

NOTICE D'INFORMATION



SANTÉ MUTADEP TNS

SANTÉ MUTADEP TNS

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCES MB/SANTÉ/GLOBAL ELA1602 À ADHÉSION FACULTATIVE

Ce que vous devez savoir avant de vous engager

INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Le Contrat « **SANTÉ MUTADEP TNS** » est un contrat collectif à adhésion facultative, souscrit par l'association Elantis au profit de ses membres, ayant la qualité de travailleurs, non-salariés, 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 SIRENÉ 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 Contrat SANTÉ MUTADEP TNS (ci-après dénommé « Contrat SANTÉ MUTADEP TNS ») est proposé dans deux (2) gammes distinctes : MUTADEP TNS et Primo MUTADEP TNS. Les garanties prévues par le Contrat SANTÉ MUTADEP TNS sont mentionnées aux articles 2 et 21 de la Notice d'information. Les garanties frais de santé s'inscrivent dans le dispositif fiscal de la Loi dite « Loi Madelin », sous réserve que l'Adhérent(e) satisfasse aux conditions requises fixées à l'article 154 bis du Code général des impôts.

Le montant de la cotisation est fixé à la souscription et calculé en fonction du niveau de garanties souscrites, de l'âge de chacun des Assurés, et enfin, selon le lieu de résidence principale de l'Adhérent(e).

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.

Le Contrat SANTÉ MUTADEP TNS comprend également une garantie d'assistance assurée par un prestataire et une prestation de téléconsultation médicale assurée par Mutuelle Bleue en partenariat avec AXA ASSISTANCE FRANCE.

Le Contrat SANTÉ MUTADEP TNS prévoit également des garanties prévoyance « Indemnité funéraire », « Capital Cancer », « Protection juridique santé », « Assistance santé », « Capital Equipement Dépendance/Handicap », « Indemnité Journalière Hospitalière Familiale ».

Peuvent également être ajoutées des prestations optionnelles : « Allocation Frais Obsèques » et « Capital Maladies Graves ».

Les exclusions prévues par le Contrat SANTÉ MUTADEP TNS sont celles prévues au titre V de la Notice d'information.

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

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(e) reçoit les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu.

Pour cela, il lui suffit d'adresser à 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

« **SANTÉ MUTADEP TNS** » 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, leSignature »

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 accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

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

• Courrier : 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 du Médiateur de la consommation de la Mutualité Française sera communiquée à ADEP, écrite et motivée.

SOMMAIRE

TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES	5
1) DÉFINITIONS	5
2) GAMMES DE GARANTIES PROPOSÉES	6
3) OBJET DU CONTRAT	6
4) NATURE DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES FRAIS DE SANTÉ	7
5) CONDITIONS D'ADHÉSION	7
6) DATE D'EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION	7
7) DROIT DE RENONCIATION	7
8) RÉSILIATION DES GARANTIES	7
8.1. Forme de la résiliation	7
8.2. Résiliation exceptionnelle	8
9) EFFET DE LA RÉSILIATION	8
TITRE II – COTISATIONS	8
10) MONTANT DES COTISATIONS	8
11) ÉVOLUTION DES COTISATIONS	8
12) PAIEMENT DES COTISATIONS	8
13) DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	8
TITRE III – LES GARANTIES	8
14) GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	8
14.1. Dispositions générales	8
14.2. Prestations afférentes à la garantie Frais de santé	10
14.3. Suspension des garanties	10
14.4. Changement et modification des garanties	10
14.5. Cessation des garanties « Frais de santé »	10
14.6. Principe indemnitaire	10
14.7. Carte de tiers payant	11
15) GARANTIE « INDEMNITÉ FUNÉRAIRE »	11
16) GARANTIE « CAPITAL CANCER »	11
17) LA GARANTIE « PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ »	11
18) LA GARANTIE « ADEP ASSISTANCE SANTÉ »	11
19) LA GARANTIE « CAPITAL ÉQUIPEMENT DÉPENDANCE/ HANDICAP »	11
20) LA GARANTIE « INDEMNITÉ JOURNALIÈRE HOSPITALIÈRE FAMILIALE »	12
TITRE IV – LES GARANTIES OPTIONNELLES	12
21) LA GARANTIE OPTIONNELLE « ALLOCATION FRAIS D'OBSÈQUES »	12
22) LA GARANTIE OPTIONNELLE « CAPITAL MALADIES GRA VES »	12
TITRE V – LES RISQUES ASSURÉS ET LES RISQUES EXCLUS	13
23) POUR LA GARANTIE « FRAIS DE SANTÉ »	13
24) POUR LA GARANTIE « INDEMNITÉ FUNÉRAIRE » ET LA GARANTIE OPTIONNELLE « Allocation Frais d'Obsèques »	13
25) POUR LA GARANTIE « CAPITAL CANCER »	13
26) POUR LA GARANTIE « PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ »	14
27) POUR LA GARANTIE « ADEP ASSISTANCE SANTÉ »	14
28) POUR LA GARANTIE « CAPITAL ÉQUIPEMENT DÉPEN DANCE/HANDICAP »	14
29) POUR LA GARANTIE « INDEMNITÉ JOURNALIÈRE HOSPI TALIÈRE FAMILIALE »	14
TITRE VI – LE REGLEMENT DES PRESTATIONS	14
30) POUR LA GARANTIE « FRAIS DE SANTÉ »	14
30.1. Formalités à accomplir	14
30.2. Paiement des prestations	14
30.3. Subrogation	14
31) POUR LA GARANTIE « INDEMNITÉ FUNÉRAIRE »	14
31.1. Formalités à accomplir	14
31.2. Paiement des prestations	15
32) POUR LA GARANTIE « CAPITAL CANCER »	15
32.1. Formalités à accomplir	15
32.2. Paiement des prestations	15
33) POUR LA GARANTIE « PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ »	15
34) POUR LA GARANTIE « ADEP ASSISTANCE SANTÉ »	15
35) POUR LA GARANTIE « ADEP CAPITAL ÉQUIPEMENT DÉPENDANCE/HANDICAP »	15
35.1. Formalités à accomplir	15
35.2. Paiement des prestations	16
36) POUR LA GARANTIE « INDEMNITÉ JOURNALIÈRE HOSPI TALIÈRE FAMILIALE »	16
36.1. Formalités à accomplir	16
36.2. Paiement des prestations	16
37) POUR LA GARANTIE OPTIONNELLE « ALLOCATION COMPLÉMENTAIRE OBSÈQUES »	16
37.1. Formalités à accomplir	16
37.2. Paiement des prestations	16
38) POUR LA GARANTIE OPTIONNELLE « CAPITAL MALADIES GRAVES »	16
TITRE VII – LES AUTRES DISPOSITIONS	16
39) OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR	16
40) CONTRÔLE MÉDICAL ET ARBITRAGE	16
40.1. Contrôle médical	16
40.2. Arbitrage	17
41) PRESCRIPTION	17
41.1. Définition de la prescription	17
41.2. Modalité de la prescription	17
41.3. Interruption de la prescription	17
41.4. Suspension de la prescription	17
42) RÉCLAMATION	17
43) SANCTIONS	17
44) LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	18
45) PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	18
46) DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE	18
47) TERRITORIALITÉ	18
48) AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE	18
GARANTIES ANNEXES :	
ANNEXE 1 - ADEP ASSISTANCE SANTÉ	19
ANNEXE 2 - PROTECTION JURIDIQUE ADEP SANTÉ	26
ANNEXE 3 - TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE	30

NOTICE D'INFORMATION

AU CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCES MB/

SANTÉ/GLOBAL ELA1602

À ADHÉSION FACULTATIVE

Souscrit par l'Association Elantis au profit de ses Adhérents

Souscrit par :

Association ELANTIS

Association régie par la Loi de 1901

Régulièrement déclarée à la préfecture de Paris

Dont le siège social est situé au

68, rue du Rocher – 75008 PARIS

Ci-après dénommée « l'Association » ou « Elantis »

Par l'intermédiaire de :

SAS ADEP

Société de Courtage d'Assurances

SAS au capital de 22.800€

II Immeuble West Side

Rue Ferdinand Forest Prolongée

ZI de Jarry

97122 BAIE MAHAULT

Service Adhérents :

574 route de Corneilhan - CS 80618

34535 BÉZIERS Cedex

Immatriculée au RCS de Pointe à Pitre

sous le n° 480 434 281

et à l'ORIAS sous le n° 07 035 445

ci-après dénommée « ADEP »

Auprès de :

MUTUELLE BLEUE

25 Place de la Madeleine

75008 Paris

Mutuelle régie par le livre II du code de la Mutualité

immatriculée au répertoire Sirène sous le n° 775 671 993

ci-après dénommée « la Mutuelle »

Pour la garantie «Frais de santé», les garanties «Indemnité funéraire» «Capital cancer», «Capital équipement dépendance/handicap» «Indemnité journalière hospitalière familiale» et les garanties optionnelles «Allocation frais d'obsèques» et «Capital Maladies Graves».

CFDP ASSURANCES

62 rue de Bonnel

69003 LYON

Entreprise régie par le Code des assurances

SA Immatriculée au RCS de Lyon sous le n° 958 506 156

Ci-après dénommée « l'Assureur »

Pour la garantie «Protection Juridique Santé»

Et par l'intermédiaire de :

AWP France SAS

Mondial Assistance

Société de courtage d'assurances

7, rue Dora Maar

93400 SAINT OUEN

Immatriculée au RCS de Bobigny sous le n°490 381 753

et à l'ORIAS sous le n°07 026 669

Auprès de :

Fragonard Assurances

2, rue Fragonard

75017 PARIS

Entreprise régie par le Code des assurances

SA immatriculée au RCS de Paris sous le n°479 065 351

Ci-après dénommée « l'Assureur »

Pour la garantie «ADEP Assistance Santé»

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

Ayants droit :

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(e)]. 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/sa 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 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 31 décembre de l'année de leur 28^{ème} 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) social(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) et le ou les Ayant(s) droit désignés par celui-ci (celle-ci) dans la Demande d'adhésion.

Base de remboursement (B.R.) :

L'ensemble des tarifs de base utilisés par le Régime obligatoire pour le calcul de ses prestations et de ses remboursements.

Bénéficiaire :

Toute(s) personne(s) physique(s) ou morale désignée(s) par l'Adhérent(e) pour les garanties « Indemnité Funéraire » et « Allocation frais d'Obsèques » et à laquelle (auxquelles) sera versé, le cas échéant, le capital décès.

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 :

Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie.

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

Forfaits :

Les forfaits annuels s'entendent par année d'assurance à compter de la date d'adhésion au contrat, sauf mention contraire figurant sur le tableau des garanties

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 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 SANTÉ MUTADEP TNS, 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.

Nomenclatures des actes :

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables. Elles servent 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.

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'Adhérent 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) GAMMES DE GARANTIES PROPOSÉES

Le Contrat SANTÉ MUTADEP TNS propose deux (2) gammes de garanties complémentaires Frais de santé la gamme MUTADEP TNS et la gamme PRIMO MUTADEP TNS, au titre desquelles figurent différentes formules :

- **MUTADEP TNS** comprenant les sept (7) formules de garanties suivantes :

- BASIQUE TNS
- ESSENTIEL TNS
- CONFORT TNS
- EQUILIBRE TNS
- BIEN-ETRE TNS
- OPTIMUM TNS
- EXCELLENCE TNS

MUTADEP TNS propose ainsi sept (7) niveaux de protection adaptés à la situation de chaque Adhérent(e) et à son budget, tout en s'inscrivant dans une fiscalité avantageuse du fait du caractère responsable de l'adhésion.

- **PRIMO MUTADEP TNS** comprenant les trois (3) formules de garanties suivantes :

- PRIMO TNS
- PRIMO PLUS TNS
- PRIMO EXTRA TNS

PRIMO MUTADEP TNS propose trois (3) formules de garanties adaptées à de petits budgets tout en s'inscrivant dans une fiscalité avantageuse du fait du caractère responsable de l'adhésion.

3) OBJET DU CONTRAT

L'adhésion au Contrat SANTÉ MUTADEP TNS a pour objet de permettre aux Adhérent(es) et, le cas échéant, à leurs Ayants droit, de bénéficier d'une garantie complémentaire « Frais de Santé » ainsi que de garanties supplémentaires, et le cas échéant de garanties optionnelles.

Ainsi, l'adhésion au Contrat **SANTÉ MUTADEP TNS** permet à l'Adhérent(e), et le cas échéant, à ses Ayants droit, de bénéficier :

- De la prise en charge totale ou partielle de leurs dépenses de santé (garantie « Frais de Santé ») ainsi que de garanties et services d'assistance associés ;
- D'un service de téléconsultation médicale assuré par la Mutuelle et dont AXA ASSISTANCE FRANCE en est le prestataire. Les Conditions générales d'utilisation de ce service figurent en annexe 3 de la présente Notice d'information.
- D'une garantie INDEMNITÉ JOURNALIÈRE HOSPITALIÈRE FAMILIALE incluse d'office dans la gamme **SANTÉ MUTADEP TNS** est en option pour la gamme **PRIMO MUTADEP TNS**.

Cette garantie (option) est plus précisément définie à l'article 20 ;

- D'une garantie INDEMNITÉ FUNÉRAIRE consistant en un versement d'un capital forfaitaire suite au décès d'un Assuré(e). Cette garantie est définie à l'article 15 de la présente Notice d'information.
- D'une garantie CAPITAL CANCER pour les Assurés(es) dont l'âge est compris entre vingt (20) ans et soixante (60) ans. Cette garantie ne vise que les Cancers féminins (tels que définis à l'article 1) ainsi que les Cancers de la prostate. Cette garantie est définie à l'article 16 de la présente Notice d'information.
- D'une garantie PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ qui a pour objet de permettre aux Assurés(es) de bénéficier d'une assistance juridique pour le respect de leurs droits et de la défense de leurs intérêts dans le domaine de la santé. Cette garantie est définie à l'article 17 de la présente Notice d'information. Cette garantie est couverte par un Assureur dont les coordonnées figurent en préambule ainsi que dans la Notice d'information de la garantie, remise à l'Adhérent(e) lors de la souscription.
- D'une garantie CAPITAL ÉQUIPEMENT DÉPENDANCE-HANDICAP, visant à verser à son bénéficiaire un capital destiné à du matériel médical ou de confort pour les personnes dépendantes ou handicapées. Cette garantie est définie à l'article 19 de la présente Notice d'information.
- D'une garantie ADEP ASSISTANCE SANTÉ offrant au bénéficiaire des services d'assistance tels que définis à l'article 18 de la présente Notice d'information. Cette garantie est couverte par un Assureur dont les coordonnées figurent en préambule ainsi que dans la Notice d'information de la garantie, remise à l'Adhérent(e) lors de la souscription.
- Le cas échéant, des garanties optionnelles suivantes :
 - L'Option ALLOCATION FRAIS D'OBSÈQUES, accessible dans toutes les formules de la gamme MUTADEP TNS, qui permet le versement d'un capital en cas de décès de l'Assuré(e) destiné au financement de tout ou partie de ses obsèques.

Cette Option est plus précisément définie à l'article 21.

- L'option CAPITAL MALADIES GRAVES accessible à toutes les formules du contrat SANTÉ MUTADEP TNS, et permet le versement d'un capital, dont le montant est fixé à la souscription, en cas de Diagnostic d'une Maladie Grave.

Cette Option est plus précisément définie à l'article 22.

4) NATURE DES GARANTIES

COMPLÉMENTAIRES FRAIS DE SANTÉ

Les deux (2) gammes du Contrat SANTÉ MUTADEP TNS sont solidaires, 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, les gammes **SANTÉ MUTADEP TNS** et **Primo MUTADEP TNS** respectent 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, les garanties des gammes du Contrat SANTÉ MUTADEP TNS seront mises 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) Adhérent(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.

5) CONDITIONS D'ADHÉSION

La personne désireuse d'adhérer au contrat SANTÉ MUTADEP TNS doit être membre de l'association Elantis. Elle doit exercer de manière effective une activité professionnelle sous le statut de travailleur non salarié et ne doit pas bénéficier d'aménagement du temps et/ou des conditions de travail pour raisons de santé.

Elle doit être affiliée auprès de la caisse ou du Régime obligatoire professionnel de prévoyance et de retraite dont relève son activité. Si elle souhaite bénéficier des dispositions de la Loi Madelin figurant à l'article 154 bis du Code général des impôts (hors prestations versées en capital), pour sa garantie frais de santé, elle doit être à jour de ses cotisations aux Régimes Obligatoires d'assurance maladie et vieillesse et adhérer à un contrat collectif souscrit par une association.

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. Elles permettent à la Mutuelle ainsi qu'aux autres assureurs d'évaluer leur engagement et de percevoir la cotisation adaptée.

La personne souscriptrice du contrat SANTÉ MUTADEP TNS acquiert alors la qualité d'Adhérent(e) à la Mutuelle ou de membre participant. Elle devient par là-même Assurée du Contrat et pourra affilier, le cas échéant, ses Ayants droit. Ces derniers deviennent alors également Assurés du Contrat.

L'attention de l'Adhérent(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.

L'adhésion du conjoint collaborateur ou associé est subordonnée à l'adhésion de l'Adhérent(e) principal(e). Son adhésion est recevable simultanément et en complément de celle de l'Adhérent(e) principal(e) ou dans les vingt-quatre (24) mois qui suivent l'acquisition de son statut de conjoint collaborateur ou associé.

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

6) 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 8.1 de la présente Notice d'information.

Lorsque l'Adhérent(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 1^{er} du mois qui suit la réception de la demande par ADEP ou, pour le bénéficiaire de certaines garanties, le cas échéant, après expiration d'un délai d'attente (article 14.1.2).

7) DROIT DE RENONCIATION

Pour que l'Adhérent(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 SANTÉ MUTADEP TNS 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 SANTÉ MUTADEP TNS, 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 adressé à ADEP, 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BEZIERS Cedex, tous les documents qui lui ont été remis ainsi qu'une lettre de renonciation pouvant être rédigée selon le modèle suivant :

« Madame, Monsieur,

Je vous informe de ma demande de renonciation à mon adhésion au Contrat SANTÉ MUTADEP TNS que j'ai signé en date du/...../.....

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

Fait à Signature

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

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 SANTÉ MUTADEP TNS 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.

8) RÉSILIATION DES GARANTIES

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

8.1.1. 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.

8.1.2. 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.

8.2. 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.

9) EFFET DE LA RÉSIILIATION

La résiliation du Contrat SANTÉ MUTADEF TNS 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.

A compter de sa date de radiation, 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 II – COTISATIONS

10) MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation relative aux différentes formules souscrites est mentionné sur le Certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction des formules de garanties choisies, de l'âge de l'Adhérent(e) et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du Régime d'assurance maladie obligatoire dont il (elle) relève.

11) ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations évoluent au 1er juillet de chaque année de 2 % pour prendre en compte l'âge de l'Assuré(e). Pour le calcul de la cotisation de l'année d'assurance en cours, l'âge pris en considération correspond à l'âge atteint par l'Assuré(e) au 31 décembre de l'année considérée.

La cotisation peut également évoluer :

- 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'Avénant correspondant ;
- En cas de changement du lieu du domicile de l'Adhérent(e) ou du Régime obligatoire d'assurance maladie d'un(e) Assuré(e) ;
- En fonction de la souscription ou de la résiliation d'une option ;
- En fonction des résultats technique 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 ou conventionnelles modifiant les prestations en nature du Régime Obligatoire d'assurance maladie), la Mutuelle se réserve le droit d'effectuer les réajustements appropriés de tarifs ou de prestations face aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires.

Il pourrait en être de même en cas de variation importante ou prévue du volume du coût des soins en cours d'exercice.

12) PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle et payable d'avance auprès d'ADEP. La périodicité convenue pour le paiement de la cotisation est mentionnée sur le Certificat d'adhésion.

Elle peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Les modalités et les périodicités de paiement des cotisations figurent sur la Demande 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.

Par ailleurs, l'Adhérent(e) souscripteur d'une des formules du Contrat SANTÉ MUTADEF TNS peut bénéficier de la déductibilité fiscale de ses cotisations, dans les conditions et limites fixées à l'article 154 bis du Code général des impôts. La Mutuelle, par l'intermédiaire d'ADEP, délivre alors chaque année à l'Adhérent(e) une attestation fiscale. A ce titre, l'ADEP se réserve le droit de solliciter annuellement auprès de l'Adhérent(e) la production de l'attestation annuelle de paiement des cotisations au régime de protection sociale d'assurance maladie et vieillesse.

13) 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 de mise en demeure par courrier recommandé avec avis de réception 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 III – LES GARANTIES

14) GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

14.1. Dispositions générales

Cette garantie est assurée par la Mutuelle. Elle est constituée par deux (2) gammes proposant chacune plusieurs niveaux de formules de garanties (article 2).

Le Contrat SANTÉ MUTADEF TNS propose des garanties décrites dans les tableaux de garanties annexés à la présente Notice d'information.

Au sens du Contrat SANTÉ MUTADEF TNS, 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.

14.1.1. 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 ;

- 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).

14.1.2. Pour les garanties qui sont visées par le cahier des charges des contrats responsables, elles entrent en vigueur sans Délai d'attente.

En revanche, pour les autres garanties, celles-ci peuvent être soumises à un Délai d'attente, le cas échéant mentionné ci-dessous, décompté à partir de la date d'effet mentionnée sur le Certificat d'adhésion.

• Pour les garanties « Frais de Santé » et « Indemnité Funéraire », les garanties des différentes formules responsables ne comportent pas de Délai d'attente pour l'ensemble des prestations assurées, à l'exception des allocations désignées ci-dessous qui supportent une période d'attente décomptée à partir de la date d'effet de l'Adhésion :

- Allocation mariage : trois (3) mois,
- Allocation naissance : dix (10) mois.

• Pour la garantie « Indemnité Journalière Hospitalière Familiale » : si elle est souscrite en option, uniquement dans le cadre de la gamme Primo MUTADEP TNS, cette garantie débute après expiration des Délais d'attente décomptés à partir de la date d'effet de la garantie. Le Délai d'attente est de trois (3) mois sauf en cas d'accident et dans les situations suivantes :

- Dix (10) mois pour les affections gynécologiques ;
- Vingt-quatre (24) mois pour les maladies sexuellement transmissibles et les affections qui en résultent directement ou indirectement.

• Pour la garantie optionnelle « Allocation frais d'Obsèques » : la garantie est acquise aux Assurés(es) dans tous les cas au plus tôt trois (3) mois entiers après la date d'effet pour les personnes désignées sur le Certificat d'adhésion pour autant que les cotisations d'assurance du mois du décès et du mois civil ayant précédé le décès, survenu avant l'âge de soixante (60) ans, soient payées à l'ADEP le jour du décès.

• Pour la garantie « Capital Cancer » : la garantie est acquise aux Assurés(es) âgés(es) de plus de vingt (20) ans et moins de soixante (60) ans, pour tous les cas de la sphère gynécologique

ou de Cancer de la prostate dont le diagnostic est fixé six (6) mois après la date d'effet de la garantie.

14.1.3. 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.

14.1.4. 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 SANTÉ MUTADEP TNS 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 équipement « correction simple »
- Forfait équipement « correction complexe »
- Forfait équipement « correction très complexe »

Les forfaits sont définis comme suit :

CORRECTION SIMPLE :

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

- équipement 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 ;

- équipement 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

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

- par équipement 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 ;

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

- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

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

- par équipement 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 ;

- par équipement 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

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

- par équipement 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 ;

- par équipement 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 ;

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

Un équipement est dit « mixte » lorsqu'il est composé :

- d'un (1) verre simple et d'un (1) verre complexe ;
- d'un (1) verre simple et d'un (1) verre très complexe ;
- d'un (1) verre complexe et d'un (1) verre très complexe.

Pour déterminer le montant maximum de remboursement d'un équipement « mixte », il convient de cumuler la valeur maximale des deux (2) types de verres concernés, puis diviser cette somme par deux (2).

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

Dans ces hypothèses, la composante de Classe B sera remboursée conformément au niveau de garanties souscrit, déduction faite du remboursement de la composante de Classe A.

Lorsque l'Assuré choisit une monture de Classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à cent (100) euros.

Conditions de prise en charge et de renouvellement :

En tout état de cause, les prestations optiques sont limitées à un (1) équipement (1 monture + 2 verres) 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 Bénéficiaires de moins de seize (16) ans ;
- à un (1) an, pour les Bénéficiaires 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 Bénéficiaires de moins de six (6) ans, lorsque la monture est mal adaptée à la morphologie du visage du Bénéficiaire 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 le Bénéficiaires 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 du Bénéficiaire, 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 du Bénéficiaire correspond à l'âge atteint au 1er janvier de l'année considérée.

14.1.5. La prestation « Lentille » est prise en charge dans la limite

d'un forfait annuel incluant, le cas échéant, la participation du Régime Obligatoire et le Ticket Modérateur.

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.

14.1.6. 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).

14.1.7. 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 SANTE MUTADEP TNS 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 du Bénéficiaire et conformément au plafond inscrit au tableau de garanties figurant en Annexe du présent Règlement.

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 Bénéficiaire. 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.

14.1.8. 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 hospitalier est intégralement pris en charge à l'exception du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux ;

- Les frais de séjour effectués dans un établissement conventionné ou non sont pris en charge à hauteur du montant fixé dans le Tableau de garanties à l'exception des frais de séjours facturés par les établissements médico-sociaux. Toutefois, uniquement dans le cadre de la gamme MUTADEP TNS, les frais de séjour facturés par les maisons de repos sont pris en charge à hauteur du Ticket Modérateur.

14.1.9. Précisions concernant les paramédicaux

Les honoraires paramédicaux correspondent 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.ameli.fr

14.1.10. 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.

14.2. 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.

14.3. Suspension des garanties

L'adhésion et les garanties qui y sont attachées sont suspendues en cas de séjour de plus de deux (2) mois hors du territoire français métropolitain ou des DROM et COM.

En cas de suspension, l'adhésion et les garanties reprennent effet le lendemain du jour où l'Assuré(e) revient vivre en France métropolitaine ou dans les DROM ou COM après avoir séjourné en dehors plus de deux (2) mois.

La suspension des garanties entraîne pour chaque Assuré(e) la perte de tout droit à prestations se rapportant aux prestations assurées survenues pendant cette période.

14.4 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 suivant la signature de la nouvelle Demande d'adhésion par l'Adhérent.

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 nouvelle 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.

14.5. 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 démission de l'Adhérent de l'Association ELANTIS ;

- En cas de non-paiement de la cotisation (article 13 de la présente Notice d'information) ;

- Lorsque l'Adhérent n'est plus à jour de ses cotisations aux Régimes Obligatoires ;

- Lorsque l'Adhérent atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de retraite ;

- 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.

L'adhésion du Conjoint collaborateur ou associé est résiliée dès lors :

- que l'adhésion de l'Adhérent est résiliée, y compris en cas de décès de ce dernier ;

- que le conjoint perd son statut de collaborateur ou associé.

14.6. Principe indemnitaire

En vertu des dispositions de l'article 9 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, 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(e) 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, par l'intermédiaire d'ADEP, 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 des prestations peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur 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 concurrence.

Le bénéficiaire 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 le bénéficiaire 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.

Cette limitation ne s'applique pas à l'indemnité forfaitaire prévue en cas de naissance, si elle existe au sein de la formule souscrite.

14.7. Carte de tiers payant

Une carte à carte ouvrant les droits des Assurés(es), encore dénommée « carte de tiers payant » est délivrée à l'Adhérent(e) par ADEP lors de la mise en place des garanties. Cette carte, à présenter aux professionnels de santé partenaires, permet à l'Adhérent(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 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'Adhérent(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'Adhérent(e) le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'Adhérent(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) GARANTIE « INDEMNITÉ FUNÉRAIRE »

Cette garantie est assurée par la Mutuelle. Elle a pour objet le versement d'un capital forfaitaire en cas de décès d'un (d'une) Assuré(e).

Le montant du capital assuré au titre de la garantie « Indemnité Funéraire » varie en fonction de la formule de garanties retenue. Il est mentionné dans le tableau des garanties.

L'attention des Assurés(es) est attirée sur le fait que le capital forfaitaire versé au(x) Bénéficiaire(s) est obligatoirement affecté prioritairement au financement et à la réalisation des obsèques de l'Assuré(e), sur présentation de la facture acquittée et jusqu'à hauteur des frais engagés.

La garantie « Indemnité Funéraire » ne peut être utilisée, à concurrence du coût des obsèques, à la convenance du ou des Bénéficiaires, et donc à des fins étrangères qu'à celles du financement des obsèques.

De la même façon, l'attention des Assurés(es) est attirée sur le fait que le capital versé au titre de la garantie « Indemnité Funéraire » est susceptible d'être insuffisant pour couvrir la totalité des frais d'obsèques.

Conformément à l'article L. 223-5 du Code de la mutualité, la garantie « Indemnité Funéraire » ne peut être contractée sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze (12) ans, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

La Garantie ne peut être contractée sur la tête d'un mineur parvenu à l'âge de douze (12) ans par une personne autre que l'un de ses parents investi de l'autorité parentale, son tuteur ou son curateur sans l'autorisation dudit représentant légal et avec le consentement personnel du mineur.

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

Cette revalorisation intervient à compter du décès de l'Assuré, jusqu'à réception par la Mutuelle des pièces nécessaires mentionnées à l'article 15 ou le cas échéant, jusqu'au dépôt du capital à la Caisse des dépôts et Consignations en application de l'article L. 223-25-4 du Code de la mutualité.

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

La moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;

Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

En outre, conformément aux dispositions de l'article L. 223-22-1 du Code de la mutualité, à compter de la réception par la mutuelle des pièces mentionnées à l'article 15, le capital garanti est versé aux Bénéficiaires dans un délai qui ne peut excéder un (1) mois.

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

La garantie cesse en toute hypothèse au plus tard le 31 décembre de l'année du soixante-cinquième (65^{ème}) anniversaire de l'Assuré(e).

Cette garantie n'ouvre pas droit à la déductibilité prévue aux dispositions de l'article 154 bis du Code général des impôts.

16) GARANTIE « CAPITAL CANCER »

Cette garantie est assurée par la Mutuelle. Elle a pour objet le versement d'un capital forfaitaire dont le montant est inscrit dans les formules de garanties et repris dans le Certificat d'adhésion. Ce capital est versé en cas de diagnostic d'un Cancer de la sphère gynécologique chez l'Assurée âgée de plus de vingt (20) ans et de moins de soixante (60) ans.

Dans le cas de l'adhésion d'une personne de sexe masculin âgée de plus de vingt (20) ans et de moins de soixante (60) ans, la garantie est étendue au versement d'un capital forfaitaire en cas de diagnostic d'un Cancer de la prostate dont l'Assuré serait atteint.

En tout état de cause, la garantie cesse au plus tard le 31 décembre de l'année du soixantième (60^{ème}) anniversaire de l'Assuré(e).

Le versement du capital forfaitaire met définitivement fin au bénéfice de la garantie.

Cette garantie n'ouvre pas droit à la déductibilité prévue aux dispositions de l'article 154 bis du Code général des impôts.

La garantie « Capital Cancer » cesse lorsque cesse la garantie « Frais de santé (article 14.5).

17) GARANTIE « PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ »

Cette garantie est assurée par l'Assureur CFPD dont les coordonnées figurent en préambule de la présente Notice d'information. Cette garantie couvre le(les) Assurés(es) de la garantie « Frais de Santé » inscrit(és) au Certificat d'adhésion. Elle a pour objet de garantir une assistance juridique pour le respect des droits des Assurés(es) et pour la défense de leurs intérêts dans le domaine de la santé.

Le détail des prestations ainsi que les conditions dans lesquelles ces dernières sont assurées figurent dans les Conditions Générales de l'Assureur, annexées aux présentes (annexe 2).

La garantie « Protection Juridique Santé » cesse lorsque cesse la garantie « Frais de Santé » (article 14.5).

Ces services assurés par le prestataire susvisé sont susceptibles d'être modifiés et/ou remis en cause par ce dernier.

Cette garantie n'ouvre pas droit à la déductibilité prévue aux dispositions de l'article 154 bis du Code général des impôts.

18) GARANTIE « ADEP ASSISTANCE SANTÉ »

Cette garantie est assurée par FRAGONARD par l'intermédiaire de MONDIAL ASSISTANCE France dont les coordonnées figurent en préambule de la présente Notice d'information. Cette garantie est incluse uniquement dans le Contrat **SANTÉ MUTADEV TNS**. Elle ne s'applique pas à la gamme **Primo MUTADEV TNS**. Une Notice d'information spécifique à cette garantie figure en annexe 1 de la présente Notice d'information.

La garantie « ADEP Assistance Santé » cesse lorsque cesse la garantie « Frais de Santé » (article 14.5).

Ces services assurés par le prestataire susvisé sont susceptibles d'être modifiés et/ou remis en cause par ce dernier.

Cette garantie n'ouvre pas droit à la déductibilité prévue aux dispositions de l'article 154 bis du Code général des impôts.

19) GARANTIE « CAPITAL EQUIPEMENT DÉPENDANCE/HANDICAP »

Cette garantie est assurée par la Mutuelle. Elle est incluse au Contrat **SANTÉ MUTADEV TNS** et permet aux Assurés(es), tout au long de la vie du Contrat, de bénéficier du versement d'un capital de mille-cinq-cents (1.500) € (doublé en cas d'Accident) destiné à du matériel médical ou de confort en cas de Dépendance ou d'Handicap avéré.

Il faut entendre par Dépendance la perte définitive d'autonomie de l'Assuré(e) qui lui rend impossible la réalisation de certaines activités ordinaires de la vie sans l'aide d'une tierce personne. La garantie « Capital Equipement Dépendance/Handicap » ne prévoit le versement du capital qu'en cas de classement de l'Assuré(e) en Groupe Iso-Ressources 1 et 2 (GIR1 et GIR2).

Il faut entendre par Handicap toute atteinte corporelle ou psychique entraînant le classement par la Sécurité sociale en 3^e catégorie

d'invalidité pour les assurés sociaux) ou la reconnaissance, par le médecin conseil de d'ADEP, d'un taux d'incapacité d'au moins 80% définitif établi conformément au guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées.

La garantie « Capital Équipement Dépendance/Handicap » cesse en toute hypothèse, au plus tard le 31 décembre de l'année du quatre-vingtième (80^{ème}) anniversaire de l'Assuré(e).

Cette garantie n'ouvre pas droit à la déductibilité prévue aux dispositions de l'article 154 bis du Code général des impôts.

20) GARANTIE « INDEMNITÉ JOURNALIÈRE HOSPITALIÈRE FAMILIALE »

Cette garantie est assurée par la Mutuelle. Elle est unique incluse dans la gamme **MUTADEP TNS**. Elle peut être souscrite de manière optionnelle pour la gamme **Primo MUTADEP TNS**.

Cette garantie ouvre droit au versement d'indemnités d'un montant de vingt (20) euros par jour d'hospitalisation en cas d'hospitalisation de l'Adhérent(e) ou de ses Ayants droit, suite à un Accident survenu ou une Maladie contractée pendant la période de validité de la garantie.

L'indemnisation débute à partir du 3^{ème} jour consécutif d'hospitalisation (franchise de deux (2) jours).

Si l'hospitalisation résulte d'un Accident, l'indemnisation débute au 1^{er} jour (absence de franchise).

ADEP verse une indemnité pour toute période de vingt-quatre (24) heures d'hospitalisation et dans la limite de cent (100) jours par année civile et par personne garantie.

La garantie « Indemnité Journalière Hospitalière Familiale » cesse lorsque cesse la garantie « Frais de Santé » (article 14.5).

TITRE IV – LES GARANTIES OPTIONNELLES

21) GARANTIE OPTIONNELLE « ALLOCATION FRAIS D'OBSEQUES »

Cette garantie est assurée par la Mutuelle.

Elle a pour objet de permettre le paiement d'une allocation obsèques, en cas de décès d'une(e) Assuré(e) avant l'âge de soixante (60) ans, mentionnée sur le Certificat d'adhésion de l'Adhérent(e).

L'allocation assurée au titre de cette garantie optionnelle se cumule, le cas échéant, avec "l'indemnité Funéraire" prévue dans la garantie "Frais de Santé" existante.

Le montant de l'allocation assurée est mentionné sur le tableau des garanties.

L'attention des Assurés(es) est attirée sur le fait que le capital forfaitaire versé aux Bénéficiaires est obligatoirement affecté prioritairement au financement et à la réalisation des obsèques de l'Assuré(e). Ce dernier est toutefois susceptible d'être insuffisant pour couvrir la totalité des frais d'obsèques.

Conformément à l'article L. 223-5 du Code de la mutualité, la garantie ne peut être contractée sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze (12) ans, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

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

Cette revalorisation intervient à compter du décès de l'Assuré, jusqu'à réception par la Mutuelle des pièces nécessaires mentionnées à l'article 15 ou le cas échéant, jusqu'au dépôt du capital à la Caisse des dépôts et Consignations en application de l'article L. 223-25-4 du Code de la mutualité.

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

La moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;

Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

En outre, conformément aux dispositions de l'article L. 223-22-1 du Code de la mutualité, à compter de la réception par la mutuelle des pièces mentionnées à l'article 15, le capital garanti est versé aux Bénéficiaires dans un délai qui ne peut excéder un (1) mois.

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

La garantie prend fin à la date de résiliation du présent Contrat et à la date d'effet de la résiliation de l'affiliation au présent Contrat.

La garantie « Allocation frais d'obsèques » cesse en toute hypothèse, au plus tard le 31 décembre de l'année du

soixantième (60^{ème}) anniversaire de l'Assuré(e).

Cette garantie n'ouvre pas droit à la déductibilité prévue aux dispositions de l'article 154 bis du Code général des impôts.

22) GARANTIE OPTIONNELLE « CAPITAL MALADIES GRAVES »

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 Figò.

• 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 hématoépithéliques, 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 CÉRÉBRAL (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 cœur (ischémie) et d'une nécrose dispartant :

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'Adhèrent 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 donneurs ne sont pas couverts.

Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation de la pathologie touchant un des organes vitaux susmentionnés. 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).

TITRE V – LES RISQUES ASSURÉS ET LES RISQUES EXCLUS

23) GARANTIE « FRAIS DE SANTÉ »

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 fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

24) GARANTIE « INDEMNITÉ FUNÉRAIRE » ET LA GARANTIE OPTIONNELLE « ALLOCATION FRAIS D'OBSÈQUES »

Sont couverts tous les risques de décès à l'exception de ceux prévus par la loi et ceux résultant du suicide de l'Assuré(e) pendant la première année d'assurance.

25) GARANTIE « CAPITAL CANCER »

Sont exclus de la garantie :

- toute autre maladie ainsi que les Cancers féminins in situ non invasifs,
 - les Cancers féminins diagnostiqués chez une femme de moins de vingt (20) ans et de plus de soixante (60) ans,
 - les Cancers féminins dont le premier diagnostic intervient dans les six (6) mois qui suivent la date d'effet de la garantie ;
- En ce qui concerne les Adhèrents de sexe masculin :
- tout autre Cancer qu'un cancer de la prostate,
 - les Cancers de la prostate dont le premier diagnostic intervient dans les six (6) mois qui suivent la date d'effet de la garantie,
 - les Cancers de la prostate diagnostiqués chez un homme de moins de vingt (20) ans et plus de soixante (60) ans.

26) GARANTIE « PROTECTION JURIDIQUE

SANTÉ »

Les risques exclus sont ceux énoncés aux Conditions générales de la garantie figurant en annexe 2 de la présente Notice d'information.

27) GARANTIE « ADEP ASSISTANCE

SANTÉ »

Les risques exclus sont ceux énoncés aux Conditions générales de la garantie figurant en annexe 1 de la présente Notice d'information.

28) GARANTIE « CAPITAL ÉQUIPEMENT

DÉPENDANCE/HANDICAP »

Sont exclues les suites et conséquences d'un Handicap ou d'un état de Dépendance déclaré ou survenu :

- Avant le 1^{er} juillet 2014, date d'inclusion à la garantie Santé, pour les contrats en cours,
 - Avant la date d'effet du contrat pour les adhésions nouvelles.
- Sont également exclues de la garantie les conséquences résultant de :
- suicide, actes intentionnels ou illégaux de l'Assuré(e), 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, détournement, prises d'otages ;
 - compétitions sportives (épreuves et entraînements) à titre professionnel,
 - conséquences de la modification de structure du noyau atomique ou de toute autre source de rayonnements ionisants,
 - 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).

29) GARANTIE « INDEMNITÉ JOURNALIÈRE

HOSPITALIÈRE FAMILIALE »

Sont couvertes toutes les Hospitalisations dues à une Maladie ou un Accident à l'exclusion de celles résultant des suites :

- du fait volontaire de l'Assuré(e),
- du suicide ou tentative de suicide de l'Assuré(e),
- des Maladies ou Accidents occasionnés par la guerre civile ou étrangère, la participation de l'assuré(e) à des opérations militaires et à des émeutes, insurrections et leurs conséquences,
- des conséquences de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'Assuré(e) est soumis à la suite d'un événement garanti,
- de la participation à un duel, une rixe (sauf cas de légitime défense),
- de la pratique des sports de combat, des sports à titre professionnel, des sports aériens et des compétitions et leurs essais préparatoires utilisant des véhicules à moteur,
- de l'abus d'alcool et l'usage de drogue ou de stupéfiants.

Par ailleurs, ne sont également pas couverts,

- les séjours en établissement de cures : cure thermale, cure diététique, cure de rajeunissement, cure de thalassothérapie,
- les séjours pour les soins esthétiques (chirurgie esthétique, cure d'amaigrissement),
- les séjours pour les périodes de grossesse et pour l'accouchement ne donnant pas lieu à une intervention chirurgicale,
- les séjours dans les hospices de vieillards,
- les hospitalisations motivées par la sénilité ou par défaut de soins pouvant être normalement dispensés à domicile,
- les hospitalisations en établissements ou services psychiatriques.

TITRE VI – LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

30) GARANTIE « FRAIS DE SANTÉ »

30.1. Formalités à accomplir

Les remboursements de frais de santé sont effectués par ADEP au vu des documents transmis par la Caisse du régime d'assurance maladie 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'Adhérent(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.
- L'allocation naissance : un extrait d'acte de naissance de l'Enfant de l'Assuré(e) est nécessaire pour le versement de l'allocation naissance.
- L'allocation versée ne tient compte que de l'événement et non du nombre d'enfants en cas de grossesse multiple (gémellaire et plus).

**ou l'original du décompte de remboursement de votre autre 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 Cornellhan - CS 80618 - 34535 BEZIERS CEDEX ou par voie électronique à prestations@adep.com (uniquement pour les justificatifs de prestations).

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.

30.2. 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).

30.3. 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.

31) GARANTIE « INDEMNITÉ FUNÉRAIRE »

31.1. Formalités à accomplir

En cas de décès d'un(e) Assuré(e), le Bénéficiaire doit transmettre à ADEP :

- un acte de décès officiel mentionnant les noms et prénoms du défunt, sa date de naissance, la date et l'heure du décès,
- l'original de la Demande d'adhésion et, le cas échéant, ses avenants modificatifs ainsi que le Certificat d'Adhésion original,
- une demande de paiement du capital décès,
- une photocopie lisible d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport), datée et signée au nom du ou des Bénéficiaire(s), portant la mention "non décédé",
- une facture détaillée attestant de la réalisation des prestations funéraires en cas de paiement du capital au profit d'une

entreprise de pompes funèbres ou la facture des obsèques acquittées par la personne ayant pris en charge la réalisation des obsèques,

- un relevé d'identité bancaire au nom du ou des Bénéficiaire(s),
- toutes pièces éventuellement requises au titre de la législation fiscale.

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

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

Dans le cas où le Bénéficiaire désigné est l'Entreprise de Pompes funèbres chargée des obsèques de l'Assuré(e), le capital garanti lui sera versé à concurrence du montant de sa facture. La différence entre le capital garanti et le règlement à l'entreprise de Pompes Funèbres sera reversée aux Bénéficiaires désignés sur le Certificat d'adhésion.

La mise en application d'une clause d'exclusion de garantie définie au Titre V de la présente Notice ne donne pas droit au versement des prestations.

31.2. Paiement des prestations

ADEP règle le montant de l'Indemnité Funéraire correspondant à la formule de garantie retenue et mentionnée sur le Certificat d'adhésion à réception des pièces.

Le montant de l'Indemnité Funéraire est versé à la personne ayant réglé les frais d'obsèques, sur présentation de la facture acquittée, et jusqu'à hauteur des frais engagés.

Le solde du capital assuré éventuellement restant, sera versé à la personne désignée par l'Assuré(e).

L'Assuré(e) peut désigner le(s) Bénéficiaire(s) en cas de décès dans la Demande d'adhésion et ultérieurement, par Avenant, ou suivant toute autre forme juridique valide notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Si l'Assuré(e) souhaite répartir le restant du 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(e) est attirée sur l'importance attachée à la rédaction de la clause Bénéficiaire, notamment en termes d'identité du Bénéficiaire et de l'opportunité de prévoir un Bénéficiaire subséquent notamment en cas de décès du Bénéficiaire désigné ou si les renseignements délivrés concernant le Bénéficiaire désigné ne permettraient pas à ADEP d'identifier ce dernier.

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

La clause bénéficiaire peut être modifiée si celle-ci n'est plus appropriée.

L'attention de l'Assuré(e) est attirée sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le Bénéficiaire. L'acceptation peut être faite soit par un avenant signé de la Mutuelle, de l'Assuré(e) et du Bénéficiaire, soit par acte authentique ou par acte sous seing privé, signé de l'Assuré(e) et du Bénéficiaire, mais dans ce cas, elle n'a d'effet à l'encontre de la Mutuelle que lorsqu'il lui a été notifié par écrit.

À défaut de désignation expresse de bénéficiaire(s) ou si la désignation est caduque ou sans effet, les capitaux restant dus seront versés :

- au conjoint survivant de l'Assuré(e), non séparé de corps par un jugement définitif, ni divorcé, ou au partenaire avec lequel l'Assuré(e) est lié(e) par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, aux descendants de l'Assuré(e), par parts égales entre eux : enfants nés ou à naître (légitimes ou légitimés, naturels, reconnus, adoptifs, recueillis) présents ou représentés ;
- à défaut, aux ascendants de l'Assuré(e) par parts égales entre eux, ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut, aux frères et sœurs de l'Assuré(e) par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers de l'Assuré(e), selon la dévolution successorale.

32) GARANTIE « CAPITAL CANCER »

32.1. Formalités à accomplir

Dès qu'il (elle) a connaissance du diagnostic porté, susceptible de mettre en œuvre la garantie, l'Assuré(e) doit le déclarer à ADEP, au plus tard dans les dix (10) jours.

Il (elle) transmettra par la suite, dans les plus brefs délais, sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil d'ADEP :

- un compte rendu histologique de la tumeur ainsi que les conclusions de tous les examens anatomopathologiques de la tumeur,
- un certificat médical délivré par l'anatomopathologiste ayant diagnostiqué le Cancer féminin ou de la prostate, et attestant de la nature de l'affection et de son diagnostic.

32.2. Paiement des prestations

ADEP règle à l'Assuré(e) le montant du capital dans les vingt (20) jours qui suivent la réception de l'ensemble des pièces nécessaires à l'étude du dossier.

33) GARANTIE « PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ »

En cas de litige, l'Assuré(e) adresse un courrier à ADEP. Sa demande sera transmise à CÉFOP ASSURANCES pour étude et ouverture d'un dossier.

Pour toute information complémentaire, l'Assuré(e) se reportera utilement aux Conditions générales de la garantie « protection juridique Santé » figurant en annexe 2 de la présente Notice d'information.

34) GARANTIE « ADEP ASSISTANCE SANTÉ »

L'Assuré(e) ou le Bénéficiaire, s'il réside dans l'un des départements suivants : GUADELOUPE, MARTINIQUE, GUYANE, RÉUNION, MAYOTTE ou en France métropolitaine, contacte directement MONDIAL ASSISTANCE France :

- depuis les DROM et COM au 09 69 39 99 26
- depuis la FRANCE métropolitaine au 01 40 25 16 77

Pour obtenir de l'information ou de l'assistance dans le cadre des dispositions prévues à la Notice d'information figurant en annexe 1.

Le demandeur indiquera le nom et le numéro du contrat souscrit, le nom et prénom du bénéficiaire, l'adresse exacte du bénéficiaire, le numéro de téléphone ou le bénéficiaire peut être joint et le numéro de protocole ADEP : 921769.

Pour toute information complémentaire, l'Assuré(e) se reportera utilement aux Conditions générales de la garantie « protection juridique Santé » figurant en annexe 1 de la présente Notice d'information.

35) GARANTIE « ADEP CAPITAL ÉQUIPEMENT DÉPENDANCE/HANDICAP »

35.1. Formalités à accomplir

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

Pièces à fournir en cas de Dépendance

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

- un certificat médical du médecin traitant ou hospitalier à retourner sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'ADEP, exposant l'état de Dépendance de l'Assuré(e), sa date de survenance et précisant l'origine de la ou des affections ;
- la notification du rattachement de l'Assuré(e) au Groupe Iso-Ressources (GIR) ;
- tout autre document demandé par ADEP lui permettant d'apprécier si la demande de prestation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie.

Pièces à fournir en cas de Handicap

- un certificat médical délivré par le médecin traitant à retourner sous pli confidentiel au Médecin Conseil d'ADEP (ce certificat devra préciser l'origine, la nature, la date de début et le caractère définitif de l'invalidité ainsi que l'état clinique actuel de l'Assuré(e)),

- Le cas échéant, la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de 3ème 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.

- tout autre document demandé par ADEP lui permettant d'apprécier si la demande de prestation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie.

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

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 notifiée sa décision à l'Assuré(e). En cas de contestation sur le niveau de l'invalidité et sur son caractère définitif, l'état de l'Assuré(e) 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.

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.

Les justificatifs mentionnés ci-dessous seront à adresser à ADEP, par voie postale, à ADEP Service Prestations – 574 Route de Corneilhan – CS 80618 – 34535 BEZIERS CEDEX ou par voie électronique à prestations@adep.com (uniquement pour les justificatifs de prestations).

35.2. Paiement des prestations

En cas de survenance de Dépendance ou d'Handicap avéré d'une personne assurée pendant la période de garantie, ADEP règle à l'Assuré(e) ou au représentant légal, dans le cas d'un enfant mineur, un capital de mille-cinq-cents (1.500) €, doublé si les dommages sont consécutifs à un Accident.

36) GARANTIE « INDEMNITÉ JOURNALIÈRE HOSPITALIÈRE FAMILIALE »

36.1. Formalités à accomplir

En cas d'Hospitalisation susceptible d'entraîner le paiement des indemnités journalières, l'Assuré(e) adresse, au plus tard dans les quinze (15) jours suivant le début de son Hospitalisation, au Médecin Conseil d'ADEP un bulletin d'hospitalisation.

À la sortie de l'hôpital, l'Assuré(e) 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.

En outre, si l'Hospitalisation est consécutive à un Accident, l'Assuré(e) 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 gendarmerie, 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.

36.2. Paiement des prestations

ADEP règle à l'Assuré(e) une indemnité journalière forfaitaire découlant d'une Hospitalisation garantie, concernant les personnes assurées

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

37) GARANTIE OPTIONNELLE « ALLOCATION FRAIS D'OBSEQUES »

37.1. Formalités à accomplir

En cas de décès d'un(e) Assuré(e), le Bénéficiaire doit transmettre à ADEP :

- un acte de décès officiel mentionnant les noms et prénoms du défunt, sa date de naissance, la date et l'heure du décès,
- l'original de la Demande d'adhésion et, le cas échéant, ses avenants modificatifs ainsi que le Certificat d'Adhésion original,
- une demande de paiement du capital décès,
- une photocopie lisible d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport), datée et signée au nom du ou des Bénéficiaire(s), portant la mention "non décédé",
- une facture détaillée attestant de la réalisation des prestations funéraires en cas de paiement du capital au profit d'une entreprise de pompes funèbres ou la facture des obsèques acquittées par la personne ayant pris en charge la réalisation des obsèques,
- un relevé d'identité bancaire au nom du ou des Bénéficiaire(s),
- toutes pièces éventuellement requises au titre de la législation fiscale.

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

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

Dans le cas où le Bénéficiaire désigné est l'entreprise de Pompes funèbres chargée des obsèques de l'Assuré(e), le capital garanti lui sera versé à concurrence du montant de sa facture. La différence entre le capital garanti et le règlement à l'entreprise de Pompes funèbres sera reversée aux Bénéficiaires désignés sur le Certificat d'adhésion.

La mise en application d'une clause d'exclusion de garantie définie au Titre V de la présente Notice ne donne pas droit au versement des prestations.

37.2. Paiement des prestations

ADEP règle le montant de l'allocation assurée correspondant à la formule de garantie retenue et mentionnée sur le Certificat d'adhésion à réception d'un certificat de décès de l'Assuré(e).

L'allocation assurée au titre de cette garantie optionnelle se cumule, le cas échéant, avec l'Indemnité Funéraire prévue dans la garantie « Frais de Santé » existante.

Le montant de l'allocation obsèques est réglé à la personne ayant réglé les frais d'obsèques, sur présentation de la facture

acquittée, et jusqu'à hauteur des frais engagés.

Le solde du capital assuré éventuellement restant sera versé à la personne désignée par l'Assuré(e).

L'Assuré(e) peut désigner le(s) Bénéficiaire(s) en cas de décès dans la Demande d'adhésion et ultérieurement, par avenant, ou suivant toute autre forme juridiquement valide notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le Bénéficiaire est nommément désigné, l'Assuré(e) peut indiquer les coordonnées du Bénéficiaire.

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

La clause bénéficiaire peut être modifiée si celle-ci n'est plus appropriée.

L'attention de l'Assuré(e) est attirée sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le Bénéficiaire. L'acceptation peut être faite soit par un avenant signé d'ADEP de l'Assuré(e) et du bénéficiaire, soit par acte authentique ou par acte sous seing privé, signé de l'Assuré(e) et du bénéficiaire, mais dans ce cas, elle n'a d'effet à l'encontre de la Mutuelle que lorsqu'il lui a été notifié par écrit.

À défaut de désignation expresse de bénéficiaire(s) ou si la désignation est caduque ou sans effet, les capitaux restant dus seront versés :

- au conjoint survivant de l'Assuré(e), non séparé de corps par un jugement définitif, ni divorcé, ou au partenaire avec lequel l'Assuré(e) est lié(e) par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, aux descendants de l'Assuré(e), par parts égales entre eux : enfants nés ou à naître (légitimes ou légitimés, naturels, reconnus, adoptifs, recueillis) présents ou représentés ;
- à défaut, aux ascendants de l'Assuré(e) par parts égales entre eux, ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut, aux frères et sœurs de l'Assuré(e) par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers de l'Assuré(e), selon la dévolution successorale.

38) POUR LA GARANTIE OPTIONNELLE « CAPITAL MALADIES GRAVES »

38.1. 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.

38.2 Paiement des prestations

En cas de survenance de l'une des Maladies Graves visées à l'article 22, 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 cinq mille (5 000) 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 VII – LES AUTRES DISPOSITIONS

39) OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

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

- de remettre aux Adhérents(es) 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 Adhérents(es) 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 Adhérents(es) et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Association.

Le paiement de la cotisation due vaut acceptation des conditions modifiées, le non-paiement des cotisations dues entraîne la résiliation de l'adhésion dans les conditions décrites à l'article 13.

40) CONTRÔLE MÉDICAL ET ARBITRAGE

40.1. 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) peut 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.

40.2. 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 3^{ème} 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 3^{ème} 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.

41) PRESCRIPTION

41.1 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 :

41.2 Modalités de la prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Adhérent, 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, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du membre participant.

41.3 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).

41.4 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, déclare que la médiation est terminée.

42) RÉCLAMATION

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

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

- En cas de difficultés persistantes par :

- Courrier :

ADEP Service Réclamation

574 Route de Cornéilhac

CS 80618

34353 Béziers Cedex

- Mail : servicereclamation@adep.com

ADEP s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

- En dernier recours, si après épuisement de toutes les procédures internes d'ADEP, un désaccord subsiste, et que l'Adhérent(e), l'Assuré(e) ou le Bénéficiaire n'a pas saisi les tribunaux, il aura toujours la faculté de faire appel à Monsieur le 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 du Médiateur de la Mutualité Française sera communiquée à ADEP, écrite et motivée

43) SANCTIONS

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

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

1. En cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (article L. 221-14 du Code de la Mutualité).

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

En cas notamment de fausse déclaration, de fraude ou tentative de fraude avérée, la Mutuelle, par le biais d'ADEP, peut également procéder à la résiliation du Contrat. La résiliation est notifiée à l'Adhérent 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.

44) 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.

45) 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'adhérent est tenu de respecter.

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

Conformément à la Loi informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, l'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 BÉZIERS 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 Fontenoy 75007 Paris.

46) DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

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

• soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret 10000 Troyes ;

• soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr

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

47) TERRITORIALITÉ

La garantie ne concerne que les Assurés(es) résidant durablement en France métropolitaine ou dans les DOM et COM. Toutefois, la garantie Frais de Santé est acquise dans le monde entier pour le(s) Bénéficiaire(s), à partir du moment où le Régime obligatoire français intervient.

48) 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 – 75436 Paris Cedex 09.

BESOIN D'ASSISTANCE ?

Contactez-nous

du lundi au samedi, hors jours fériés,
de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine) :

Pour les résidents en France Métropolitaine :

- depuis la France métropolitaine au : 01 40 25 16 77
- depuis l'étranger au : + 33 1 40 25 16 77

Pour les résidents en Guadeloupe, Martinique,

Guyane ou la Réunion :

- depuis la Guadeloupe, Martinique, Guyane, la Réunion ou Mayotte au : 09 69 399 926
- depuis la France métropolitaine : 01 70 82 97 98
- depuis l'étranger au : + 262 1 70 82 97 98

Veillez nous indiquer :

- Le nom et le numéro du contrat souscrit n°921769
- Les nom et prénom du Bénéficiaire
- L'adresse exacte du Bénéficiaire
- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

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

FRAGONARD ASSURANCES

SA au capital de 37 207 660 €

479 065 351 RCS Paris

Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris

Entreprise régie par le Code des assurances

sont mises en œuvre par :

AWP FRANCE SAS

SAS au capital de 7 584 076,86 €

490 381 753 RCS Bobigny

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

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

Ci-après dénommée «**Mondial Assistance**»

HOSPITALISATION

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
ASSISTANCE A DOMICILE		
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Illimité	Hospitalisation prévue et imprévue d'une durée au moins égale à 5 nuitées. 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.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	Forfait de 200 € TTC	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.
	Forfait de 100 € TTC	
Livraison en urgence de médicaments	100 € TTC maximum	Par Hospitalisation et par Bénéficiaire.
Transfert d'un Proche au chevet du Bénéficiaire	• Coût du Transport aller/retour • Frais d'hébergement : 45 € TTC par nuit dans la limite de 2 nuits consécutives	Hospitalisation imprévue d'une durée au moins égale à 5 nuitées.

1. EVENEMENTS GARANTIS

Les conditions de délivrance des garanties de la présente convention varient selon les prestations :

- Les prestations décrites à l'article 6.1 « INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE » peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.
- Les prestations décrites à l'article 6.2 « HOSPITALISATION » sont délivrées en cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire

L'ensemble des prestations est délivré conformément aux conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

2. RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

Résumé des prestations et prises en charge Assistance en cas d'Hospitalisation

INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE

Prestation	Prise en charge	Conditions et limites
Conseil santé	Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service. Prestation rendue par téléphone exclusivement. Le coût des éventuels devis et/ou travaux réalisés à l'issue de ces prestations restent à la charge du bénéficiaire.
Conseil social	Illimité	
Services à la personne	Mise en relation avec le réseau de Prestataires agréés dans le cadre de la loi Borloo, sans prise en charge	

Prestations éligibles à un financement par enveloppe de services et d'aide à domicile

SERVICES ET AIDES A DOMICILE

1. Transport (taxi ou billet transport en commun)
2. Aide à Domicile : Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, aide-ménagère
3. Préparation du retour au Domicile
4. Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire
5. Transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche
6. Garde à Domicile des Enfants
7. Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants
8. Veille ou prise en charge des Ascendants dépendants à charge
9. Portage des repas
10. Garde à Domicile de l'Enfant malade ou convalescent
11. Fermeture du Domicile quitté en urgence
12. Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)
13. Livraison de courses
14. Prestations bien-être : coiffure et esthétique

3. VALIDITE DE LA CONVENTION

VALIDITE TERRITORIALE

Les prestations de la présente convention sont acquises uniquement sur le territoire du Domicile du Bénéficiaire ou du Domicile du Membre de la famille aidé.

Dispositions spécifiques pour les résidents des territoires suivants : Guadeloupe, Martinique, Guyane, Réunion, Mayotte :

• Les prestations « Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire » et « Transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche » ainsi que « Assistance aux animaux de compagnie » **sont effectuées exclusivement au départ et à destination du territoire où est situé le Domicile.**

• La prestation « Assistance aux animaux de compagnie » est acquise dans la limite des disponibilités locales.

DUREE DE VALIDITE

Les prestations sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat « Santé Collective Entreprise » et de l'accord liant ADEP et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

4. DEFINITIONS CONTRACTUELLES

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

ASCENDANT DEPENDANT A CHARGE

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

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie liée au grand âge et peut être partielle ou totale.

BENEFICIAIRE

Le terme « Bénéficiaire » se réfère indifféremment :

- à la personne physique assurée par le contrat,
- à son Conjoint
- à ses Enfants.

CONJOINT

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré, vivant habituellement sous le même toit que ce dernier.

DOMICILE

Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

ENFANTS

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré, âgés de moins de 15 (quinze) ans et vivant habituellement sous le toit du Bénéficiaire assuré.

FRANCE

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

HEBERGEMENT

Frais d'hôtel (petit déjeuner compris), à l'exclusion de tout autre frais de restauration, de boisson et de pourboires.

HOSPITALISATION

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

Dans tous les cas, sont assimilés à une Hospitalisation :

- les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ambulatoire : administration d'un traitement anti-cancer dans un hôpital de jour, à la suite de laquelle le Bénéficiaire peut rentrer chez lui,
- les traitements de chirurgie ambulatoire : traitement de chirurgie permettant la sortie du patient le jour même de son admission dans l'établissement de soins.

Une durée d'Hospitalisation peut être prévue à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.

Sont exclus :

- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les hospitalisations à domicile,

- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.

HOSPITALISATION IMPREVUE

Hospitalisation telle que définie ci-dessus non programmée ou ne pouvant être reportée.

MEMBRE DE LA FAMILLE

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

PRESTATAIRE

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

PROCHE

Toute personne physique, membre de la famille ou non, résidant en France métropolitaine ou sur le territoire DOM où se situe le Domicile et désignée par le Bénéficiaire :

- Lorsque que le Bénéficiaire est domicilié en France métropolitaine, le Proche désigné par le Bénéficiaire doit également être domicilié en France métropolitaine.

- Lorsque que le Bénéficiaire est domicilié en Martinique, en Guadeloupe, en Guyane, à la Réunion ou à Mayotte, le Proche désigné par le Bénéficiaire doit être domicilié dans le même département d'outre-mer que celui où est domicilié le Bénéficiaire.

TRANSPORT

Tout déplacement s'effectuant par :

- train en 2nde classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

5. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

Toute demande de mise en œuvre des prestations de la Convention doit être formulée auprès de Mondial Assistance du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine) par téléphone au :

Pour les résidents en France métropolitaine :

- depuis la France métropolitaine au : 01 40 25 16 77
- depuis l'étranger au : + 33 1 40 25 16 77

Pour les résidents en Guadeloupe, Martinique, Guyane, la Réunion ou Mayotte :

- depuis la Guadeloupe, Martinique, Guyane, la Réunion ou Mayotte au : 09 69 399 926
- depuis la France métropolitaine : 01 70 82 97 98
- depuis l'étranger au : + 262 1 70 82 97 98

en indiquant :

- nom et numéro du contrat souscrit n°921769,
- nom et prénom du Bénéficiaire,
- adresse exacte du Bénéficiaire,
- numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint.

6. PRESTATIONS

Les montants de prise en charge figurent dans l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE »

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

6.1 - INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE

Sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

• Conseil santé

Un médecin de Mondial Assistance répond aux questions du Bénéficiaire relatives à sa santé, à sa maladie, à son hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant ou à son suivi.

Le Bénéficiaire peut également obtenir des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les questions générales sur la santé, les facteurs de risques, les questions de médecine générale,

les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives, les centres de prise en charge de la douleur.

Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

En conséquence, ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et au secret médical.

• Conseil social

L'équipe médico-sociale de Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue ses besoins et lui fournit des informations sur la législation et le règlementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

• Services à la personne

Mondial Assistance peut :

- fournir au Bénéficiaire toute l'information utile sur les services à la personne,
- mettre le Bénéficiaire en relation avec un Prestataire de son réseau de services à la personne entrant dans le cadre de la loi Borloo (assistance administrative, bricolage, soutien scolaire, etc.) et hors cadre de la loi Borloo (esthétique, coiffure à Domicile, pédicure, manucure, massages - hors soins thérapeutiques).

Les Prestataires délivrant des prestations de services à la personne dans le cadre des activités définies comme telles par la loi Borloo sont agréés, afin que le Bénéficiaire puisse profiter d'avantages fiscaux.

Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à la charge du Bénéficiaire.

Pour toute mise en place de prestation, le Prestataire dispose d'un délai minimum de 72 (soixante-douze) heures pour prendre contact avec le Bénéficiaire.

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

6.2 - HOSPITALISATION

ASSISTANCE A DOMICILE

Sur simple appel téléphonique, suite à l'Hospitalisation du Bénéficiaire et dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

- Evaluation des besoins et recommandations telle que décrite au 6.3 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».
- Enveloppe de services et d'aide à Domicile telle que décrite au 6.3 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».
- Livraison en urgence au Domicile de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

- Transfert d'un Proche au chevet du Bénéficiaire :
 - Transport aller /retour depuis le Domicile du Proche
 - Hébergement sur place.

6.3 - DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE

- 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 adaptés 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'une enveloppe dont le montant, les conditions et les limites sont indiqués à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

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 ouverte 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'événement 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 à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISE EN CHARGE » 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'événement 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.

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

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

Transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge 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

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 extrascolaires des Enfants

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 Ascendants 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, habillage, 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 « Aide à Domicile » de l'article 6.3.

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

Garde à Domicile de l'Enfant 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 débris 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).

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 :

- esthéticienne,
 - coiffeur,
 - prothésiste capillaire,
- y compris ceux réalisés à domicile.

7. RESPONSABILITE

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, représsailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère des Affaires étrangères <https://www.tresor.economie.gouv.fr>), 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.

8. EXCLUSIONS GENERALES

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

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,
- 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 du pays où le Bénéficiaire séjourne,

- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les conséquences :
 - de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
 - de maladies psychologiques antérieurement

diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,

• des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées,

-les événements survenus de la pratique de sports dangereux ou de la participation du Bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallies ou à leurs essais préparatoires,

- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

9. MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS

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

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

reclamation@votreassistance.fr

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

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

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

Si le désaccord persiste, après la réponse de l'assureur ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, 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 la Charte de la Médiation de l'Assurance.

10. COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE

Mondial Assistance fait élection 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.

11. 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.

12. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

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

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

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

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

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

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

13. AUTORITE 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

14. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE

La Convention est régie par la loi française.

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

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

La sécurité de vos données personnelles nous importe

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

1. Qui est le responsable du traitement des données ?

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

2. Quelles données personnelles sont collectées ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Qui peut accéder à vos données personnelles ?

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

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

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

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

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

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

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et

- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

5. Où sont traitées vos données personnelles ?

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

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

6. Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?

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

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsable(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;

- de retirer votre consentement à tout moment, dans les

cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;

- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;

- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;

- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;

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

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

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

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

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement 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.

ARTICLE 1 - L'OBJET DU CONTRAT

Les présentes constituent les conditions générales du contrat d'assurances de protection juridique de particuliers (dénommé ci-après le CONTRAT) :

- négocié par ADEP, cabinet de courtage, Société par Actions Simplifiée au capital de 22 800 €, ayant son siège social rue Ferdinand Forest - 97122 BAIE MAHAULT, et son siège administratif au 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BEZIERS, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de POINT A PITRE sous le numéro 480 434 281 et auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances (ORIAS) sous le matricule 07 035 445 (dénommée ci-après l'INTERMEDIARIAE),
- auprès de CFPD ASSURANCES, entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1 692 240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156 (dénommée ci-après l'ASSUREUR),
- par accord cadre n° 6B344.A08,
- pour le compte des Bénéficiaires définis ci-dessous.

Le Contrat consiste à « prendre en charge des frais de procédure ou à fournir des services découlant de la couverture d'assurance, en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers, en vue notamment de défendre ou représenter en demande l'assuré dans une procédure civile, pénale, administrative ou autre ou contre une réclamation dont il est l'objet ou d'obtenir réparation à l'amiable du dommage subi » (article L127-1 du Code des Assurances).

Le Contrat est régi par le Code des Assurances et les présentes conditions générales.

Comme tout contrat d'assurances, le Contrat est un contrat aléatoire : l'évènement qui déclenche sa mise en œuvre ne doit pas être connu lors de la prise d'effet de l'adhésion au Contrat. En l'absence d'aléa, la garantie n'est pas due.

LES DEFINITIONS :

LE BENEFICIAIRE, L'ASSURE OU VOUS : Le particulier, personne physique, titulaire d'un contrat santé à titre individuel ou collectif auprès de l'Intermédiaire, ainsi que toutes les autres personnes bénéficiaires désignées au bulletin individuel d'adhésion dudit contrat santé, à jour du paiement des cotisations et dûment désignés à l'Assureur.

LE TIERS : Toute personne autre que l'Assuré, l'Assureur ou l'Intermédiaire.

LE FAIT GENERATEUR : Evènement ou fait connu de l'Assuré, et susceptible de faire naître un préjudice ou de constituer une atteinte à un droit, que l'Assuré subit ou cause à un Tiers, préalablement ou concomitamment à toute réclamation.

En matière pénale, le Fait Générateur est la prise de conscience qu'un évènement ou un fait subi ou causé par l'Assuré est susceptible d'être réprimé par la loi.

LE LITIGE : Une situation conflictuelle opposant l'Assuré à un Tiers, découlant du Fait Générateur.

LE REFUS : Le désaccord formalisé et non équivoque suite à une réclamation émanant de l'Assuré ou d'un Tiers, ou l'absence de réponse à cette réclamation dans un délai raisonnable ou réglementaire.

LE SINISTRE : Le Refus, dans le cadre d'un Litige, opposé à une réclamation dont l'Assuré est l'auteur ou le destinataire (article L127-2-1 du Code des Assurances).

LE CARACTERE ALEATOIRE : L'incertitude de la survenance d'un évènement.

LA DECHEANCE DU DROIT A GARANTIE : La perte du droit à bénéficier des garanties du Contrat en raison du non-respect des conditions de mise en œuvre de la garantie ou des obligations mises à la charge de l'Assuré.

LA PRESCRIPTION : La perte de la possibilité de faire valoir un droit lorsqu'il n'a pas été exercé dans le délai imparti.

Pour mieux identifier les termes à définition contractuelle, ils seront employés avec une majuscule dans les présentes.

ARTICLE 2 - LES SERVICES DE L'ASSUREUR

L'ASSISTANCE TELEPHONIQUE

Au numéro qui Vous est dédié, l'Assureur s'engage à Vous écouter et Vous fournir par téléphone des renseignements juridiques relevant du droit français et relatifs à la garantie de protection juridique décrite ci-après.

Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

- répondre à vos interrogations,
- Vous informer sur vos droits,
- Vous proposer des solutions concrètes,
- envisager avec Vous, dans le cadre d'un accompagnement personnalisé, la suite à donner à votre difficulté.

LA GESTION AMIABLE DE VOS LITIGES

A la suite d'une déclaration de Sinistre garanti par le Contrat, l'Assureur s'engage à :

- Vous conseiller et Vous accompagner dans les démarches à entreprendre,
 - Vous assister dans la rédaction de vos courriers de réclamation,
 - Vous aider à réunir les pièces et témoignages nécessaires à la constitution de votre dossier,
 - intervenir directement auprès du Tiers afin d'obtenir une solution négociée et amiable,
 - Vous faire assister et soutenir par des experts ou des spécialistes lorsque la spécificité de la matière le nécessite et que cela est utile à la résolution de votre Litige,
 - prendre en charge, dans la limite des montants et plafonds contractuels garantis, les frais et honoraires d'experts et de spécialistes, voire ceux de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendu dans les mêmes conditions,
 - Vous proposer une médiation indépendante des parties. Le médiateur sera désigné sur une liste par une association ou un groupement professionnel sur demande de l'Assureur et avec votre acceptation. Il prendra contact avec les parties, les réunira et les mettra en condition de trouver par elles-mêmes la solution au Litige en cours.
- Toutes vos demandes sont traitées dans un délai maximum de trois (3) jours ouvrés.
- La gestion amiable du Litige est réalisée dans un délai de :
- six (6) mois à compter de la date de la première intervention des services de l'Assureur,
 - ou un (1) an si une expertise contradictoire s'est avérée nécessaire.

A l'issue de ce délai, il Vous est soumis le choix, soit :

- de poursuivre la tentative de résolution amiable,
- de transmettre le dossier à l'avocat de votre choix pour engager les démarches judiciaires utiles,
- d'abandonner le recours.

Bien entendu, en cas d'accord amiable, l'Assureur Vous accompagne jusqu'à sa mise en œuvre effective.

LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE PROCEDURE JUDICIAIRE Lorsque toute tentative de résolution amiable de votre Litige a échoué, il Vous appartient de décider de porter votre Litige devant la juridiction compétente.

Lorsque Vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, Vous représenter ou servir vos intérêts, Vous avez la liberté de le choisir. Si Vous n'en connaissez pas, Vous pouvez Vous rapprocher de l'Ordre des avocats du barreau compétent ou demander à l'Assureur, par écrit, de Vous communiquer les coordonnées d'un avocat.

L'Assureur Vous garantit le remboursement dans la limite des plafonds contractuels garantis :

- des frais et honoraires des avocats, experts et spécialistes dont Vous avez besoin pour soutenir votre cause,
- des frais et honoraires de l'expert judiciaire,
- des frais d'huissier pour la signification des actes,
- des taxes diverses relatives aux juridictions saisies.

LE SUIVI JUSQU'À LA PARFAITE EXECUTION DES DECISIONS Parce qu'un Litige ne se termine pas à la délivrance d'une décision de justice, l'Assureur Vous accompagne jusqu'à sa parfaite exécution, soit à l'amiable, soit par la saisine d'un huissier territorialement compétent.

L'Assureur prend en charge les frais et honoraires de cet huissier dans la limite des plafonds contractuels garantis jusqu'à votre total désintéressement.

L'intervention de l'Assureur cesse :

- en cas d'insolvabilité notoire de votre débiteur constatée par un procès-verbal de carence dressé par huissier,
- en cas d'incarcération de votre débiteur,
- en cas de liquidation judiciaire de votre débiteur,
- ou lorsque votre débiteur est sans domicile fixe.

LES MONTANTS ET PLAFONDS CONTRACTUELS GARANTIS

BAREME APPLICABLE AUX HONORAIRES D'AVOCAT & D'EXPERT	En € TTC
PHASE AMIABLE	
Démarches amiables	
Intervention amiable	110
Protocole ou transaction	340
Consultation & expertise	
Consultation de spécialiste	390
Expertise amiable contradictoire	1 120

MARD (Modes Amiables de Résolution des Différends)	
Conciliateur de justice (assistance)	390
Médiation de la consommation	
Médiation conventionnelle	
Médiation judiciaire	560
Arbitrage	
Procédure participative	
PHASE JUDICIAIRE	
Assistance	
Assistance préalable à procédure pénale	
Assistance à une instruction	390
Expertise judiciaire : assistance et dires (forfait)	
Commissions ou juridictions de première instance	
Démarche au Parquet (forfait)	130
Saisine du SARVI (forfait)	
Commissions diverses (y compris CIVI)	560
Conseil de l'ordre	
Ordonnance sur requête (forfait)	450
Référé	670
Référé heure à heure	840
Tribunal de Police	560*
Tribunal Correctionnel	900*
Tribunal / Chambre de proximité	840*
Tribunal Judiciaire	
Tribunal Administratif	1 120*
Tribunal de Commerce	
Autres juridictions du 1er degré	
Conseil de Prud'hommes :	
-Référé, Phase de conciliation, Départage	560*
-Phase de Jugement, y compris audiences de mise en état	840*
Incidents d'instance et demandes incidentes	670
Cours ou juridictions de recours	
Cour ou Jurisdiction d'Appel	1 820*
Recours devant le 1 ^{er} Président de la Cour d'Appel	560
Cour de Cassation	
Conseil d'Etat	2 100*
Cour d'Assises	
Autres juridictions	
Juridictions européennes (CJUE, CEDH)	1 120*
Juridictions étrangères	
Juge de l'exécution	670
Juge de l'exéquatour	
PLAFONDS, FRANCHISE & SEUIL D'INTERVENTION	
En € TTC	
Plafond de prise en charge par Sinistre (France, Andorre, Monaco) :	25 000
<i>Dont plafond pour démarches amiables :</i>	560
<i>expertise judiciaire :</i>	5 500
Plafond de prise en charge par Sinistre (hors France, Andorre, Monaco) :	2 800
Seuil d'intervention :	0
Franchise :	0
Les montants ci-dessous comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation...) et constituent la limite de la prise en charge même en cas de pluralité ou de changement d'avocats.	

Les honoraires sont réglés une fois la prestation effectuée et le remboursement sera effectué au plus tard dix (10) jours après réception de la facture acquittée ; il interviendra toutes taxes comprises.

Les montants sont cumulables et représentent le maximum des engagements par juridiction (montants signalés par un astérisque*) ou par intervention même en cas de renvoi d'audience.

Les indemnités qui pourraient Vous être allouées au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, L761-1 du Code de Justice Administrative, ou leurs équivalents devant les juridictions étrangères, ainsi que les dépens et autres frais de procédure Vous bénéficient par priorité pour les dépenses dûment justifiées restées à votre charge, et subsidiairement à l'Assureur dans la limite des sommes qu'il a engagées.

ARTICLE 3 - LA PROTECTION JURIDIQUE SANTE

L'ATTEINTE A L'INTEGRITE PHYSIQUE ET/OU MORALE

Vous êtes victime d'une agression ou d'une atteinte accidentelle à votre intégrité physique et/ou morale et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits à l'encontre du Tiers responsable de votre préjudice.

LE RECOURS MEDICAL ET PHARMACEUTIQUE

Vous êtes victime d'une erreur médicale, paramédicale ou pharmaceutique, d'une erreur de délivrance, d'un retard ou d'une erreur de diagnostic, d'une infection nosocomiale ou d'un défaut de conseil d'un praticien à l'occasion d'une maladie, d'une hospitalisation ou de tous soins ou examens médicaux et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits face à :

- un établissement de soins public ou privé,
- un professionnel de santé,
- ou à l'ONIAM.

LE RECOURS EN CAS D'ACCIDENT D'AGRESSION OU DE MALADIE

Vous êtes victime d'un accident, d'une agression ou êtes malade et rencontrez des difficultés pour faire valoir ou respecter vos droits avec :

- votre employeur,
- les services publics ou privés gestionnaires des régimes de sécurité sociale, des régimes complémentaires ou des prestations familiales,
- une MDPH, la CNSA,
- ou les compagnies d'assurances ou les établissements bancaires gestionnaires de vos contrats de prévoyance ou de vos contrats de prêts assortis de garanties « indemnités journalières » ou « invalidité ».

LA CONSOMMATION MEDICALE

Du fait de votre état de santé, Vous êtes amené à acheter ou louer du matériel médical ou paramédical ; Vous n'êtes pas à l'abri de problèmes :

- vice caché,
- mauvaise exécution du contrat,
- défaillance du service après-vente,
- publicité mensongère,
- abus de faiblesse,
- escroquerie,
- clauses abusives,

ARTICLE 4 - LES EXCLUSIONS GENERALES

L'ASSUREUR N'INTERVIENT JAMAIS POUR LES LITIGES :

- NE RELEVANT PAS DE VOTRE VIE PRIVEE, ET PLUS GENERALEMENT QUI NE RELEVANT PAS DE LA GARANTIE EXPRESSEMENT DECRITE,
- TROUVANT LEUR ORIGINE DANS UNE GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, UNE EMEUTE, UN MOUVEMENT POPULAIRE, UNE MANIFESTATION, UNE RIXE, UN ATTENTAT, UN ACTE DE VANDALISME, DE SABOTAGE OU DE TERRORISME,
- DONT LE FAIT GENERATEUR INITIAL EST ANTERIEUR ET CONNU DE VOUS A LA PRISE D'EFFET DE L'ADHESION AU CONTRAT OU QUI PRESENTENT UN CARACTERE NON ALEATOIRE,
- EN RAPPORT AVEC UNE VIOLATION INTENTIONNELLE DES OBLIGATIONS LEGALES, CONTRACTUELLES OU

INCONTTESTABLES.

- DECOULANT D'UNE FAUTE OU D'UN ACTE FRAUDULEUX OU DOLOSIF QUE VOUS AVEZ COMMIS VOLONTAIREMENT CONTRE LES BIENS ET LES PERSONNES EN PLEINE CONSCIENCE DE LEURS CONSEQUENCES DOMMAGEABLES OU NUISIBLES,
- SURVENANT LORSQUE VOUS ETES EN ETAT D'IVRESSE PUBLIQUE ET MANIFESTE OU LORSQUE LE TAUX D'ALCOOLEMIE EST EGAL OU SUPERIEUR A CELUI LEGALEMENT ADMIS DANS LE PAYS OU A LIEU LE SINISTRE, OU SOUS L'INFLUENCE DE SUBSTANCES OU DE PLANTES CLASSEES COMME STUPEFIANTS OU LORSQUE VOUS REFUSEZ DE VOUS SOUMETTRE A UN DEPISTAGE,
- RELATIFS A L'INDEMNISATION DE RISQUES SERIELS, D'AFFECTIIONS LIEES A L'AMIANTE OU AUX PRIONS, OU FAISANT SUITE A DES EXPERIENCES MEDICALES OU BIOMEDICALES,
- GARANTIS PAR UNE ASSURANCE DOMMAGES OU RESPONSABILITE CIVILE ET CEUX RELEVANT DU DEFAUT DE SOUSCRIPTION PAR VOUS D'UNE ASSURANCE OBLIGATOIRE.

QUE CE SOIT EN DEFENSE OU EN RECOURS, L'ASSUREUR NE PREND JAMAIS EN CHARGE :

- LES FRAIS ENGAGES SANS SON ACCORD PREALABLE, SAUF URGENCE CARACTERISEE NECESSITANT LA PRISE IMMEDIATE D'UNE MESURE CONSERVATOIRE,
- TOUTE SOMME DE TOUTE NATURE DUE A TITRE PRINCIPAL, LES AMENDES, LES CAUTIONS, LES CONSIGNATIONS PENALES, LES ASTREINTES, LES INTERETS ET PENALITES DE RETARD,
- LES FRAIS DE REDACTION D'ACTES ET DE CONTRATS,
- LES FRAIS DESTINES A PROUVER LA REALITE DE VOTRE PREJUDICE,
- LES FRAIS D'IDENTIFICATION OU DE RECHERCHE DE VOTRE ADVERSAIRE,
- LES DEPENS ET FRAIS DE JUSTICE EXPOSES PAR LA PARTIE ADVERSE QUE VOUS DEVEZ SUPPORTER PAR DECISION JUDICIAIRE,
- LES SOMMES AU PAIEMENT DESQUELLES VOUS ETES CONDAMNE AU TITRE DES ARTICLES 700 DU CODE DE PROCEDURE CIVILE, 375 ET 475-1 DU CODE DE PROCEDURE PENALE, L761-1 DU CODE DE JUSTICE ADMINISTRATIVE, AINSI QUE LEURS EQUIVALENTS DEVANT LES JURIDICTIONS ETRANGERES,
- LES SOMMES DONT VOUS ETES LEGALEMENT REDEVABLE AU TITRE DES EMOLUMENTS PROPORTIONNELS,
- LES HONORAIRES DE RESULTAT DE TOUT AUXILIAIRE DE JUSTICE.

ARTICLE 5 - L'ACCES AUX SERVICES DE L'ASSUREUR

Vous pouvez accéder aux services de l'Assureur selon les modalités suivantes :

- 04 65 38 80 20 (prix d'un appel local)
 - adep@cdfp.fr
 - CDFP ASSURANCES – 569 rue Félix Trombe – CS 60011 – 66028 PERPIGNAN cedex
- Pour déclarer votre Sinistre, Vous devez adresser par courrier, courriel ou tout moyen à votre convenance :
- la description de la nature et des circonstances de votre Litige avec la plus grande précision et sincérité,
 - les éléments établissant la réalité du préjudice que Vous alléguiez,
 - les coordonnées de votre adversaire,
 - et toutes les pièces et informations utiles à l'instruction de votre dossier telles qu'avis, lettres, convocations, actes d'huissier, assignations...

En cas de fausse déclaration intentionnelle de votre part sur la cause, les circonstances ou encore les conséquences du Litige, Vous pouvez être déchu de vos droits à garantie, voire encourir des sanctions pénales.

Vous devez déclarer votre Sinistre, sauf cas de force majeure, dans les deux (2) mois suivant le jour où Vous en avez eu connaissance. En cas de non-respect de ce délai, Vous encourez une Déchéance du droit à garantie ; néanmoins, l'Assureur ne Vous opposera pas de Déchéance pour déclaration tardive sauf s'il prouve que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice.

Dans votre propre intérêt, Vous devez éviter de prendre une initiative sans concertation préalable avec l'Assureur : si Vous prenez une mesure, de quelque nature qu'elle soit, mandatez un avocat ou tout autre auxiliaire de justice, expert ou spécialiste, avant d'en avoir avisé l'Assureur et obtenu son accord écrit, les frais exposés resteront à votre charge.

Néanmoins, si Vous justifiez d'une situation d'urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire, l'Assureur Vous remboursera, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires des intervenants que Vous avez mandatés, sans avoir obtenu son accord préalable.

ARTICLE 6 - LA VIE DU CONTRAT

L'APPLICATION DANS LE TEMPS

La durée de l'adhésion :

L'adhésion au Contrat prend effet à la date de prise d'effet du contrat santé conclu auprès de l'Intermédiaire, ou à la date de renouvellement pour les contrats santé en cours.

Par la suite, l'adhésion au Contrat suit le sort du contrat santé conclu auprès de l'Intermédiaire, auquel elle est annexée.

L'adhésion au Contrat prend fin en cas de :

- résiliation, pour quelle que cause que ce soit, du contrat santé conclu auprès de l'Intermédiaire,
- résiliation du Contrat, l'Intermédiaire s'engageant alors à Vous informer de la fin de la garantie.

La durée de la garantie : Sous réserve du paiement de la prime, la garantie du Contrat prend effet dès l'adhésion et est applicable pendant toute la durée de l'adhésion, sauf pendant les périodes de suspension du contrat santé conclu auprès de l'Intermédiaire. Elles sont dues sans délai de carence, pour tout Sinistre survenu entre la prise d'effet et l'expiration de votre adhésion à condition que Vous n'ayez pas eu connaissance du Fait Générateur avant l'adhésion.

La Prescription : La Prescription est l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un délai défini par la loi.

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L114-1 du Code des Assurances).

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance, ou en cas de Sinistre, que du jour où l'Assuré en a eu connaissance, s'il prouve qu'il l'a 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 ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

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 (article L114-2 du Code des Assurances) :

- de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé 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.

Les causes ordinaires d'interruption de la Prescription sont :

- la demande en justice,
- l'acte d'exécution forcée,
- la reconnaissance du droit par le débiteur.

Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de Prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

L'APPLICATION DANS L'ESPACE

La garantie du Contrat s'exerce conformément aux modalités prévues à l'article 2 en France ainsi qu'en Principautés d'Andorre et de Monaco.

Dans les autres pays du Monde, l'intervention de l'Assureur se limite au remboursement sur justificatifs des frais et honoraires de procédure dans la limite des montants contractuels garantis et du plafond spécifique applicable.

ARTICLE 7 - LA PROTECTION DE VOS INTERETS LE SECRET PROFESSIONNEL (ARTICLE L127-7 DU CODE DES ASSURANCES)

Les personnes qui ont à connaître des informations que Vous communiquez pour les besoins de votre cause, dans le cadre du Contrat, sont tenues au secret professionnel.

L'OBLIGATION A DESISTEMENT

Toute personne, chargée d'une prestation juridique, qui a un intérêt direct ou indirect à son objet, doit se désister.

L'EXAMEN DE VOS RECLAMATIONS

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel : une demande de service ou de prestation, d'information, de clarification ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation concernant le Contrat, sa distribution ou le traitement d'un Litige, peut être formulée soit auprès de votre interlocuteur habituel, soit auprès du Service Relation Client de l'Assureur :

- en remplissant le formulaire de réclamation sur le site Internet de l'Assureur à l'adresse suivante : <https://www.cfdp.fr/deposer-une-reclamation>,

- par courrier à : CFPD Assurances – Service Relation Client – Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnely – 69003 LYON,
- ou par mail à : relationclient@cfpd.fr.

A compter de la réception de la réclamation, l'Assureur s'engage à en accuser réception sous dix (10) jours ouvrables, et, en tout état de cause, à la traiter dans un délai maximum de deux (2) mois.

Si aucune solution n'a pu être trouvée dans le cadre de votre réclamation, Vous pouvez saisir gratuitement le Médiateur de la consommation :

- par courrier à : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 PARIS cedex 09,
- ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur>.

L'Assureur s'engage par avance à accepter la position qui sera prise par le Médiateur.

LE DESACCORD OU L'ARBITRAGE (ARTICLE L127-4 DU CODE DES ASSURANCES)

En cas de désaccord entre Vous et l'Assureur au sujet de mesures à prendre pour régler un Litige, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur ; toutefois, le Président du Tribunal judiciaire, statuant selon la procédure accélérée au fond, peut en décider autrement lorsque Vous mettez en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si Vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenu une solution plus favorable que celle qui Vous avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, l'Assureur Vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants contractuels garantis.

LE CONFLIT D'INTERETS (ARTICLE L127-5 DU CODE DES ASSURANCES)

En cas de conflit d'intérêts entre Vous et l'Assureur ou de désaccord quant au règlement du Litige, Vous bénéficiez du libre choix de l'avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, et de la possibilité de recourir à la procédure de désaccord et d'arbitrage.

LA PROTECTION DE VOS DONNEES

Aux termes du Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés modifiée, l'Assureur Vous garantit plus de contrôle et de transparence sur l'utilisation de vos données personnelles en Vous expliquant quelles données sont collectées, dans quelle finalité, mais également comment elles sont protégées et quels sont vos droits à leur égard.

Collecte et finalités d'utilisation de vos données personnelles : Les données à caractère personnel sont collectées directement par l'Assureur, ou indirectement pour son compte par l'Intermédiaire. Elles sont liées aux informations d'identification et de contact (nom, prénom, adresse postale, numéro d'identification unique, dates d'effet et de fin d'adhésion).

Les données collectées directement par l'Assureur en qualité de responsable de traitement sont des données strictement nécessaires :

- à l'exécution du Contrat et la gestion des Sinistres (situation familiale ; informations relatives à la formation et à l'emploi ; données de santé lorsque cela est nécessaire ; données relatives aux infractions, aux condamnations pénales et aux mesures de sûreté connexes lorsque cela est nécessaire),
- à l'utilisation éventuelle des services en ligne de l'Assureur (données d'identification et d'authentification, logs techniques, traces informatiques, informations sur la sécurité et l'utilisation du terminal, adresse IP).

Le traitement de ces données personnelles a pour principale finalité la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du Contrat. Les données collectées sont également susceptibles, en tout ou partie, d'être utilisées par les responsables de traitement :

- dans le cadre de contentieux éventuel (judiciaire ou arbitral),
- pour la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT),
- pour le traitement des réclamations clients,
- plus largement, afin de permettre aux responsables de traitement de se conformer à une réglementation applicable,
- ou encore afin d'améliorer, le cas échéant, le Contrat, d'évaluer son adéquation à vos besoins d'assurance, d'évaluer la qualité des produits ou services fournis (enquête qualité et de satisfaction).

Le responsable de traitement dans le cadre de l'adhésion au Contrat, de la gestion du Contrat et de la relation avec Vous est l'Intermédiaire.

Le responsable de traitement dans le cadre de l'exécution du Contrat et de la gestion des Sinistres est l'Assureur.

La base juridique du traitement de vos données est fondée :

- soit sur la gestion et l'exécution de votre adhésion au Contrat,
- soit sur le respect des obligations légales et réglementaires.

Pour les finalités indiquées précédemment, tout ou partie de ces données pourront être utilisées par différents services de l'Assureur et pourront le cas échéant être transmises aux parties intervenantes au Contrat telles que, notamment :

- l'Intermédiaire,
- les prestataires mandatés (experts, avocats, médecins, officiers ministériels...),
- les organismes professionnels,
- les organismes d'assurance des personnes impliquées,
- et les organismes et autorités publics.

Localisation de vos données personnelles :

Les données personnelles collectées par l'Assureur sont hébergées en Union Européenne. A ce jour, l'Assureur, en qualité de responsable de traitement, ne transfère aucune donnée personnelle en dehors de l'Union Européenne.

Si un tel transfert hors de l'Union Européenne des données personnelles collectées et traitées devait être réalisé, des garanties seraient alors prises pour l'encadrer juridiquement et assurer un bon niveau de protection de ces données.

Durée de conservation de vos données personnelles :

Ces données sont conservées durant une période maximale correspondant au temps nécessaire aux différentes opérations ci-dessus listées ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou encore par la loi (Prescriptions légales). Vos données personnelles ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire pour satisfaire ces finalités.

Droits à la protection :

Conformément à la loi sur la protection des données personnelles, Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, d'opposition et de suppression des données Vous concernant en adressant une demande :

- par courrier à : CFPD Assurances – Délégué à la Protection des Données – Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnely – 69003 LYON,
- ou par mail à : dpd@cfpd.fr.

Vous disposez également du droit à la limitation du traitement et du droit de demander le transfert de vos données (droit à la portabilité).

Pour exercer l'un quelconque de vos droits, Vous devez préciser vos nom, prénom et mail ; l'Assureur pourra toutefois être amené à Vous demander également de joindre une copie recto-verso d'un justificatif d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport).

Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à votre demande si le traitement des données est nécessaire à l'exécution du Contrat, au respect d'une obligation légale ou à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Le Délégué à la Protection des Données de l'Assureur traitera votre demande dans les meilleurs délais. En cas de désaccord persistant en lien avec la gestion de vos données personnelles, Vous avez la possibilité de saisir la CNIL :

- par téléphone au : 01 53 73 22 22,
- par courrier à : Commission Nationale Informatique et Libertés - 03 place de Fontenoy - 75007 PARIS,
- ou par Internet à l'adresse suivante : <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>.

Sécurité :

L'Assureur accorde la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité de vos données personnelles et s'engage à les traiter en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et organisationnel.

(Pour en savoir plus sur les traitements de vos données personnelles et sur l'exercice de vos droits sur ces données, Vous pouvez consulter la page « Politique de confidentialité » de l'Assureur par Internet à l'adresse suivante : <https://www.cfpd.fr/politique-de-confidentialite>)

L'OPPOSITION AU DEMARCHE

Conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si Vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel Vous n'avez pas de relation contractuelle préexistante, Vous pouvez Vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique :

- par courrier à : OPPOSETEL – Service Bloctel – 06 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES,
- ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

L'AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 04 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.

CONDITIONS GÉNÉRALES D'UTILISATION (CGU) DE LA TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE MUTUELLE BLEUE N°7204262

PRÉAMBULE

En qualité de Bénéficiaire du contrat frais de santé collectif et/ou individuel souscrit auprès de Mutuelle Bleue et distribué par 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 l'Opérateur.

ARTICLE 2 : MODALITÉS 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 35
Plateforme disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

ARTICLE 3 : DÉFINITIONS

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

- « AXA Assistance France » : 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.
- « 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 d'AXA Assistance.
- « Mutuelle Bleue » : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité située 68 rue du Rocher 75396 Paris Cedex 08 - SIREN n° 775 671 993.
- « Médecin » : Médecin généraliste.
- « Téléconsultation » : consultation médicale par téléphone.

ARTICLE 4 : CADRE JURIDIQUE DE LA TÉLÉCONSULTATION

Le service de Téléconsultation médicale est un service de télé-médecine organisé conformément au décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé-médecine par AXA Assistance dans le cadre d'un contrat conclu avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile 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 avec AXA Assistance, référencé N°7204262.

ARTICLE 5 : DESCRIPTION ET MODALITÉS 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 trois (3) types :

- Téléconsultation
- Information générale sur la santé
- Orientation

5.1 Téléconsultation

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.

Un(e) Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) réceptionnera son appel. Après l'avoir informé des modalités de fourniture du service de Téléconsultation 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.

A l'issue de la Téléconsultation, le Médecin d'AXA Assistance lui apportera une réponse médicale adaptée à sa situation pathologique. Cette réponse pourra être effectuée sous forme :

- De conseil au Bénéficiaire ;
- D'orientation vers son 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 16 et 25 ans,
 - un stomatologue,
- De prescription écrite médicamenteuse ;
- De prescription écrite d'examen complémentaires.

Le Médecin d'AXA Assistance est seul décisionnaire de la suite à donner à l'issue de la Téléconsultation. Dans le cas où l'Équipe Médicale d'AXA Assistance identifierait une urgence médicale, le Bénéficiaire sera réorienté immédiatement vers les services d'urgence.

Suite à la Téléconsultation et avec son autorisation, un compte-rendu de consultation pourra être adressé avec l'accord du Bénéficiaire 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 générale sur la santé
L'Équipe 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'Équipe 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'Équipe 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.

ARTICLE 6 : EXCLUSIONS

Sont exclus de la Téléconsultation :

- Les Téléconsultations lorsque l'Équipe Médicale d'AXA Assistance identifie une urgence médicale ;
- Les demandes de Téléconsultations avec un médecin autre qu'un médecin généraliste ;
- Les prescriptions pour un renouvellement de traitement dans le cas de pathologies chroniques ;
- Les prescriptions d'arrêt de travail ;
- Les certificats médicaux.

ARTICLE 7 : RESPONSABILITÉ

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 signifiées 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 : RÉCLAMATIONS ET DIFFÉRENDS

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 : LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément aux dispositions de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles (Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 et article 32 de la loi 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée notamment) et conformément à sa politique de protection des données personnelles telle que publiée sur son site Internet, AXA Assistance informe chaque Bénéficiaire en sa qualité de responsable de traitement que :

- Les réponses aux questions qui lui sont posées lors de son appel par l'Équipe Médicale, après obtention de son accord pour la collecte de ses données de santé, sont nécessaires au traitement de son dossier ;
- La finalité du traitement est la Téléconsultation ;
- Les destinataires des données le concernant sont les Médecins et les Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat d'AXA Assistance et avec l'accord du Bénéficiaire, le médecin traitant et l'hébergeur de données de santé agréé ;
- Les données de santé sont conservées pendant une durée de 20 ans sous réserve des délais particuliers prévus par la loi.

Il dispose, conformément à la réglementation en vigueur d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité et de suppression aux informations le concernant ainsi qu'un droit à limitation du traitement des informations. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel applicables après son décès.

Il peut s'adresser par courrier à :

Délégué à la protection des données

AXA Assistance
6, rue André Gide
92320 Châtillon

Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com

L'intégralité de la politique de confidentialité d'AXA Assistance est disponible sur le site : axa-assistance.fr ou sous format papier, sur demande aux coordonnées indiquées ci-dessus.

ARTICLE 10 : COORDONNÉES

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**.

31 agences proches de vous !



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



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



ADEP Guyane
1 place Victor Schoelcher
97300 CAYENNE
0594 25 00 25



ADEP Réunion
51 Ter rue Pasteur
97400 SAINT DENIS
0262 34 64 40



ADEP Mayotte
17 Place Mariage
97600 MAMOUDZOU
0269 60 24 88



ADEP Paris
3 Rue Beudant
75017 PARIS
0143 70 22 77

■ SANTÉ ■ OBSÈQUES ■ PRÉVOYANCE

PARTICULIERS & ENTREPRISES