



NOTICE D'INFORMATION

ADEP SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ Entreprise

CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCES MB/SANTÉ/GLOBAL n°03 À ADHÉSION FACULTATIVE
Souscrit par l'Association de Prévoyance Créole au profit de ses Adhérents

ADEP SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ Entreprise

Ce que vous devez savoir avant de vous engager

INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Le Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » est un contrat surcomplémentaire collectif à adhésion facultative, souscrit par l'Association de Prévoyance Créole (APC), assuré par Mutuelle Bleue, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé au 68 rue du Rocher – CS 60075 – 75396 Paris Cedex 08, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993, et présenté par l'intermédiaire d'ADEP, 11 Immeuble West Side – ZI Jary – rue Ferdinand Forest Prolongée – 97122 Baie Mahault, enregistrée au RCS de Pointe à Pitre sous le n° 480 434 281 et à l'Orias sous le n° 07035445 (www.oriass.fr).

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de Mutuelle Bleue et d'ADEP.

Le montant de la cotisation est fixé à la souscription et calculé en fonction de l'âge des Assurés, du lieu de résidence principale de l'Adhérent et du niveau de garanties souscrit.

La cotisation est payable d'avance.

L'Adhérent peut opter pour un paiement mensuel.

Les garanties prévues par le contrat sont des garanties surcomplémentaires frais de santé qui ont pour objet, en cas d'Accident, de Maladie ou de maternité, d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément ou supplément, dans la limite des frais réels, des remboursements effectués par les Régimes Obligatoires d'assurance maladie maternité et par Mutuelle Bleue au titre du Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE ».

Le Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » comprend également une garantie d'assistance assurée par FRAGONARD assurance par l'intermédiaire de MONDIAL ASSISTANCE, une garantie de protection juridique santé assurée par l'Assureur CDFP et une prestation de téléconsultation médicale assurée par Mutuelle Bleue en partenariat avec AXA ASSISTANCE FRANCE.

Le Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » prévoit également des garanties prévoyance « Indemnité Funéraire », « Capital Cancer », « Capital Equipement Dépendance/Handicap », « Indemnité Journalière Hospitalière Familiale ».

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.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent 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 informée que son Adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'Adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, si cette dernière date est postérieure à celle où le Contrat est conclu. Pour cela, il lui suffit d'adresser à ADEP, 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BEZIERS cedex, une Lettre Recommandée avec Avis de Réception, rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme)(nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » que j'avais souscrit le J'atteste n'avoir connaissance, à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis la date de conclusion du contrat. Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée. Fait à, le Signature »

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

En cas de réclamation, l'Assuré 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'Assuré ou le Bénéficiaire n'a pas saisi les tribunaux, il aura toujours la faculté de faire appel au Médiateur de la consommation de la Mutualité Française, dont les coordonnées sont les suivantes :

• Courrier : Fédération Nationale de la Mutualité Française, Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française 255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS CEDEX 15

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

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

SOMMAIRE

TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES	1
1) DÉFINITIONS	1
2) GARANTIES PROPOSÉES	2
3) OBJET DU CONTRAT	2
4) NATURE DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES FRAIS DE SANTÉ	3
5) CONDITIONS D'ADHÉSION	3
6) DATE D'EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION	3
7) DROIT DE RENONCIATION	3
8) RÉSILIATION DES GARANTIES	4
8.1. Forme de la résiliation	4
8.2. Résiliation exceptionnelle	4
9) EFFET DE LA RÉSILIATION	4
TITRE II – COTISATIONS	4
10) MONTANT DES COTISATIONS	4
11) ÉVOLUTION DES COTISATIONS	4
12) PAIEMENT DES COTISATIONS	4
13) DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	5
TITRE III – LES GARANTIES	5
14) GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	5
14.1. Dispositions générales	5
14.1.1. La prise en charge des dépenses de santé	5
14.1.2. Pour les garanties qui sont visées par le cahier des charges des contrats responsables	5
14.1.3. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins	5
14.1.4. La prise en charge des prestations Optique	5
14.1.5. La prestation « Lentille »	6
14.1.6. La prise en charge des prestations dentaires	6
14.1.7. La prise en charge des prestations d'Aides auditives	7
14.1.8. Précisions concernant l'hospitalisation	7
14.1.9. Précisions concernant les paramédicaux	7
14.1.10. La prise en charge de la prévention	7
14.2. Prestations afférentes à la garantie Frais de santé	7
14.3. Suspension des garanties	7
14.4. Changement et modification des garanties	7
14.5. Cessation des garanties « Frais de santé »	8
14.6. Principe indemnitaire	8
14.7. Carte de tiers payant	8
15) GARANTIE «INDEMNITÉ FUNÉRAIRE»	8
16) GARANTIE « CAPITAL CANCER »	8
17) LA GARANTIE « PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ »	9
18) LA GARANTIE « ADEP ASSISTANCE SANTÉ »	9
19) LA GARANTIE « CAPITAL ÉQUIPEMENT DÉPENDANCE/ HANDICAP »	9
20) LA GARANTIE «INDEMNITÉ JOURNALIÈRE HOSPITALIÈRE FAMILIALE »	9
TITRE IV – LES RISQUES ASSURÉS ET LES RISQUES EX- CLUS	9
21) POUR LA GARANTIE « FRAIS DE SANTÉ »	9
22) POUR LA GARANTIE « INDEMNITÉ FUNÉRAIRE »	10
23) POUR LA GARANTIE « CAPITAL CANCER »	10
24) POUR LA GARANTIE « PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ »	10
25) POUR LA GARANTIE « ADEP ASSISTANCE SANTÉ »	10
26) POUR LA GARANTIE « CAPITAL ÉQUIPEMENT DÉPENDANCE/HANDICAP »	10
27) POUR LA GARANTIE « INDEMNITÉ JOURNALIÈRE HOSPITALIÈRE FAMILIALE »	10
TITRE V – LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	10
28) POUR LA GARANTIE « FRAIS DE SANTÉ »	10
28.1. Formalités à accomplir	10
28.2. Paiement des prestations	11
28.3. Subrogation	11
29) POUR LA GARANTIE « INDEMNITÉ FUNÉRAIRE »	11
29.1. Formalités à accomplir	11
29.2. Paiement des prestations	12
30) POUR LA GARANTIE « CAPITAL CANCER »	12
30.1. Formalités à accomplir	12
30.2. Paiement des prestations	12
31) POUR LA GARANTIE « PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ »	12
32) POUR LA GARANTIE « ADEP ASSISTANCE SANTÉ »	12
33) POUR LA GARANTIE « ADEP CAPITAL EQUIPEMENT DÉPENDANCE/HANDICAP »	12
33.1. Formalités à accomplir	13
33.2. Paiement des prestations	13
34) POUR LA GARANTIE « INDEMNITÉ JOURNALIÈRE HOSPITALIÈRE FAMILIALE »	13
34.1. Formalités à accomplir	13
34.2. Paiement des prestations	13
TITRE VI – AUTRES DISPOSITIONS.	13
35) OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR	13
36) CONTRÔLE MÉDICAL ET ARBITRAGE	13
36.1. Contrôle médical	13
36.2. Arbitrage	14
37) PRESCRIPTIONS	14
37.1 Définition de la prescription	14
37.2 Modalité de la prescription	14
37.3 Interruption de la prescription	14
37.4 Suspension de la prescription	14
38) RÉCLAMATION	14
39) ENGAGEMENTS DE L'ADHERENT(E)	15
40) SANCTIONS	15
41) LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	15
42) PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES	15
43) DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE	15
44) LOI APPLICABLE	16
45) TERRITORIALITÉ	16
46) AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE	16
GARANTIES ANNEXES :	
ANNEXE 1 - PROTECTION JURIDIQUE ADEP SANTÉ	17-21
ANNEXE 2 - ADEP ASSISTANCE SANTÉ	22
ANNEXE 3 - TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE	23-24

TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1. DÉFINITIONS

Accident :

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

Adhérent(e) :

Personne physique adhérant au Contrat dont le nom figure au Certificat d'Adhésion et qui s'engage à payer les cotisations.

Ayants droit :

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

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

Assuré(e) :

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

Base de remboursement (B.R) :

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

Bénéficiaire :

Toute(s) personne(s) physique(s) ou morale désignée(s) par l'Assuré 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 :

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

Délai de franchise :

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

Diagnostic :

Résultat d'un examen effectué par un anatomopathologiste.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) :

Terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant choisi l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO).

L'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépasement 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 « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » l'hospitalisation à domicile, la rééducation fonctionnelle, les séjours effectués dans des établissements classés comme maisons de repos, centres ou maisons de convalescence, établissements thermaux, hospices et maisons de retraite.

Maladie :

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

Maternité :

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

Nomenclature des actes :

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

Parcours de soins coordonnés : Établi et coordonné par le médecin traitant désigné par l'Assuré(e), son respect influe sur le taux de remboursement du Régime obligatoire.³

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) :

Régime d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel est affilié(e) l'Assuré(e).

Sécurité sociale :

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

Télétransmission :

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

Ticket Modérateur :

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.

ARTICLE 2. GARANTIES PROPOSÉES

Le Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » comprend au maximum cinq (5) niveaux de garantie en fonction de la formule sociale sélectionnée par l'employeur :

- Confort
- Équilibre
- Bien-être

- Optimum
- Excellence

L'attention de l'Adhérent est attirée sur le fait que le niveau des garanties choisi au titre du Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » doit être supérieur à celui du Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE ».

ARTICLE 3. OBJET DU CONTRAT

Le Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » est une surcomplémentaire santé venant en complément du Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE ».

Il prend en charge, au titre de la garantie « Frais de soins », tout ou partie des frais restant à la charge de l'Assuré après l'intervention de son organisme d'assurance maladie obligatoire et des remboursements opérés au titre du Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE », dans la limite des frais réels, et couvre obligatoirement l'ensemble des personnes garanties par l'intermédiaire de celle-ci.

Le Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » prévoit également, en fonction du niveau de garanties dont bénéficie l'Assuré au titre du Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE », des garanties supplémentaires et, le cas échéant, une garantie optionnelle.

Ainsi, l'adhésion au Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » permet à l'Adhérent(e), et/ou 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 ») ;
- 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, remises à l'Adhérent(e) lors de la souscription.
- 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, remises à l'Adhérent(e) lors de la souscription.
- D'une garantie **CAPITAL ÉQUIPEMENT DÉPENDANCE HANDICAP**, visant à verser à l'Assuré 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 **INDEMNITÉ JOURNALIÈRE HOSPITALIÈRE FAMILIALE** consistant à verser des indemnités journalières en cas d'Hospitalisation de l'Adhérent ou de ses Ayants droit. Cette garantie est plus précisément définie à l'article 20 de la présente Notice.
- D'un service de **TELECONSULTATION MÉDICALE** assuré

par la Mutuelle et dont AXA ASSISTANCE FRANCE en est le prestataire, uniquement si l'Assuré ne bénéficie pas de cette garantie au titre de son Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE ».

Les Conditions générales d'utilisation de ce service figurent en annexe de la présente Notice d'information.

ARTICLE 4. NATURE DES GARANTIES COMPLÉMENTAIRES FRAIS DE SANTÉ

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

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

L'attention des Assurés est attirée sur le fait que les prestations « Frais de soins » garanties par le présent Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » sont versées déduction faite des remboursements opérés au titre des garanties du Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE », et dans la limite des frais facturés.

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

En cas de désaccord de la part d'un(e) 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.

ARTICLE 5. CONDITIONS D'ADHÉSION

La personne désireuse d'adhérer au Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » doit être membre de l'Association de Prévoyance Créole. Elle doit également être assujettie à un Régime obligatoire de sécurité sociale français en qualité d'assuré(e) social(e), et bénéficier des garanties au titre du contrat frais de santé complémentaire « ADEP SANTE ENTREPRISE ».

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 assureurs d'évaluer leur engagement et de percevoir la cotisation adaptée.

La personne souscriptrice du Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » acquiert alors la qualité d'adhérent(e) à la Mutuelle et pourra affilier, le cas échéant, ses Ayants droit. Ces derniers deviennent alors 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. Il est obligatoire que le niveau des garanties choisi au titre du Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » soit supérieur à celui choisi dans le cadre du Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE ».

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.

ARTICLE 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) débute au plus tôt au 1er du mois qui suit la réception de la demande par ADEP ou, pour le bénéfice de certaines garanties, le cas échéant, après expiration d'un Délai d'attente (article 14.1.2).

ARTICLE 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 « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » est conclu.

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

Si l'Adhérent(e) décide de renoncer à l'adhésion au Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise », 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 Cornéilhac - CS 80618 - 34535 BÉZIERS Cedex, tous les documents qui lui ont été remis ainsi qu'une lettre de renonciation pouvant être rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme).....
(nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » que j'ai souscrit le J'atteste n'avoir connaissance, à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat depuis la date de conclusion du contrat. Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription,

dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.

Fait à, le

Signature »

L'Adhérent(e) doit veiller à indiquer des références de son adhésion dans cette lettre. L'exercice de la faculté de renonciation entraîne de plein droit la nullité de l'adhésion au Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » 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.

ARTICLE 8. RÉSILIATION DES GARANTIES

8.1. Forme de la résiliation

L'Adhérent(e) peut mettre un terme à son contrat en faisant une demande de résiliation adressée à ADEP par Lettre Recommandée Avec Avis De Réception au moins deux (2) mois avant la Date anniversaire de l'adhésion.

La résiliation prendra effet à la fin de la période annuelle et ne dispense pas l'Adhérent du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de la période.

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

L'Adhérent(e) est informé(e) de son droit à dénonciation de son adhésion sur son certificat d'adhésion et son avis d'échéance des cotisations.

8.2. Résiliation exceptionnelle

En cas de modification de ses droits et obligations, conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, l'Adhérent 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.

ARTICLE 9. EFFET DE LA RÉSILIATION

La résiliation du Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » entraîne la fin de l'adhésion à l'option éventuellement souscrite.

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

À compter de sa date de 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

ARTICLE 10. MONTANT DES COTISATIONS

Le bénéfice des garanties surcomplémentaire est subordonné au paiement d'une cotisation annuelle, fixée forfaitairement par référence :

- Au niveau des garanties souscrites ;
 - Au lieu de résidence principale de l'Adhérent ;
 - A l'âge, établi par tranches annuelles, de chacun des Assurés ;
- La cotisation évolue selon les tranches d'âge suivantes :

- Une tranche de tarifs de 0 à moins de 18 ans ;
- Une tranche de tarifs de 18 à moins de 35 ans ;
- Une tranche de tarifs de 35 à 45 ans ;
- Une tranche de tarifs de plus de 45 ans ;

L'âge de chacun des Assurés est calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

ARTICLE 11. ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations sont révisables chaque année à effet du 1er janvier compte tenu notamment de la variation constatée et prévue du volume du coût des soins ou services et notamment à partir des éléments suivants :

- De l'âge de chacun des Assurés, établi par tranches déterminées à l'article 10 des présentes ;
- Du changement de domicile de l'Adhérent impactant la tarification ;
- De l'évolution des résultats techniques du présent Contrat.

Les nouveaux montants de cotisations sont communiqués aux Adhérents dans les formes habituelles et payables pour l'année suivante selon les modalités de paiement indiquées sur la Demande d'adhésion.

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

ARTICLE 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.

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.

ARTICLE 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 recommandée 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

ARTICLE 14. GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

14.1. Dispositions générales

L'attention des Adhérents est attirée sur le fait que les prestations de la garantie « Frais de soins » du présent Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » sont versées déduction faite des remboursements opérés par le Régime obligatoire et au titre des garanties du Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE », et dans la limite des frais facturés, conformément aux dispositions de l'article 14.6 des présentes.

La garantie Frais de Santé est assurée par la Mutuelle.

Le Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise » propose des garanties décrites dans les tableaux de garanties annexés à la présente Notice d'information.

Au sens du Contrat « ADEP Surcomplémentaire Santé Entreprise », 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 (celle-ci) ;

- aux dates de prescription, de facturation, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime obligatoire mais figurant dans la formule de garanties choisie par l'Adhérent(e).

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 ou l'Avenant d'adhésion.

• **Pour les garanties « Frais de Santé », les garanties des différentes formules 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 : trois (3) mois.

• **Pour la garantie « Indemnité funéraire » : 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-cinq (65) 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, déduction faite de la prise en charge opérée par Mutuelle Bleue au titre du Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE ».

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, et la prise en charge par le Régime Obligatoire.

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. Le remboursement de ces équipements est effectué dans le cadre du contrat « ADEP SANTE ENTREPRISE », afin qu'aucun reste à charge ne soit 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 dioptries ;
- 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

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

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

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

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

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

Par dérogation, pour l'acquisition de verres correcteurs, aucun délai de renouvellement minimal n'est applicable :

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

Il est à noter que l'âge de l'Assuré correspond à l'âge atteint au 1er janvier de l'année considérée.

14.1.5. La prestation « Lentilles » est prise en charge dans la limite d'un forfait annuel incluant, le cas échéant, la participation du Régime obligatoire, le Ticket Modérateur et les remboursements déjà opérés au titre du Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE ».

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. Le remboursement de ces aides auditives est effectué dans le cadre du contrat « ADEP SANTE ENTREPRISE », afin qu'aucun reste à charge ne soit supporté par l'Assuré.

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

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

C'est pourquoi un éventuel reste à charge sera supporté par l'Assuré. Il est à noter que ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le Ticket Modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

Conditions de prise en charge et de renouvellement

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

Ce délai de renouvellement court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

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 obstétriques 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, 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) et des remboursements déjà opérés au titre du Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE ».

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. Les changements ou modifications de garanties ne peuvent être effectués que par la signature d'une nouvelle Demande d'adhésion. La souscription d'une option se fera également par la signature d'une nouvelle Demande d'adhésion.

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

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

garantie ne pourra intervenir qu'une (1) fois par année civile.

14.5. Cessation des garanties « Frais de santé »

Les garanties assurées par la Mutuelle prennent fin :

- **En cas de perte par l'Adhérent du bénéficiaire des garanties prévues par le Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE » ;**
- **En cas de décès de l'Adhérent(e). Dans ce cas, les garanties prennent fin à l'égard des Ayants droit de l'Adhérent(e) ;**
- **En cas de résiliation dans les conditions exposées à l'article 8 de la présente Notice d'information ;**
- **En cas de non-paiement de la cotisation (article 13 de la présente Notice d'information) ;**
- **En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à la Mutuelle, conformément à l'article L. 211-9 du Code de la mutualité.**

Les garanties cessent également à l'égard des Ayants droit à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité d'Assuré(e).

14.6. Principe indemnitaire

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite Loi Evin, l'Adhérent(e) ne peut pas percevoir pour lui-même (elle-même) ou pour ses Ayants droit, un remboursement supérieur à celui des frais réellement engagés, tels qu'ils figurent sur le bordereau ou la feuille de soin de la Sécurité sociale et, le cas échéant, les factures des professionnels de santé lorsque les frais engagés ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire.

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 puce 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(s) de ce contrat bénéficient du mécanisme de Tiers Payant, au moins à hauteur du tarif de responsabilité des garanties concernées, dans les conditions énoncées à l'article 83 de la Loi de modernisation de notre système de santé.

L'usage de la carte de Tiers Payant n'est autorisé que si l'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.

ARTICLE 15. GARANTIE « INDEMNITÉ FUNÉRAIRE »

L'Assuré ne bénéficie de cette garantie que dans l'hypothèse où il n'en bénéficie pas d'ores et déjà par le biais de son Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE ».

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) avant l'âge de soixante-cinq (65) ans.

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.

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

ARTICLE 16. GARANTIE « CAPITAL CANCER »

L'Assuré ne bénéficie de cette garantie que dans l'hypothèse où il n'en bénéficie pas d'ores et déjà par le biais de son Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE ».

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) anniversaire de

l'Assuré(e).

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

ARTICLE 17. LA GARANTIE « PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ »

L'Assuré ne bénéficie de cette garantie que dans l'hypothèse où il n'en bénéficie pas d'ores et déjà par le biais de son Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE ».

Cette garantie est assurée par l'Assureur CFDP 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(es) 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 1).

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.

ARTICLE 18. LA GARANTIE « ADEP ASSISTANCE SANTÉ »

L'Assuré ne bénéficie de cette garantie que dans l'hypothèse où il n'en bénéficie pas d'ores et déjà par le biais de son Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE ».

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. Une Notice d'information spécifique à cette garantie figure en annexe 2 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.

ARTICLE 19. LA GARANTIE « CAPITAL ÉQUIPEMENT DÉPENDANCE/HANDICAP »

L'Assuré ne bénéficie de cette garantie que dans l'hypothèse où il n'en bénéficie pas d'ores et déjà par le biais de son Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE ».

Cette garantie est assurée par la Mutuelle. Elle a pour objet de permettre aux Assurés(es), tout au long de la vie du Contrat, de bénéficier du versement d'un capital de 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 Équipement 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 3e catégorie d'invalidité (pour les assurés sociaux) ou la reconnaissance, par le médecin conseil 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 (80ème) anniversaire de l'Assuré(e).

ARTICLE 20. LA GARANTIE « INDEMNITÉ JOURNALIÈRE HOSPITALIÈRE FAMILIALE »

L'Assuré ne bénéficie de cette garantie que dans l'hypothèse où il n'en bénéficie pas d'ores et déjà par le biais de son Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE ».

Cette garantie est assurée par la Mutuelle. 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 3ème jour consécutif d'Hospitalisation (franchise de deux (2) jours). Si l'Hospitalisation résulte d'un Accident, l'indemnisation débute au 1er 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 en toute hypothèse, au plus tard le 31 décembre de l'année du soixante-cinquième (65ème) anniversaire de l'Assuré(e).

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

TITRE IV – LES RISQUES ASSURÉS ET LES RISQUES EXCLUS

ARTICLE 21. POUR LA 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.

ARTICLE 22. POUR LA GARANTIE « INDEMNITÉ FUNÉRAIRE »

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.

ARTICLE 23. POUR LA 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 Adhérents 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.

ARTICLE 24. POUR LA GARANTIE « PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ »

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

ARTICLE 25. POUR LA GARANTIE « ADEP ASSISTANCE SANTÉ »

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

ARTICLE 26. POUR LA 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 1er 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 à compter du 1er juillet 2014.

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 de l'Assuré,
- 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).

ARTICLE 27. POUR LA 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 thermique, 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 V – LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 28. POUR LA GARANTIE « FRAIS DE SANTÉ »

28.1. Formalités à accomplir

Les remboursements de frais de santé sont effectués par ADEP au vu des documents transmis par le Régime obligatoire et/ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la Télétransmission.

Lorsque l'Assuré(e) ne bénéficie pas de la Télétransmission avec sa Caisse d'Assurance Maladie, ou qu'ADEP n'a pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, le règlement des prestations s'effectue par chèque ou virement bancaire sur le compte de l'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 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 Corneilhan – 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.

La Mutuelle, par le biais d'ADEP, se réserve le droit de demander toute pièce justificative utile au remboursement de prestations (facture originale, prescription médicale, feuillet de remboursement de prestations spécifiques...) ou de soumettre à un contrôle médical effectué par son médecin-conseil, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout Assuré qui formule une demande de prestations au titre de la présente Notice. **En cas de refus de l'Assuré de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part d'ADEP.**

28.2. Paiement des prestations

ADEP effectue le remboursement de dépenses acquittées par l'Assuré(e), par un règlement établi à l'ordre de l'Adhérent(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, et après le remboursement versé au titre du Contrat Complémentaire « ADEP SANTÉ ENTREPRISE ».

L'Adhérent(e) doit en conséquence être à jour de ses cotisations à la date des soins dont le remboursement ou la prise en charge est demandé(e).

28.3. Subrogation

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

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

ARTICLE 29. POUR LA GARANTIE « INDEMNITÉ FUNÉRAIRE »

29.1. 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'originale 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

BÉZIERS 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.

29.2. 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 juridiquement 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.

ARTICLE 30. POUR LA GARANTIE « CAPITAL CANCER »

30.1. 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.

30.2. 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.

ARTICLE 31. POUR LA GARANTIE « PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ »

En cas de litige, l'Assuré(e) adresse un courrier à ADEP. Sa demande sera transmise à CFDP 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 1 de la présente Notice d'information.

ARTICLE 32. POUR LA 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 36 72 08
- depuis la FRANCE métropolitaine au 01 40 25 51 16.

Pour obtenir de l'information ou de l'assistance dans le cadre des dispositions prévues à la Notice d'information figurant en annexe 2.

Le demandeur indiquera le nom et le numéro du contrat souscrit, le nom et prénom de l'Assuré, l'adresse exacte de l'Assuré, le numéro de téléphone où l'Assuré peut être joint et le numéro de protocole ADEP : 920991.

ARTICLE 33. POUR LA GARANTIE « ADEP CAPITAL ÉQUIPEMENT DÉPENDANCE/ HANDICAP »

33.1. 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 :

- 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)),
- justificatif du classement en invalidité 3e catégorie Sécurité sociale établi par le Médecin Conseil de l'organisme d'Assurance Maladie dont dépend l'Assuré(e),
- ou la notification définitive de l'attribution de la carte d'invalidité par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avec un minimum de

80 % d'invalidité reconnue,

- 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 notifie 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).

33.2. 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.

ARTICLE 34. POUR LA GARANTIE « INDEMNITÉ JOURNALIÈRE HOSPITALIÈRE FAMILIALE »

34.1. 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.

34.2. 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.

TITRE VI – AUTRES DISPOSITIONS

ARTICLE 35. OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, l'Association ou son courtier est tenue :

- de remettre aux Adhérents(es) les statuts de la Mutuelle, le document d'information normalisé 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.

ARTICLE 36. CONTRÔLE MÉDICAL ET ARBITRAGE

36.1. 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 demandées 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.

36.2. Arbitrage

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

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

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

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3ème médecin et des frais de sa nomination. Les conclusions du tiers expert s'imposent aux parties et mettent un terme à la procédure d'arbitrage.

En tout état de cause, l'Assuré(e) et la Mutuelle, par

l'intermédiaire de l'ADEP, conservent la faculté d'exercer un recours en justice.

ARTICLE 37. PRESCRIPTION

37.1 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

37.2 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, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du membre participant.

37.3 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).

37.4 Suspension de la prescription

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

ARTICLE 38. RÉCLAMATION

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

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

- En cas de difficultés persistantes par :

- **Courrier : ADEP Service Réclamation 574 Route de 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'Assuré(e) ou le Bénéficiaire n'a pas saisi les tribunaux, il aura toujours la faculté de faire appel au Médiateur de la consommation de la Mutualité Française avec les coordonnées suivantes :

- Courrier :

Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF)

Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française

255 rue de Vaugirard

75719 PARIS CEDEX 15

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

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

ARTICLE 39. ENGAGEMENTS DE L'ADHERENT(E)

L'Adhérent(e) s'engage, en cours d'adhésion, à déclarer à ADEP tout changement dans sa situation personnelle ou celle de ses Ayants droit pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et 10 les prestations assurées par la Mutuelle.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la garantie

accordée dans les conditions prévues par l'article 41 ci-après. L'Adhèrent informera ADEP, lors de la souscription de son adhésion, de l'existence de garanties complémentaire maladie souscrites auprès d'une autre entreprise d'assurance.

ARTICLE 40. SANCTIONS

La Mutuelle, par le biais d'ADEP, se réserve le droit d'exclure tout Assuré 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 l'Assuré, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, l'Assuré peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 41. 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.

ARTICLE 42. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les informations recueillies dans le cadre de l'adhésion au Contrat d'assurance font l'objet d'un traitement informatique ou manuel et sont utilisées par la Mutuelle et ADEP pour la gestion de leur relation avec l'Adhèrent et ses Ayants droit et l'exécution du contrat. Toutes ces informations sont

nécessaires au traitement du Contrat d'assurance dès lors qu'elles ne sont pas indiquées expressément comme facultatives. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier.

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

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

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

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

L'Adhèrent et ses Ayants droit peuvent exercer leurs droits en s'adressant à : DPO (ANAXIL) ADEP, 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BÉZIERS sur 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.

ARTICLE 43. DROIT D'OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, l'Adhèrent(e) est informé(e) qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit :

- 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 : bloctel.gouv.fr.

Cette inscription permet à l'Adhèrent(e) de ne pas être sollicité(e) par démarchage téléphonique. En, tout état de

cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas à ADEP ou à la Mutuelle de joindre téléphoniquement l'Adhérent(e) en cas de relations contractuelles existantes.

ARTICLE 44. LOI APPLICABLE

La loi applicable aux présentes dispositions sera déterminée conformément à l'article L. 225-2 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 45. TERRITORIALITÉ

Les garanties s'exercent en France métropolitaine et dans les DROM-COM. En outre, elles s'appliquent à l'étranger sous condition d'intervention du régime d'assurance maladie obligatoire français de l'Assuré sous réserve des dispositions visées à l'article 14.3 de la présente Notice. Le règlement des prestations est effectué en euros.

ARTICLE 46. AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

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

ARTICLE 1**L'OBJET DU CONTRAT**

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

- repéré par **ADEP**, cabinet de courtage, Société par Actions Simplifiée au capital de 22.888 €, ayant son siège social rue Ferdinand Furet – 97122 BAME MAHAULT, et son siège administratif au 374 route de Dornagan – CS80618 – 34543 BEZIERS, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de POINT A PITRE sous le numéro 400 434 283, et auprès de l'Ordnance pour le Registre des Intermédiaires en Assurances (ORIAS) sous le numéro 87 803 443 (ci-après « **après FIBEREDUCATION** »).

- auprès de **CFDP ASSURANCES**, entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.692.248 €, ayant son siège social Immeuble Europe – 62 rue de Banel – 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 508 306 136 (ci-après « **ASSUREUR** »).

- par accord en date n° **00304**,

- pour le compte des Bénéficiaires définis ci-dessous.

Le Contrat consiste à « prendre en charge des frais de procédure ou à fournir des services consistant de la couverture d'assurances, en cas de litige ou de litige opposant l'Assuré à son tiers, au vu notamment de litiges ou oppositions au moment où l'Assuré doit une prestation civile, pénale, administrative ou sociale au contrat sans reconnaissance de la part de l'Assuré ou d'obtenir réparation si l'Assuré a été 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'événement 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'acte, la garantie n'est pas due.

LES DEFINITIONS :

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

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

LE FAIT GÉNÉRATEUR : Événement au fait connu de l'Assuré, et susceptible de faire naître au préjudice ou de constituer une atteinte à un droit, que l'Assuré subit au cours à un Tiers, préalablement au commencement à toute réclamation.

En matière pénale, le Fait Générateur est la prise de conscience qu'un événement ou un fait subi ou connu 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 au d'un Tiers, ou l'absence de réponse à cette réclamation dans un délai raisonnable au regardant.

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

LE CARACTÈRE ALÉATOIRE : L'incertitude de la survenance d'un événement.

LA DÉCHÉANCE DU DROIT A GARANTIE : La perte de droit à bénéficier des garanties du Contrat en raison du non-respect des conditions de mise en œuvre de la garantie ou des obligations nées 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 textes à déléguer contractuelle, ils seront complétés avec une conjonction dans les prochaines.

ARTICLE 2**LES SERVICES DE L'ASSUREUR****L'ASSISTANCE TÉLÉPHONIQUE**

Au moment où Vous êtes délégué, l'Assureur s'engage à Vous écouter et Vous fournir par téléphone des renseignements juridiques relatifs au droit français et actuels à la garantie de protection juridique décrite ci-dessus.

Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

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

UN ACCÈS SUR BÉNÉFICIAIRES AU PLUS PROCHE DE VOUS

Sur simple demande, Vous pouvez consulter des juristes dans le département le plus proche parmi les trente (30) implantations réparties sur tout le territoire.

Il Vous suffit de contacter votre interlocuteur habituel afin de déterminer avec lui une date et un horaire qui permettent une rencontre dans les meilleurs délais.

LA GESTIION AMIABLE DE VOS LITIGES

A la suite d'une déclaration de Sinistre formulé 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 à 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 prévus, les frais et honoraires d'experts et de spécialistes, voire ceux de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendeur dans les mêmes conflits,
- Vous proposer avec 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 démarches sont traitées dans un délai maximum de trois (3) jours ouvrés.

La gestion amiable d'un Litige est réalisée dans un délai de :

- six (6) mois à compter de la date de la première intervention des services de l'Assureur,
- au 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.

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

LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE PROCÉDURE JUDICIAIRE

Lorsque toute tentative de résolution amiable de votre Litige a échoué, il Vous appartient de décider de porter votre Litige devant le 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 représentez ou servi 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

démarrer à l'Assureur, par écrit, de Vous transmettre 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 d'offices relatives aux juridictions saisies.

LE SUJVIUSQU'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 décaissement.

L'intervention de l'Assureur cesse :

- en cas d'insolvabilité native 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

ENHÊME APPLICABLE AUX HONORAIRES D'AVOCAT & D'EXPERT	En € TTC
PHASE AMIABLE	
<i>Démarches amiables</i>	
Intervention amiable	310
Protocole de transaction	340
<i>Consultative & expertise</i>	
Consultation de spécialiste	300
Expertise amiable contradictoire	1 120 ⁰
MAJORS (Montes Amiables de Conciliation des Différends)	
Cauci d'interneur de justice (assistance)	300
Médiation de la conciliation	
Médiation consensuelle	
Médiation judiciaire	300
Arbitrage	
Procédure participative	
PHASE JUDICIAIRE	
<i>Assistance</i>	
Assistance préalable à procédure pénale	
Assistance à une instruction	300
Expertise judiciaire: assistance et aïves (partit)	
<i>Commissions ou juridictions de première instance</i>	
Démarche au Parquet (partit)	130
Saisine du SAJRI (partit)	
Commissions aïveses (y compris CIV)	300
Caucil de Famille	
Ordonnance sur requête (partit)	430
Béfé	670
Béfé heure à heure	040
Tribunal de Police	300 ⁰
Tribunal Correctionnel	300 ⁰
Tribunal / Chambre de proximité	040 ⁰
Tribunal Judiciaire	
Tribunal Administratif	1 120 ⁰
<i>Autres juridictions du 1er degré</i>	
Caucil de PratiProaires :	
- Béfé, Phase de conciliation, Déportage	300 ⁰
- Phase de Jugement, y compris sanctions de mise en état	040 ⁰
Incidents d'instance et demandes incidentes	670
Cours ou juridictions de recours	

Cours ou Juridiction d'Appel	1 120 ⁰
Recours devant le 1 ^{er} Président de la Cour d'Appel	340
Cours de Cassation	
Caucil d'Etat	2 100 ⁰
Cours d'Assises	
Autres juridictions	
Juridictions européennes (CJUE, CJEU)	1 120 ⁰
Juridictions européennes au maximum	
Juge de l'Environnement	670
Juge de l'Expatriation	
PLAFONDS, FRANCHISE & SELB	
<i>D'INTERVENIR</i>	
Plafond de prise en charge par Sinistre (France, Autaire, Albanie) :	25 000
Mont plafond pour sinistres multiples :	500
expatriation judiciaire :	5 000
Plafond de prise en charge par Sinistre (Sans France, Autaire, Albanie) :	2 000
Seuil d'intervention :	0
Franchise :	0
Les montants ci-dessus comprennent les frais honoraires 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'assurés.	
Les honoraires sont réglés une fois la prestation effectuée et le remboursement sera effectué au plus tard six (6) jours après réception de la facture acquittée ; il toutes taxes comprises.	
Les montants sont cumulables et représentent le maximum des engagements par intervenant ou par juridiction (montants indiqués par un « entre parenthèses ») même en cas de recours d'instance.	
Les indemnités qui pourraient Vous être allouées au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-0 du Code de Procédure Pénale, L961-1 du Code de Justice Administrative, ou tous équivalents devant les juridictions étrangères, ainsi que les dépens et autres frais de procédure Vous bénéficieront par priorité pour les dépenses strictement justifiées relatives 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 À 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 ».

LE RECLAMER EN CAS DE CONSUMMATION 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 REMPLACEMENT ANNULS POUR LES LITIGES :

- NE RELIEVANT PAS DE VOTRE VIE PRIVEE, ET PLUS GÉNÉRALEMENT QUI NE RELÈVENT PAS DE LA GARANTIE ÉPARGNEMENT DÉCRITE,
- TROUVAINT LEUR ORIGINE DANS UNE GUERRE CIVILE OU ÉTRANGÈRE, UNE ÉMEUTE, UN MOUVEMENT POPULAIRE, UNE MANIFESTATION, UNE INDE, UN ATTENTAT, UN ACTE DE VANDALISME, DE SARCOTAGE OU DE TERRORISME,
- DONT LES MANIFESTATIONS INITIALES SONT ANNUELLES ET COMBLES DE VOUS À LA PRISE D'EFFET DE L'ADHESION AU CONTRAT OU QUI PRÉSENTENT UN CARACTÈRE NON ALÉATOIRE,
- EN RAPPORT AVEC UNE VIOLATION INVENABLE DES OBLIGATIONS LÉGALES, CONTRACTUELLES OU INCOMPLISSABLES,
- DÉCLARANT D'UNE FAUTE OU D'UN ACTE FRAUDULEUX OU IDIOSYCRASIE QUE VOUS AVEZ COMMIS VOLONTAIREMENT COMME LES MEMES ET LES PERSONNES EN PLURIE CONSCIENCE DE LEURS CONSÉQUENCES DOMMAGEABLES OU BLESSIBLES,
- SURVENANT LORSQUE VOUS ÊTES EN ÉTAT D'IVRESSE PUBLIQUE ET IMPRÉHENSIF OU LORSQUE LE Taux D'ALCOOLÉMIEN EST ÉGAL OU SUPÉRIEUR À CELUI LÉGALEMENT ADMIS DANS LE PAYS D'UN LIEN LE SINISTRE, OU SOUS L'INFLUENCE DE SUBSTANCES OU DE PLANTES CLASSÉES COMME STUPÉFIANTS OU LORSQUE VOUS REFUSEZ DE VOUS SOUMETTRE À UN DÉPISTAGE,
- RELATIFS À L'INTERDICTION DE RISQUES SEVERES, D'AFFECTIONS LIÉES À L'AMBIANTE OU AUX PERSONNES, QUI FAISANT SUITE À DES EXPÉRIENCES MÉDICALES OU BIOMÉDICALES,
- GARANTIS PAR UNE ASSURANCE DOMMAGES OU RESPONSABILITÉ CIVILE ET CEUX RELIEVANT DU DÉFILÉ DE SOUSCRIPTION PAR VOUS D'UNE ASSURANCE OBLIGATOIRE

QUE CE SOIT EN DÉFENSE OU EN RECLAMS, L'ASSUREUR NE PREND JAMAIS EN CHARGE :

- LES FRAIS ENGAGÉS SANS SON ACCORD PRÉALABLE, SAUF URGENCE CARACTÉRISÉE NECESSITANT LA PRISE IMMÉDIATE D'UNE MESURE CONSERVATOIRE,
- TOUTE SOMME DE TOUTE NATURE (QUE À TITRE PRINCIPAL, LES AMENDES, LES CONDAMNATIONS PÉNALES, LES ASSIMILÉS, LES INTÉRÊTS ET PÉNALITÉS DE RETARD,
- LES FRAIS DE REDACTION D'ACTES ET DE CONTRATS,
- LES FRAIS DESTINÉS À PRÉSERVER LA BEAUTÉ DE VOTRE PRÉSENCE,
- LES FRAIS D'IDENTIFICATION OU DE RECHERCHE DE VOTRE ADRESSEUR,
- LES DÉPENS ET FRAIS DE JUSTICE ÉPISÉS PAR LA PARTIE ADRESSEE QUE VOUS DEVEZ SUPPORTER PAR DÉCISION JUDICIAIRE,
- LES SOMMES AU PRÉSENT DESQUELLES VOUS ÊTES CONDAMNÉ AU TITRE DES ARTICLES 700 DU CODE DE PROCÉDURE CIVILE, 305 ET 475-1 DU CODE DE PROCÉDURE PÉNALE, L'462-1 DU

CODE DE JUSTICE ADMINISTRATIVE, AMIS QUE LEURS ÉQUIVALENTS DÉCRIT LES JURISDICTIONS ÉTRANGÈRES,

- LES SOMMES DONT VOUS ÊTES LÉGALEMENT INDEBTABLE AU TITRE DES ENGAGEMENTS PROPRÉTIAIRES,
- LES HONORAIRES DE MÉDECIN DE TOUT ALBUMAIRE DE MÉDECINE.

ARTICLE 5

L'ACCÈS AUX SERVICES DE L'ASSUREUR

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

☎ 04 67 13 87 44 (prix d'un appel local)



**CFPD ASSURANCES – Incendies La Paludroutte – 320 avenue
Néa Simone – 34000 MONTPELLIER**

Pour déclencher votre Sinistre, Vous devez adresser par courrier, courriel ou télécopie :

- la description de la nature et des circonstances de votre litige avec la plus grande précision et sincérité,
- les éléments établissant le résultat du préjudice que Vous subissez,
- les coordonnées de votre intermédiaire,
- et toutes les pièces et informations utiles à l'inscription de votre dossier telles qu'avis, lettres, conventions, actes d'huissier, attestations...

En cas de fausse déclaration intentionnelle de votre part sur le cancer, 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, sans coup 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 encourrez une Déchéance du droit à garantie ; néanmoins, l'Assureur ne Vous oppose pas de Déchéance pour réclamation tardive s'il prouve que le retard de sa 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, sans avoir au préalable obtenu l'avis préalable de l'Assureur et obtenu son accord écrit, les frais exposés relatifs à votre litige.

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 engagés, sans avoir à obtenir son accord préalable.

ARTICLE 6

LA VIE DU CONTRAT

L'APPLICATION DANS LE TEMPS

Le terme de Prescription :

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, Prescription au Contrat suit le sort du contrat santé en cours auprès de l'Intermédiaire, sauf en cas de résiliation.

L'adhésion au Contrat prend fin en cas de :

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

Le terme 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 au près de l'Intermédiaire.

Elle suit donc sous 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 de l'litige avant l'adhésion.

De Prescription :

La Prescription est l'expiration d'un droit résultant de l'expiration de son échéance 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).

Tantefois, ce délai ne court en cas de rétrocession, révision, d'élection comme ou inaction sur le risque connu, 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 consécution 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 la Prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

L'APPLICATION DANS L'ESPACE

La garantie du Contrat s'applique conformément à ses modalités prévues à l'article 2 de la Faute ainsi qu'aux Principautés d'Andorre et de Monaco. Dans les autres pays du Monde, l'intervention de l'Assureur se limite au remboursement sur justification des frais et honoraires de procédure à hauteur du plafond de prime en charge, spécifique prévu pour les pays autres que la France et les Principautés d'Andorre et de Monaco.

ARTICLE 7

LA PROTECTION DE VOS INTERETS

LE SECRET PROFESSIONNEL (ARTICLE L127-7 DU CODE DES ASSURANCES)

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

L'OBLIGATION ADHESIONNISTE

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

L'ORDRE DE VOS RECLAMATIONS

Une réclamation est une déclaration indiquant 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 formalisée soit auprès de votre interlocuteur habituel, soit auprès du Service Clients Client de l'Assureur :

- en remplissant le formulaire de réclamation sur le site Internet de l'Assureur à l'adresse suivante : <https://www.cfpd.fr/faq/faq-reclamation>,
- par courrier à : CFPD Assurances – Service Relation Client – Immeuble L'Europe – 62 rue de Borneil – 69083 LYON,
- ou par email à : reclamation@cfpd.fr.

À 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 30210 – 75441 PARIS CEDEX 09,
- ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.mediation-assurance.org/la-mediation>.

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 de Grande Instance résident ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance résident ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance résident ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance résident.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur ; toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance résident, statuant en la forme des référés, 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 indemnisera des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des honoraires et plafonds contractuellement 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 par 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 instructions, aux contre-indications 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 possession, 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 éventuels (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'améliorer la qualité des produits ou services fournis (compétence 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 :

- 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'assurer 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 minimale correspondant au temps nécessaire aux différentes opérations citées ci-dessus (notées au point la durée spécifiquement prévue par la CML (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 confidentialité :

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 : CFCF Assurances – Délégué à la Protection des Données – Immeuble l'Europe – 62 rue de Banne – 93083 LUDM,
- ou par email à : dpd@cfcf.fr.

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

Pour exercer l'un quelconque de vos droits, Vous devez préciser vos nom, prénom et né(e) et 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 traite 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 CML :

- par téléphone au : 01 53 73 22 22,
- par courrier à : Commission Nationale Informatique et Libertés - 83 place de Fontenay - 75007 PARIS,
- ou par internet à l'adresse suivante :

<https://www.cnil.fr/fr/commissaire-nationale-informatique-et-libertes>.

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.cfcf.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 électronique de la part d'un professionnel avec lequel Vous révez pas de relation contractuelle précédente, Vous pouvez Vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique :

- par courrier à : DISPOSITIF – Service Bloctel – 85 rue Nicolas-Siret

– 93008 TROUVES,

- ou par internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr>.

L'AUTORITE DE CONTRÔLE

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle

Prudentiel et de Résolution), 84 place de Bastille – CS 92409 – 75008

PARIS cedex 08.

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

70 rue du Rocher

75008 PARIS

0143 70 22 77

■ SANTÉ ■ OBSÈQUES ■ PRÉVOYANCE

PARTICULIERS & ENTREPRISES