALITÉ

Les garanties s'exercent en France métropolitaine et dans les DROM-COM.

En outre, elles s'appliquent à l'étranger sous condition d'intervention du régime d'assurance maladie obligatoire français du bénéficiaire. Le règlement des prestations est effectué en euros.

30) AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

La Mutuelle, les organismes assureur et l'ADEP sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située **4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.**

Besoin d'assistance ?

• Contactez-nous (24/24)

- depuis la France métropolitaine au 01.40.25.51.16
 - depuis l'étranger 00 33 (1) 40.25.51.16

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 : 920991,
- Le 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.orias.fr/>

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

ASCENDANT A CHARGE

Tout ascendant (parents, beaux-parents et grands parents) vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré et fiscalement à sa charge est considéré comme ascendant à charge.

BENEFICIAIRE

- Personne physique ayant souscrit un contrat SANTE DOM-TOM pour son propre compte ou pour le compte de laquelle le contrat SANTE DOM-TOM a été souscrit par un tiers, le « Bénéficiaire assuré »

- Son Conjoint

- Les Enfants.

CONJOINT

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

DOMICILE

Lieu de résidence principale situé en France, Martinique, Guadeloupe, Guyane, Réunion ou Mayotte.

ENFANTS

Enfants, petits-enfants, de moins de 15 ans et fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou son Conjoint, vivant habituellement sous son toit.

ETRANGER

Tout pays, à l'exclusion de la France et des Pays non couverts.

FRANCE

France métropolitaine ainsi que les territoires suivants : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion, Mayotte, où se situe le Domicile.

HOSPITALISATION

Tout séjour [prévu ou imprévu,] dans un établissement de soins privé ou public (y compris l'hospitalisation ambulatoire).

Sont exclus :

- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ;
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique, sauf chirurgie réparatrice prise en charge par la Sécurité sociale ;
- les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.

Une durée d'Hospitalisation minimum peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

IMMOBILISATION IMPREVUE

Toute incapacité physique à se déplacer survenant inopinément et consécutive à un accident ou à une maladie, constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un médecin.

Mondial Assistance se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail confirmant l'immobilisation au Domicile avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

MALADIE

Maladie : altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.

Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge

Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital à court terme (soit dans un délai d'une semaine)

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>

PRESTATAIRE

Prestataire de services, professionnel référencé par Mondial Assistance.

PROCHE

Toute personne physique, membre de la famille ou non, résidant sur le territoire de Domicile du Bénéficiaire assuré et désigné par ce dernier .

TRANSPORT

Sauf mention contraire, tout déplacement non médicalisé s'effectue par :

- par train,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

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'évènement ouvrant droit aux prestations.

1. VALIDITE DE LA CONVENTION

VALIDITE TERRITORIALE

Pour le Bénéficiaires dont le Domicile est situé en Martinique, Guadeloupe, Guyane, Réunion ou Mayotte :

Le bénéfice des prestations de la Convention est ouvert uniquement pour les événements survenus sur l'île de résidence du Bénéficiaire.

Pour Bénéficiaires dont le Domicile est situé en France métropolitaine :

Le bénéfice des prestations de la Convention est ouvert uniquement pour les événements survenus en France Métropolitaine.

DUREE DE VALIDITE

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat SANTE et de l'accord liant ADEP et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

2. DÉFINITIONS CONTRACTUELLES

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

ANIMAUX DE COMPAGNIE

Sont considérés comme animaux de compagnie uniquement les chats et chiens à l'exclusion de tout autre animal.

Pour être couvert par les garanties, l'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires.

Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

ACCIDENT CORPOREL

Toute lésion corporelle provenant de l'action violente ; soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

Il est précisé que la survenue brutale d'une maladie (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, rupture d'anévrisme, épilepsie, hémorragie cérébrale, ...) ne peut pas être assimilée à un accident.

3.1 INFORMATION, PRÉVENTION ET MAITRISE DES COÛTS DE SANTÉ

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 08h00 à 20h00 hors jours fériés (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance communique au Bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans le domaine de la santé:

Informations d'ordre général sur la santé

- les urgences (n° samu, pompier, centre anti-poison ...)
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités,
- les problèmes d'alcool, de tabagisme
- les problèmes de poids
- le groupe sanguin (compatibilité entre époux, transfusion...)
- la grossesse et l'accouchement : les médicaments interdits/à éviter, les examens à effectuer (obligatoires/facultatifs)
- les maladies infantiles
- les vaccinations à effectuer : caractère obligatoire/conseillés, risques liés à la vaccination
- les maladies du 3ème/4ème âge
- l'alimentation : en général et en fonction de certaines pathologies : ex : le diabète
- les médicaments : les médicaments génériques
- informations préventives concernant les modes de transmission et les risques liés à certaines maladies, les précautions à prendre... (ex : rougeole, sida...)
- la santé en voyage (hygiène, vaccins, équivalence en médicaments, formulaires de Sécurité Sociale...)
- Informations spécifiques à une pathologie (ex : parkinson, Alzheimer, autisme, allergies, sida...):
- le traitement et les conséquences médicales de cette pathologie :
- aide dans les recherches (où se renseigner, associations)
- l'évolution de la maladie
- risque de transmission aux enfants (génétiquement), risque de contagion pour l'entourage

3.2 EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT AU DOMICILE

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits.

Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du Bénéficiaire par le SAMU ou tout autre moyen de transport sanitaire.

ADMISSION A L'HOPITAL

Si le Bénéficiaire le souhaite, et sur prescription médicale uniquement, Mondial Assistance organise et prend en charge :

• **La recherche et la réservation d'une place en milieu hospitalier** public ou privé, dans la limite des disponibilités dans les établissements hospitaliers situés dans un rayon de 100 km autour du Domicile du Bénéficiaire.

• **Le Transport du Bénéficiaire à l'hôpital et le retour au Domicile**

par ambulance, de son Domicile vers l'hôpital le plus proche ou vers un hôpital de son choix situé dans un rayon de 100 km maximum autour de son Domicile.

La prise en charge financière du Transport se fera en complément des remboursements de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié. En conséquence, le Bénéficiaire s'engage à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de ses frais auprès de ces organismes et à verser à Mondial Assistance toute somme perçue par lui à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par Mondial Assistance.

Dans ce cas, le Bénéficiaire s'engage à rembourser cette avance à Mondial Assistance dans un délai de 3 (trois) mois à compter de la date de mise à disposition des fonds. Passé ce délai, Mondial Assistance sera en droit d'exiger, outre le montant de l'avance consentie, les frais et les intérêts légaux.

Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette.

• **L'information à la famille**

ou aux personnes préalablement désignées par le Bénéficiaire du lieu d'hospitalisation où elles pourront prendre de ses nouvelles.

PENDANT L'HOSPITALISATION PREVUE OU IMPREVUE

Pendant l'Hospitalisation du Bénéficiaire attestée par le bulletin d'hospitalisation, si l'Hospitalisation doit durer plus de 5 jours et si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après:

• **Evaluation des besoins et recommandations**

Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de

les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Le Bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

• **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**

Mondial Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après, dans la limite d'un :

- Forfait de 300 euros TTC en cas d'Hospitalisation prévue ou imprévue d'au moins 5 jours

- Forfait de 100 euros TTC en cas d'Hospitalisation ambulatoire

L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation

La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 2 fois par période annuelle de garantie.

La mise en œuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation.

Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible.

Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire.

Le montant maximum indiqué dans le détail de chaque prestation ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le Bénéficiaire est encore couvert au titre de la Convention et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, Mondial Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,

- lui communiquer les coordonnées de Prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge du Bénéficiaire.

Ci-après la description des services et aides à Domicile proposés :

Transport

Mondial Assistance prend en charge le Transport non médicalisé du Bénéficiaire valide.

Hébergement des parents à proximité du Bénéficiaire mineur pendant son Hospitalisation

Si le Bénéficiaire mineur est hospitalisé à plus de 50 km de son Domicile, Mondial Assistance organise et prend en charge l'Hébergement de ses parents pendant la durée de l'Hospitalisation dans la limite de 70 € TTC/ nuit.

Aide à Domicile : Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),

- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,

- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Préparation du retour au Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.

Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire ou du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) ou le transfert du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (à l'exclusion des soins médicaux).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants scolarisés jusqu'au niveau baccalauréat

Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à leurs activités extrascolaires, Mondial Assistance prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants à charge

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

Portage des repas

Mondial Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de 4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation concernée.

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse et territoires suivants : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion, Mayotte.

Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

Fermeture du Domicile quitté en urgence

En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire et s'il a quitté son Domicile précipitamment, Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire aide-ménagère afin de fermer les accès du Domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

Cette prestation s'effectuera sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport aller-retour de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du

Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Cette prestation n'est pas applicable sur l'île de Mayotte.

Livraison de courses

Mondial Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Bien-être à domicile: coiffure et esthétique

Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants :

- esthétique, coiffure,
- prothésiste capillaire,

y compris ceux réalisés à domicile.

• Transfert d'un Proche au chevet du Bénéficiaire suite à l'Hospitalisation imprévue d'au moins 5 jours :

- Coût du Transport aller /retour depuis le Domicile du Proche
- Frais d'Hébergement sur place dont le montant est de 45 euros TTC maximum par nuit dans la limite de 2 nuits consécutives.
- Livraison en urgence au Domicile de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin suite à l'Hospitalisation ambulatoire du Bénéficiaire, dans la limite de 100 euros TTC maximum

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation n'est pas applicable sur l'île de Mayotte.

PENDANT L'IMMOBILISATION AU DOMICILE

Pendant l'immobilisation au Domicile sans hospitalisation ou pour convalescence, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical, si l'immobilisation doit durer plus de 5 jours et si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance organise et prend en charge :

• La présence au chevet du Bénéficiaire

Transport aller et retour d'un Proche qui vient à son chevet.

• Le séjour à l'hôtel du Proche

désigné au paragraphe « Présence au chevet du Bénéficiaire » dans la limite de 45 € TTC par nuit, avec un maximum 90 € TTC.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement du Proche a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence au chevet du Bénéficiaire ».

• La garde au Domicile des Enfants

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'Hospitalisation.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au Domicile du Bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante.

Sa mission consiste à garder l'Enfant du Bénéficiaire au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

A l'issue de cette prestation et si l'immobilisation doit se prolonger, Mondial Assistance pourra organiser soit la Présence au chevet du Bénéficiaire, soit le transfert (Transport aller) des Enfants chez un Proche.

• Le transfert des Enfants

Transport aller et retour jusque chez un Proche, avec si nécessaire, accompagnement par un Proche désigné par le Bénéficiaire ou un correspondant de Mondial Assistance.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence au chevet du Bénéficiaire ».

• La livraison de médicaments en urgence

recherche (pharmacie proche du Domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au Domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24h et immédiatement nécessaires au Bénéficiaire.

Mondial Assistance fait l'avance du coût de ces médicaments, que le Bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés.

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par Mondial Assistance et est accessible 24h/24, 7jours / 7.

Cette prestation n'est pas applicable sur l'île de Mayotte.

• L'Aide-ménagère à Domicile

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 15 heures pouvant être réparties sur 3 semaines.

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au Domicile du Bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide-ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

Lorsque l'immobilisation fait suite à une Hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivant le retour au Domicile.

La prestation d'aide-ménagère peut également être fournie en cas de chimiothérapie ambulatoire, à l'issue de chaque séance et pour un maximum de 30 heures réparties sur 10 séances.

Dans tous les cas, cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence au chevet du Bénéficiaire ».

• La garde des Animaux de compagnie

- soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC maximum par période d'immobilisation,

- soit chez un Proche dans un rayon maximum de 100 Km autour du Domicile.

Cette prestation n'est pas applicable sur l'île de Mayotte.

• Le coiffeur à Domicile

sur rendez-vous, pris en charge une fois par Immobilisation et pour un maximum de 45 € TTC.

Cette prestation n'est pas applicable sur l'île de Mayotte.

• La télé-assistance ponctuelle

mise à disposition au Domicile d'un dispositif de télé-assistance pendant 3 mois si le Bénéficiaire est isolé pendant sa convalescence à la suite d'une Hospitalisation de plus de 15 jours.

Cette prestation est uniquement disponible sur l'île de la Réunion et en France métropolitaine.

Le dispositif est composé d'un appareil de télécommunication spécial et d'un service d'écoute. Il permet à l'assuré de lancer une alerte de n'importe quel endroit de son habitation, 24 heures sur 24, en actionnant simplement une télécommande qu'il conserve sur lui.

Un opérateur du service d'écoute entre en liaison vocale avec lui sans qu'il ait à décrocher son téléphone grâce au transmetteur (qui compose automatiquement le numéro du centre de surveillance et joue le rôle d'interphone).

L'opérateur dialogue avec l'assuré pour analyser la situation, le rassurer et lui venir en aide en cas de problème. Il peut contacter les Proches du Bénéficiaire, son médecin, les pompiers, la police, un réparateur, etc.

Si le Bénéficiaire ne peut pas répondre, l'opérateur déclenche immédiatement l'intervention la plus rapide, c'est-à-dire conjointement les Proches, amis ou voisins et les secours d'urgence si nécessaire.

Au-delà de cette période de 3 mois, Mondial Assistance pourra, à la demande du Bénéficiaire, prolonger cette mise à disposition à un tarif préférentiel.

CONDITIONS APPLICABLES A LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF TELEASSISTANCE

Lors de la demande le Bénéficiaire devra fournir un certain nombre de données confidentielles le concernant pour la mise en place du service :

- ses coordonnées et les moyens d'accès à son Domicile
- les coordonnées d'au moins un dépositaire de clefs proche de son Domicile
- des informations concernant son entourage
- des informations concernant son état de santé et les coordonnées de son médecin traitant
- la présence éventuelle d'une autre personne ou d'animaux domestiques au Domicile

• La livraison et la mise à disposition du matériel médical

qui lui a été prescrit par son médecin. La demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier ou télécopie. Le coût du matériel médical reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation n'est pas applicable sur l'île de Mayotte.

• La recherche d'un médecin

en l'absence du médecin traitant, à l'endroit où se trouve le Bénéficiaire, en lui communiquant les numéros de téléphone (médecin de garde ou service d'urgence).

Dans ce cas, Mondial Assistance n'est pas responsable si aucun médecin n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de Mondial Assistance.

Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du Bénéficiaire.

• La recherche d'une infirmière

sur prescription médicale, le plus près possible de l'endroit où se trouve le Bénéficiaire, en lui communiquant les numéros de téléphone.

Cette prestation n'est pas applicable sur l'île de Mayotte.

Dans ce cas, Mondial Assistance n'est pas responsable si aucune

infirmière n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important de l'infirmière susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de Mondial Assistance.

Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du Bénéficiaire.

3.3 PRESTATIONS SPECIALES POUR ENFANT HOSPITALISE OU IMMOBILISE AU DOMICILE

Pendant l'immobilisation au Domicile sans hospitalisation ou pour convalescence, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical, si l'immobilisation doit durer plus de 2 jours et si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance organise et prend en charge :

• La garde au Domicile de l'Enfant malade ou convalescent

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'immobilisation.

Chaque prestation de la garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au Domicile du Bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est assurée par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant convalescent, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Lorsque l'immobilisation fait suite à une Hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivant le retour au Domicile.

• La conduite de l'Enfant à l'école

s'il peut assister à ses cours mais qu'il a des difficultés à se déplacer et qu'aucun Proche ne peut assurer son transport. Le transport est organisé par taxi et pris en charge à hauteur de 300 € TTC maximum par période d'immobilisation.

• Une aide pédagogique dans les matières scolaires principales

lorsque l'immobilisation au Domicile entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs. Chaque demande est étudiée au cas par cas pour missionner le répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'Enfant. Il pourra, avec l'accord du Bénéficiaire ou de son responsable légal, prendre contact avec l'établissement scolaire fréquenté afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels de l'Enfant l'étendue du programme à étudier.

L'aide pédagogique est accordée pour la durée effective de l'année scolaire en cours, pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi, à raison de 15 heures par semaine, tous cours confondus, fractionnables par tranche de 3 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'Enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire.

La mise en place de l'aide pédagogique peut nécessiter un délai 2 jours ouvrés.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'hospitalisation de l'Enfant, attestée par le bulletin d'hospitalisation, qui entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs.

3.4 DECÈS

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire les services ci-après :

INFORMATIONS DECES / SUCCESSION

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 08h00 à 20h00 hors jours fériés (fuseau horaire de France métropolitaine), le Bénéficiaire, pour préparer sa succession, ou ses Proches, trouveront auprès des spécialistes de Mondial Assistance, les renseignements dont ils ont 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 :

- Les sociétés de pompes funèbres
- Les sociétés de marbrerie funéraire
- 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

(mobilier, 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...

Le règlement de la succession :

- les options offertes aux héritiers et leurs conséquences : l'acceptation de la succession, l'acceptation sous bénéfice d'inventaire, la renonciation.

Les règles de répartition de la succession :

- L'ordre de succession et les modalités d'attribution
- Les règles applicables, générales, et particulières à certaines situations (représentation, fente successorale, unions adoptées, décès simultanés, transmission des droits de propriété littéraire et artistiques...)
- Les droits du conjoint survivant

Les situations particulières d'héritage :

- Le testament, les donations, l'usufruit, la nue-propriété
- Les mineurs, les incapables majeurs
- Les héritiers résidant à l'étranger

Comment disposer, prendre possession des biens :

- L'indivision
- Les formalités : Actes Notariés, Pièces Héritaires
- Le partage

Les droits de succession :

- Les biens à déclarer
- la détermination de l'actif successoral taxable
- le paiement des droits et contrôle du fisc

Les droits du conjoint et de ses enfants :

- L'aide sociale
- L'allocation veuvage
- La pension de réversion de la sécurité sociale
- Les droits des conjoints divorcés (pension partagée)
- La location (le droit au maintien)
- Le capital décès pour les cotisants à la Sécurité sociale.

Les informations fournies par Mondial Assistance sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée de renseignements communiqués.

ASSISTANCE DECES

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, et à leur demande, organise et prend en charge :

- La garde des Animaux de compagnie

à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC maximum, en attendant que la famille prenne les dispositions appropriées.

Cette prestation n'est pas applicable sur l'île de Mayotte.

ORGANISATION DES OBSEQUES

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

Pour ce faire, Mondial Assistance fait appel à un Prestataire ou par une entreprise désignée par les Membres de la famille ou par le Bénéficiaire dans ses données obsèques.

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.

GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

Si aucun Proche n'est en mesure de s'occuper des Enfants du Bénéficiaire décédé, Mondial Assistance organise et prend en charge pour les Enfants du Bénéficiaire décédé âgés de moins de 15 ans :

o Le transfert d'un Proche

(Transport aller et retour), qui vient garder les Enfants au Domicile du Bénéficiaire décédé.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert des Enfants chez un Proche » et « Garde au Domicile des Enfants ».

o Le transfert des Enfants chez un Proche

(Transport aller et retour) jusque chez un Proche, avec si nécessaire, accompagnement par un Proche désigné par la famille ou un correspondant de Mondial Assistance.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert

d'un Proche » et « Garde au Domicile des Enfants ».

o La garde au Domicile des Enfants

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au Domicile du Bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide-soignante.

Sa mission consiste à garder l'enfant du Bénéficiaire au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert d'un Proche » et « Transfert des Enfants chez un Proche ».

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.

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 en première instance à l'adresse électronique suivante :

servicereclamation@adep.com

(ou par courrier : ADEP service réclamation

574 Route de Corneilhan CS 80618- 34535 Béziers CEDEX)

En cas de difficultés persistantes :

reclamation@votreassistance.fr

(ou par courrier : 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. PRESCRIPTION

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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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.

Fragonar 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 questionnaires 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://consobloctel.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'événement garanti et du montant des indemnisations 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.

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 assurerons 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, coentreprise, 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 desdites 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 deux (2) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance
- En cas de sinistre – deux (2) 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 – deux (2) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat – deux (2) 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.

PREAMBULE

En qualité de Bénéficiaire du Contrat frais de santé collectif/individuel assuré auprès de Mutuelle Bleue par l'intermédiaire d'ADEP, vous bénéficiez au titre de votre couverture frais de santé de la prise en charge par celui-ci des coûts du service de Téléconsultation médicale.

Ainsi vous bénéficiez de l'accès au service de Téléconsultation médicale dans les conditions et selon les modalités définies ci-après.

ARTICLE 1 : OBJET

Les présentes Conditions Générales d'Utilisation ont pour objet de définir les conditions et modalités d'utilisation du service de Téléconsultation médicale.

L'utilisation de ce service par le Bénéficiaire vaut acceptation par le Bénéficiaire des présentes Conditions Générales d'Utilisation du service de Téléconsultation médicale fourni par AXA Assistance.

ARTICLE 2 : MODALITES D'UTILISATION DU SERVICE PAR LES BÉNÉFICIAIRES

Le service de Téléconsultation médicale est accessible par le biais de la plateforme téléphonique d'AXA Assistance composée d'Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (IDE) et de Médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Pour bénéficier de ce service vous devez contacter le numéro suivant :

(+33) 01 55 92 14 03, plateforme disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Vous pouvez également accéder à ce service via le site internet www.bonjourdocteur.com, accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, et bénéficier d'une Téléconsultation médicale immédiate ou sur rendez-vous de 8h00 à 18h00. Pour ce faire, lors de votre première connexion sur le site internet pré-cité, vous aurez à vous créer un compte pour avoir accès au service de Téléconsultation médicale.

ARTICLE 3 : DEFINITIONS

Dans les présentes Conditions Générales d'Utilisation, les mots ou expressions commençant par une majuscule ont la signification qui suit :

AXA Assistance France : désigne l'organisme en charge du service de Téléconsultation médicale, Société Anonyme soumise au Code des Assurances - située 6 rue André Gide 92320 Châtillon - au capital de 2 082 094 € - RCS Nanterre 311 338 339, ci-après dénommée « AXA Assistance ».

Bénéficiaire(s) : désigne un patient, et le cas échéant ses ayants droit, bénéficiant au titre de son Contrat frais de santé de la prise en charge du service de Téléconsultation médicale fourni par AXA Assistance.

Données à caractère personnel : désigne toute information permettant d'identifier directement ou indirectement une personne physique (notamment à l'aide d'un identificateur ou d'un ou plusieurs facteur(s) qui lui est/sont propre(s)).

Equipe médicale : structure d'assistance médicale qu'AXA Assistance met à disposition et adapte à chaque cas particulier.

Equipe de médecins : Médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) salarié(e) d'AXA Assistance.

Médecin : Médecin généraliste.

Téléconsultation : consultation accessible par téléphone, visioconférence ou via le site internet www.bonjourdocteur.com

Règlementation applicable en matière de protection des Données à caractère personnel : désigne notamment le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) n°2016/679 du 27 avril 2016 et la Loi n°78-17 « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 (LIL) modifiée en matière de protection des données personnelles.

ARTICLE 4 : CADRE JURIDIQUE DE LA TELECONSULTATION

Le service de Téléconsultation médicale est un service de télémédecine organisé conformément au décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine par AXA Assistance dans le cadre d'un contrat conclu avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Île-de-France.

Ce service a pour objet de permettre à un Bénéficiaire, en tant qu'assuré de Mutuelle Bleue partenaire d'AXA Assistance, de recevoir des consultations à distance par des professionnels

médicaux salariés d'AXA Assistance.

Vous en bénéficiez au titre de vos garanties frais de santé dans le cadre d'un accord de prise en charge conclu entre Mutuelle Bleue et AXA Assistance, référencé n° 7204262.

ARTICLE 5 : DESCRIPTION ET MODALITES D'UTILISATION DU SERVICE PAR LES BÉNÉFICIAIRES

L'utilisation du service de Téléconsultation médicale est réservée exclusivement aux Bénéficiaires d'une garantie frais de santé en vigueur, comprenant la prise en charge du service de Téléconsultation médicale d'AXA Assistance, et assurée par Mutuelle Bleue ayant conclu un accord de prise en charge en vigueur avec AXA Assistance.

Les services fournis sont de sept (7) types :

- Téléconsultation médicale
- Service d'information médicale accessoire
- Orientation
- Téléconseil médecins spécialistes
- Téléconseil bien-être
- Livraison de médicaments
- Prise de rendez-vous pour une consultation physique

5.1. Téléconsultation médicale

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin-traitant et en dehors de toute urgence, chaque Bénéficiaire peut contacter les services d'AXA Assistance afin de bénéficier du service de Téléconsultation médicale.

Un(e) Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) réceptionnera son appel. Après l'avoir informé des modalités de fourniture du service de Téléconsultation médicale et avoir recueilli son consentement, l'IDE enregistrera sa demande et le mettra en relation avec un Médecin d'AXA Assistance qui procédera à la Téléconsultation.

À l'issue de la Téléconsultation, le Médecin d'AXA Assistance lui apportera une réponse médicale adaptée à sa situation pathologique.

Cette réponse pourra s'effectuer sous forme :

- De conseil(s) au Bénéficiaire ;
- D'orientation vers un médecin-traitant ;
- D'orientation vers un des spécialistes suivants, dans le respect du parcours de soins :
 - un gynécologue,
 - un ophtalmologue,
 - un psychiatre ou un neuropsychiatre si le Bénéficiaire a entre seize (16) et vingt-cinq (25) ans,
 - un stomatologue,
- De prescription écrite médicamenteuse ;
- De mise en relation avec des médecins spécialistes ;
- De mise en relation avec des professionnels de santé (diététiciens et psychologues) ;
- De livraison de médicaments ;
- De prise de rendez-vous pour une consultation physique ;
- De prescription écrite d'examen(s) complémentaire(s) ;

Le Médecin d'AXA Assistance est seul décisionnaire de la suite à donner à l'issue de la Téléconsultation.

Dans le cas où l'Equipe Médicale d'AXA Assistance identifierait une urgence médicale, le Bénéficiaire sera réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

À la suite de la Téléconsultation et avec son autorisation, un compte rendu de consultation pourra être adressé à son médecin-traitant, si le Médecin d'AXA Assistance estime qu'il y a un intérêt médical à cette transmission.

Dans certains cas, un examen physique peut être nécessaire pour établir un diagnostic.

Le cas échéant, le Médecin d'AXA Assistance réorientera le patient vers son médecin-traitant.

Lorsqu'il s'agit d'une Téléconsultation pour un enfant mineur ou pour un majeur sous tutelle du Bénéficiaire du Contrat, l'appel doit être effectué par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

5.2 Service d'information médicale accessoire

L'Equipe Médicale d'AXA Assistance peut communiquer aux Bénéficiaires des informations, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Elle donne alors tout renseignement d'ordre général non personnalisé.

Dans cette hypothèse, l'intervention de l'Equipe Médicale d'AXA Assistance se limite à donner des informations objectives sans que l'objet de ce service soit de favoriser une automédication.

5.3 Orientation

L'Equipe Médicale d'AXA Assistance peut aider un Bénéficiaire à exercer son libre choix en matière médicale en lui conseillant une sélection de médecins spécialistes et/ou d'établissements de santé, dans le respect du parcours de soins.

5.4 Téléconseil médecins spécialistes

L'Equipe Médicale d'AXA Assistance peut mettre en relation un Bénéficiaire avec notamment des médecins spécialistes et prendre en charge cette consultation pour lui proposer un conseil médical à distance (par téléphone et sur rendez-vous uniquement) et lui prescrire une éventuelle ordonnance médicale.

Cette prestation est accessible uniquement sur acceptation du Bénéficiaire.

5.5 Téléconseil bien-être

L'Equipe Médicale d'AXA Assistance peut mettre en relation un Bénéficiaire avec des professionnels de santé et prendre en charge une consultation avec un diététicien et/ou 3 consultations maximum avec un psychologue. Cette prestation est accessible uniquement sur acceptation du Bénéficiaire.

5.6 Livraison de médicaments

L'Equipe Médicale d'AXA Assistance organise et prend en charge la livraison des médicaments prescrits dans le cadre d'une Téléconsultation délivrée par AXA Assistance auprès du Bénéficiaire.

Cette prestation est accessible uniquement après une prescription d'une ordonnance lors d'une Téléconsultation. Elle est limitée aux départements géographiques suivants : 75, 92, 93, 94.

Ce service est accessible de 8h30 à 22h30 en semaine et de 8h30 à 18h00 les week-ends et jours fériés dans le 75. Il est accessible de 8h30 à 19h30 en semaine et de 8h30 à 18h00 les week-ends et jours fériés dans les autres départements.

5.7 Prise de rendez-vous pour une consultation physique

A l'issue de la Téléconsultation, l'Equipe Médicale d'AXA Assistance peut organiser un rendez-vous pour une consultation physique, avec l'un des médecins suivants :

- Médecin-traitant du Bénéficiaire ;
- Médecin spécialiste en accès direct ;

Médecin généraliste en cas d'indisponibilité du médecin-traitant (Ex : éloignement géographique temporaire du patient) ;

- De toute spécialité pour un patient âgé de moins de seize (16) ans.

ARTICLE 6 : EXCLUSIONS

Sont exclus de la Téléconsultation :

- **Les Téléconsultations lorsque l'Equipe Médicale d'AXA Assistance identifie une urgence médicale ;**
- **Les prescriptions pour un renouvellement de traitement dans le cas de pathologies chroniques ;**
- **Les prescriptions d'arrêt de travail ;**
- **Les certificats médicaux.**

ARTICLE 7 : RESPONSABILITE

7.1. Responsabilité d'AXA Assistance

Les obligations souscrites par AXA Assistance dans le cadre de l'activité de Téléconsultation médicale aux termes des présentes Conditions Générales d'Utilisation sont constitutives d'obligations de moyens.

En outre, AXA Assistance ne saurait être tenue pour responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- De défaillances ou d'interruption de réseaux téléphoniques et/ou informatiques ;
- Des modifications de la situation du Bénéficiaire, notamment de son état de santé, qui ne leur auraient pas été signalées lors de la Téléconsultation ;
- D'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

7.2. Responsabilité du Bénéficiaire

Le Bénéficiaire est responsable de l'exactitude et de l'actualisation des renseignements demandés lors de la Téléconsultation pour permettre à AXA Assistance d'assurer ses engagements dans de bonnes conditions.

ARTICLE 8 : RECLAMATIONS ET DIFFERENDS

8.1. Traitement des réclamations

AXA Assistance veille à offrir un service de qualité.

Si, après avoir contacté AXA Assistance par téléphone, une incompréhension subsiste, le Bénéficiaire peut adresser sa

demande sous pli confidentiel à :

Direction Médicale d'AXA Assistance - 6 rue André Gide 92320 Châtillon

Sa situation sera étudiée avec le plus grand soin. Une réponse sera alors adressée dans le respect des délais suivants :

- Dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse est elle-même apportée dans ce délai ;
- Deux (2) mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse au Bénéficiaire.

Si le désaccord subsiste après épuisement des voies de recours internes ci-dessus énoncées, le Bénéficiaire peut faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 ou en complétant le formulaire de saisine directement sur le site internet : www.mediation-assurance.org

8.2. Différends

Tous les litiges auxquels les présentes Conditions Générales d'Utilisation pourraient donner lieu, concernant tant sa validité, son interprétation, son exécution, ses conséquences et leurs suites, seront soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun.

La loi applicable est la loi française.

ARTICLE 9 : PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Conformément aux dispositions sur la réglementation applicable en matière de protection des Données à caractère personnel, et conformément à la politique de protection des Données à caractère personnel publiée sur le site internet d'AXA Assistance, AXA Assistance informe chaque Bénéficiaire, en sa qualité de responsable du traitement, que :

La base légale du traitement est l'exécution du Contrat du Bénéficiaire.

Les informations recueillies dans le cadre du recours au service de Téléconsultation médicale AXA Assistance font l'objet d'un traitement informatique ou manuel et sont utilisées par AXA Assistance pour l'exécution de la prestation de Téléconsultation médicale.

Les réponses aux questions qui sont posées par l'Equipe Médicale au Bénéficiaire lors de son appel, après obtention de son accord pour la collecte de ses données de santé, sont nécessaires au traitement de son dossier.

Les destinataires des Données personnelles sont les Médecins et les IDE d'AXA Assistance, les pharmacies, l'hébergeur de données de santé agréé d'AXA Assistance et, avec l'accord du Bénéficiaire, le médecin-traitant.

Les données enregistrées sur le Bénéficiaire sont :

- Les données d'identification de la personne (nom, prénom, adresse, date et lieu de naissance, sexe, numéro de téléphone, email) ;
- La localisation de la personne ;
- Les données de santé (pathologies, antécédents familiaux, soins, comportement à risque, médecin-traitant).

Les données sont conservées pendant vingt (20) ans.

Le Bénéficiaire peut accéder aux données le concernant. Il dispose également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification, d'un droit de portabilité, d'un droit à la limitation et à l'effacement de ses données dans les conditions prévues par la Réglementation applicable en matière de protection des Données à caractère personnel.

Pour exercer ses droits, ou pour toute question sur le traitement de ses données dans ce dispositif, le Bénéficiaire peut contacter le Délégué à Protection des données (DPO).

Contactez le DPO par voie électronique : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com

Contactez le DPO par courrier postal : **AXA PARTNERS - Délégué à la Protection des données - 6 rue André Gide 92320 Châtillon**

Le Bénéficiaire dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL concernant la protection de ses Données personnelles, par courrier à :

Commissions Nationale Informatique et Libertés – 3 place de Fontenoy 75007 Paris, ou par courriel à www.cnil.fr

L'intégralité de la politique de confidentialité est disponible sur le site axa-assistance.fr, ou sous format papier, sur demande.

ARTICLE 10 : COORDONNEES

Toute notification écrite ou envoi, au titre du service de Téléconsultation médicale, doit être fait à l'adresse suivante :

AXA Assistance France - Téléconsultation médicale
6 rue André Gide 92320 Châtillon

Assurément proche !

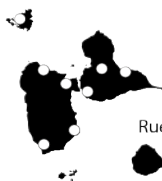
ADEP est le spécialiste des assurances de personnes, auprès des particuliers et des entreprises, depuis près de 30 ans en Guadeloupe, Martinique, Saint Martin, Guyane, Réunion, Mayotte et en métropole.

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**.

32 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

125 rue Pasteur
97400 SAINT DENIS
0262 34 64 40



ADEP Mayotte

17 Place Mariage
97600 MAMOUDZOU
0269 60 24 88



ADEP Paris

3 Rue Beudant
75017 PARIS
0143 70 22 77

■ SANTÉ ■ OBSÈQUES ■ PRÉVOYANCE

PARTICULIERS & ENTREPRISES