

- Assuré par : **Mutuelle Bleue**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée en France sous le numéro SIREN 775 671 993
- Distribué et géré par **ADEP** : courtier en assurances immatriculé à l'ORIAS N°07 035 445

Produit : ADEP SANTÉ ENTREPRISE

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions de contrat collectif. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans les conditions générales et les conditions particulières du Contrat.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Cette complémentaire santé est un contrat d'assurance à adhésion obligatoire destiné à assurer le remboursement de tout ou partie des frais de santé restant à la charge du salarié ou des éventuels ayants droit en cas de maladie, d'accident ou de maternité en complément de la Sécurité Sociale française. Ce produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

✓ **HOSPITALISATION** : Forfait hospitalier journalier, Franchise sur actes lourds, Honoraires chirurgicaux et médicaux, Frais de séjour, Transport de malades pris en charge par le RO

✓ **SOINS COURANTS** : Consultations, visites médecins généralistes ou actes techniques médicaux, Honoraires paramédicaux, Analyse et examens de laboratoire, Imagerie, Radiologie et échographie, Médicaments et homéopathies prescrits et pris en charge par le RO, Matériel médical et prothèses médicales orthopédiques, mammaires et capillaires

✓ **DENTAIRE** : Soins et prothèses dentaires, Orthodontie remboursée par le RO, Prothèses et implantologies remboursées par le RO, Panier 100% santé

✓ **OPTIQUE** : Monture, Verres simples, complexes ou très complexes, Lentilles de contact, Forfait chirurgie réfractive des yeux, Panier 100% santé

✓ **AIDES AUDITIVES** : Audioprothèses, Suppléments pris en charge par le RO, Panier 100% santé

✓ **ACTES DE PREVENTION** : Actes de prévention prévus par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale

✓ **CURE THERMALE** : forfait surveillance médicale, forfait thermal

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- Lit accompagnant
- Chambre particulière,
- Médicaments non remboursés mais avec prescription du médecin traitant,
- Prothèse dentaire non remboursée par le RO,
- Parodontologie et implantologie,
- Forfait lentilles et chirurgie rétractrice des yeux
- Forfait cure thermal
- Indemnité funéraire
- Capital cancer
- Honoraires séances Ostéopathie, chiropraxie, étioopathie
- Allocation naissance et mariage

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Assistance santé (hors ANI et ANI+)
- ✓ Protection juridique (hors ANI et ANI+)
- ✓ Téléconsultation médicale

Les garanties précédées d'une coche (✓) signifient qu'elles sont systématiquement prévues à la Notice d'information (contrat).



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ L'indemnisation versée en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire).
- ✗ Les séjours en établissements médico-sociaux (EHPAD).



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Chambre particulière : remboursement limité en nombre de jours par an
- ! Lit accompagnant : remboursement réservé aux enfants de moins de 14 ans et limité à 45 jours par an
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, sauf dérogations mentionnées dans le Contrat, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue,
- ! Dentaire : prothèses, prises en charge ou non par la Sécurité sociale et implants sont limités en montants par an et par bénéficiaire.
- ! Ostéopathie, chiropraxie, étioopathie : participations limitées en nombre
- ! Indemnité funéraire : cesse au 65 ans du salarié
- ! Allocation naissance : versée si inscription de l'enfant
- ! Allocation mariage : versée si inscription du conjoint
- ! Capital cancer : si âge compris entre 20 et 60 ans et dont le 1er diagnostic n'intervient pas dans les 6 mois qui suivent la date d'effet de la garantie



Où suis-je couvert ?

✓ En France métropolitaine et dans les DROM-COM.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A l'adhésion :

- Fournir la liste de l'ensemble des salariés assurés ainsi que les bulletins individuels d'affiliation complétés et signés conjointement par l'entreprise et par chaque salarié appartenant à la catégorie de personnel assurable.
- Remplir avec exactitude et signer les Conditions Particulières
- Mettre à disposition des salariés les notices d'information et les Statuts de Mutuelle Bleue.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée aux Conditions particulières.

En cours de contrat :

- Fournir l'état des salariés assurés sortants ou des nouveaux salariés assurés
- Fournir toutes les informations relatives aux modifications concernant les salariés assurés



Quand et comment effectuer les paiements ?

- L'entreprise est seule responsable du paiement des cotisations des salariés et/ou ayants droit ayant adhéré de manière obligatoire au contrat, y compris en ce qui concerne la part salariale éventuelle.
- Le paiement de la cotisation peut être fractionné au mois, au trimestre, au semestre ou à l'année et peut être effectué par chèque ou prélèvement automatique, selon les conditions prévues dans les Conditions Particulières.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- Le Contrat prend effet à la date fixée aux Conditions particulières et se termine le 31 décembre de l'année en cours.
- Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque année au 1er janvier, pour une durée d'une (1) année, sauf en cas de résiliation.
- Un délai de renonciation de 30 jours est ouvert à compter de la réception du Certificat d'adhésion lorsque l'adhésion a été réalisée à distance ou par démarchage à domicile. Les modalités d'exercice du droit de renonciation sont détaillées dans la Notice d'information (Contrat).



Comment puis-je résilier l'adhésion au Contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité adressé à ADEP au moins 2 mois avant la date d'anniversaire de l'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 dans les conditions énoncées dans le contrat.

ASSURANCE DE PROTECTION JURIDIQUE

Document d'information sur le produit d'assurance

- Assuré par : **Cfdp Assurances** Entreprise régie par le Code des assurances RCS Lyon 958 506 156 B
- Distribué et géré par **ADEP** : courtier en assurances immatriculé à l'ORIAS N°07 035 445



Produit : ADEP SANTÉ ENTREPRISE

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

C'est une assurance de Protection Juridique qui est incluse obligatoirement dans le contrat ADEP SANTÉ ENTREPRISE. Elle intervient en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers.

Elle consiste pour l'assureur à :

- Informer l'assuré sur ses droits
- Effectuer des démarches pour essayer de résoudre amiablement le litige,
- Si nécessaire, prendre en charge des honoraires ou des frais de procédure.



Qu'est-ce qui est assuré ?

LES LITIGES LIÉS À :

- ✓ L'erreur médicale,
- ✓ Le retard de diagnostic,
- ✓ Le défaut de conseil,
- ✓ Les infections nosocomiales,
- ✓ Les agressions et atteintes à l'intégrité physique et morale,
- ✓ Les difficultés avec un employeur, les organismes de prévoyance, les assurances, ou autres, suite à un accident, une agression, une maladie.

Un barème s'applique aux honoraires d'avocats et d'experts.

Le plafond maximal par sinistre est de 22 313€ TTC.

Le plafond peut varier selon la territorialité concernée et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

Les garanties précédées d'une coche verte (✓) signifient qu'elles sont systématiquement prévues à la Notice d'information (contrat).



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les litiges connus avant la souscription du contrat,
- ✗ Les litiges survenant lorsque vous êtes en état d'ivresse ou d'alcoolémie, ou sous l'influence de stupéfiants.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Les faits volontaires,
- ! Le financement des preuves à apporter
- ! Les mesures prises avant la déclaration du sinistre ou à l'initiative de l'assuré, sauf urgences
- ! Les condamnations

PRINCIPALES EXCLUSIONS

Néant



Où suis-je couvert ?

✓ Dans le monde entier (les plafonds et les modalités d'intervention peuvent varier selon le pays).



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat ou de non-garantie :

- A la souscription, l'assuré doit déclarer sa situation de manière exacte et sincère.
- En cours de contrat, l'assuré doit déclarer les changements de sa situation.
- En cas de sinistre, l'assuré doit le déclarer sans tarder; ne pas prendre d'initiative sans consultation préalable de Cfdp assurances; relater les faits avec sincérité et établir par tous les moyens la réalité du préjudice qu'il allègue.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- A la souscription du contrat puis chaque année à son renouvellement par chèque, virement ou prélèvement.
- Le paiement peut être effectué en une seule fois ou avec un fractionnement possible sur demande, sans frais.
- La cotisation ou fraction de cotisation doit être payée dans les dix (10) jours suivant son échéance. A défaut, suite à mise en demeure par Cfdp Assurances, le contrat peut être suspendu puis résilié.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La couverture commence à la date d'effet mentionnée sur le contrat.
- Le contrat est conclu pour douze (12) mois à compter de la souscription et se renouvelle d'année en année par tacite reconduction sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties.
- La couverture prend fin à l'expiration du contrat.



Comment puis-je résilier l'adhésion au Contrat ?

Cette garantie est indissociable et accessoire de votre contrat ADEP SANTÉ ENTREPRISE.

Elle ne peut-être résiliée de façon indépendante.

La résiliation du contrat ADEP SANTÉ ENTREPRISE entraîne obligatoirement la résiliation de cette garantie.

Cfdp Assurances - S.A au capital de 1 692 240 € -
Immeuble l'Europe 62 Rue de Bonnel 69003 LYON
IPID ADEP SANTE V-09/2018

ADEP, SAS au capital de 22.800€ - intermédiaire en assurances immatriculé à l'Orias N° 07035445,
dont le siège social est situé II Immeuble West Side - Rue Ferdinand Forest Prolongée ZI de Jarry - 97122 BAIE MAHAULT

Document d'information sur le produit d'assurance

- Assuré par : **FRAGONARD ASSURANCES** Entreprise d'assurance immatriculée en France
- Distribué et géré par **ADEP** : courtier en assurances immatriculé à l'ORIAS N°07 035 445

Produit : ADEP SANTÉ ENTREPRISE



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

La garantie d'assistance santé, incluse dans le contrat ADEP SANTÉ ENTREPRISE garantit des prestations d'assistance santé en cas d'hospitalisation imprévue, d'immobilisation ou de décès.



Qu'est-ce qui est assuré ?

EN CAS D'HOSPITALISATION PRÉVUE ET IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS :

Prestations d'Assistance :

- ✓ Évaluation des besoins
- ✓ Enveloppe de services et d'aide à domicile
 - Transport non médicalisé,
 - Aide à domicile : auxiliaire de vie, travailleuse familiale et aide ménagère,
 - Préparation du retour au domicile,
 - Garde des animaux de compagnie,
 - Garde à domicile des enfants
 - Portage des repas,
 - Livraison de courses
 - Bien-être à domicile : coiffeur / esthéticienne / prothésiste capillaire
- ✓ Transfert d'un proche au chevet du bénéficiaire
- ✓ Livraison en urgence de médicaments suite à une hospitalisation ambulatoire



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les personnes non adhérentes à l'Association de Prévoyance Créole.
- ✗ Les personnes n'ayant pas leur domicile en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe, en Guyane, à la Réunion ou à Mayotte
- ✗ Les sinistres survenus en dehors de la période de validité du contrat



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérées et constituées ;
- ! Les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile ;
- ! Les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat ;
- ! Les convalescences et affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées ;
- ! Les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, et de l'absorption d'alcool ;
- ! Les dommages provoqués intentionnellement et ceux résultant de participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense
- ! Hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence
- ! Hospitalisations chirurgicales à but esthétique, sauf chirurgie réparatrice prise en charge par la Sécurité Sociale
- ! Les traitements de chimiothérapie orale à domicile

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Enveloppe de services à activer au plus tard 15 jours après l'hospitalisation
- ! Enveloppe de services limitée à deux fois par période annuelle de garantie
- ! Certaines prestations ne sont pas disponibles sur l'île de Mayotte



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les garanties s'exercent en France métropolitaine, en Martinique, en Guadeloupe, en Guyane, à la Réunion et à Mayotte, à l'exclusion des pays non couverts.
- ✓ La liste, mise à jour, de l'ensemble des Pays non couverts est disponible sur le site de Mondial Assistance à l'adresse suivante : <https://paysexclus.votreassistance.fr>.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat ou de non-garantie :

A la souscription,

- répondre exactement aux questions posées par l'assureur,
- fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Déclarer tout ajout ou suppression de bénéficiaire(s) et toute autre modification de votre situation (nom, adresse,...).

En cas de sinistre :

- Déclarer, dans les conditions et délais impartis, tout sinistre susceptible de mettre en œuvre l'une des garanties et joindre tous documents utiles à l'appréciation du sinistre.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- A la souscription du contrat puis chaque année à son renouvellement par chèque, espèce (dans les limites légales), virement ou prélèvement.
- Le paiement peut être effectué en une seule fois ou avec un fractionnement possible sur demande, sans frais.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- Début du contrat

Le contrat prend effet à la date de souscription.

- Fin des garanties

Le contrat est conclu pour une durée d'un an puis se renouvelle automatiquement d'année en année, sauf cas de résiliation dans l'un des cas prévus ci-après.



Comment puis-je résilier l'adhésion au Contrat ?

Cette garantie est indissociable et accessoire de votre contrat ADEP SANTE ENTREPRISE.

Elle ne peut-être résiliée de façon indépendante.

La résiliation du contrat ADEP SANTE ENTREPRISE. entraîne obligatoirement la résiliation de cette garantie.

FRAGONARD ASSURANCES - Société Anonyme au capital de 37 207 660,00 euros
479 065 351 RCS Paris
Entreprise régie par le Code des Assurances
Siège social : 2 Rue Fragonard – 75017 PARIS

ADEP, SAS au capital de 22.800€ - intermédiaire en assurances immatriculé à l'Orias N° 07035445,
dont le siège social est situé II Immeuble West Side - Rue Ferdinand Forest Prolongée ZI de Jarry - 97122 BAIE MAHAULT