



ASSURÉMENT PROCHE

CONDITIONS GÉNÉRALES

ADEP SANTÉ *Entreprise*

TITRE 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES1

ARTICLE 1 : OBJET1

- 1.1 Dispositions générales1
- 1.2 Objet des opérations obligatoires1
- 1.3 Délai de carence1

ARTICLE 2 : SERVICES NON RÉGIS PAR LE PRÉSENT CONTRAT1

ARTICLE 3 : CONCLUSION ET BÉNÉFICIAIRE DU CONTRAT.....1

- 3.1 Parties au Contrat1
- 3.2 Membres participants1
- 3.3 Ayants droit1
- 3.4 Bénéficiaires des prestations2

ARTICLE 4 : BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT À TITRE OBLIGATOIRE.....2

ARTICLE 5 : OBLIGATIONS D'INFORMATION DES PARTIES2

- 5.1 Obligations relative à la remise de la Notice d'information2
- 5.1.1 Obligations à l'égard de Mutuelle Bleue2
- 5.1.2 Obligations à l'égard du Souscripteur :2
- 5.2 Obligations d'information du Souscripteur à l'égard d'ADEP2

ARTICLE 6 : OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANT2

ARTICLE 7 : PRÉSENTATION ANNUELLE DES COMPTES2

ARTICLE 8 : FAUSSES DÉCLARATIONS.....3

ARTICLE 9 : EFFET - DURÉE - RENOUELEMENT DU CONTRAT2

ARTICLE 10 : ADHÉSION DU SOUSCRIPTEUR AUX STATUTS DE MUTUELLE BLEUE3

ARTICLE 11 : DÉCLARATION DES AUTRES ORGANISMES ASSUREURS COUVRANT LES MÊMES RISQUES3

ARTICLE 12 : ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES3

ARTICLE 13 : MODIFICATIONS, SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES3

- 13.1 Modifications des garanties3
- 13.2 Suspension des garanties3
- 13.3 Cessation des garanties3

ARTICLE 14 : RÉSILIATION4

- 14.1 Résiliation à l'initiative de la Personne morale souscriptrice4
- 14.2 Résiliation à l'initiative d'ADEP4
- 14.3 Effet de la résiliation4

ARTICLE 15 : HYPOTHÈSES DE MODIFICATION DE LA SITUATION JURIDIQUE DE LA PERSONNE MORALE SOUSCRIPTRICE4

ARTICLE 16 : PRESCRIPTION4

ARTICLE 17 : SUBROGATION4

ARTICLE 18 : SIÈGE SOCIAL À L'ÉTRANGER – LOI APPLICABLE4

ARTICLE 19 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES4

ARTICLE 20 : RÉCLAMATIONS - MÉDIATION5

ARTICLE 21 : RÈGLES EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX5

ARTICLE 22 : ORGANISME DE CONTRÔLE5

TITRE 2 - COTISATIONS5

ARTICLE 23 : MODE DE DÉTERMINATION DES COTISATIONS5

ARTICLE 24 : FIXATION DES COTISATIONS, INDEXATION ANNUELLE ET ÉVOLUTION5

ARTICLE 25 : PAIEMENT DES COTISATIONS5

- 25.1 Appel des cotisations5
- 25.2 Règlement des cotisations5
- 25.3 Incidents de paiement6

ARTICLE 26 : PRÉCOMPTE DE LA COTISATION PAR LA PERSONNE MORALE SOUSCRIPTRICE6

ARTICLE 27 : NON-PAIEMENT DES COTISATIONS6

- 27.1 En cas de précompte de la cotisation par la Personne morale souscriptrice6

- 27.2 En l'absence de précompte de la cotisation par la Personne morale souscriptrice6

TITRE 3 - LES GARANTIES ET LEURS MODALITÉS6

CHAPITRE 1 : LES GARANTIES DU CONTRAT ADEP SANTÉ ENTREPRISE6

ARTICLE 28 : LES GARANTIES « FRAIS DE SANTÉ »6

- 28.1 Définitions6
- 28.2 Dispositions générales6
- 28.3 Dispositions particulières7
 - 28.3.1 Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins7
 - 28.3.2 La Prise en charge des prestations Optique7
 - 28.3.3 La prestation « Lentille »8
 - 28.3.4 La prise en charge des prestations dentaires8
 - 28.3.5 La prise en charge des prestations d'aides auditives8
 - 28.3.6 Précisions concernant l'hospitalisation8
 - 28.3.7 Précisions concernant les paramédicaux8
- 28.4 Base de Remboursement8
- 28.5 Demande de remboursement8
- 28.6 Tiers payant8
- 28.7 Limite des remboursements8
- 28.8 Exclusions9
- 28.8.1 Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion9
- 28.8.2 Parcours de soins coordonnés et Contrat responsable...9

ARTICLE 29 : GARANTIE « TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE »9

CHAPITRE 2 : LES GARANTIES ADDITIONNELLES AU CONTRAT ADEP SANTÉ ENTREPRISE9

ARTICLE 30 : LA GARANTIE « INDEMNITÉ FUNÉRAIRE ».....9

- 30.1 Objet de la garantie9
- 30.2 Application de la Garantie - Bénéficiaires9
- 30.3 Terme de la garantie10
- 30.4 Exclusions10

ARTICLE 31 : LA GARANTIE « CAPITAL CANCER »10

- 31.1 Objet de la garantie10
- 31.2 Définitions10
- 31.3 Terme de la garantie10
- 31.4 Exclusions10

ARTICLE 32 : GARANTIE « ALLOCATION NAISSANCE » ET « ALLOCATION MARIAGE »10

- 32.1 Allocation naissance10
- 32.2 Allocation mariage10

ARTICLE 33 : LES GARANTIES « PROTECTION JURIDIQUE » ET « ASSISTANCE »10

TITRE 4 - PORTABILITÉ DES GARANTIES ARTICLE L. 911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE10

ARTICLE 34 : OBJET DE L'ARTICLE L. 911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE10

ARTICLE 35 : BÉNÉFICIAIRES DU MAINTIEN DES DROITS10

ARTICLE 36 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DU MAINTIEN10

ARTICLE 37 : GARANTIES MAINTENUES11

ARTICLE 38 : MODALITÉS DE FINANCEMENT DU MAINTIEN ...11

ARTICLE 39 : OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIÉ11

ARTICLE 40 : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE MORALE SOUSCRIPTRICE11

ARTICLE 41 : CESSATION DU MAINTIEN11

ANNEXE 1 : PROTECTION JURIDIQUE ADEP SANTÉ.....12-14

ANNEXE 2 - ADEP ASSISTANCE SANTÉ15

ANNEXE 3 - TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE16-17

CONDITIONS GÉNÉRALES

CONTRAT COLLECTIF « FRAIS DE SANTÉ »
RESPONSABLE À AFFILIATION OBLIGATOIRE N°
MB/SAN/PRO

Assureur de la garantie « frais de santé », « capital cancer », « indemnité funéraire » et « téléconsultation médicale » :

MUTUELLE BLEUE, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité Immatriculée au répertoire Sirène sous le n° 775 671 993 68 rue du Rocher - CS 60075 75396 PARIS cedex 08

Assureur de la garantie « ADEP Assistance Santé Collective Entreprise » Contrat n° 921769 :

FRAGONARD ASSURANCES, 2 rue Fragonard 75017 Paris Entreprise régie par le Code des assurances SA immatriculée au RCS de Paris sous le n° 479 065 351 Par l'intermédiaire de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE 7 rue Dora Maar 93400 Saint-Ouen Société de courtage d'assurances

Assureur de la garantie « Protection Juridique »

Contrat n° 6B344 :

CFDP ASSURANCES, Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes 1 Place Francisque Régault 69002 LYON n° de SIRET 958 506 156 01600 Entreprise régie par le Code des Assurances

Contrat dont la gestion est confiée à :

SAS ADEP, Société de courtage d'assurances Siège social : 11, Immeuble West Side Rue Ferdinand Forest Prolongée BP 2342 - ZI de Jarry 97122 BAIE MAHAULT Immatriculée à ORIAS sous le n° 07 035 445 (www.orias.fr) R.C.S. Pointe à Pitre 480 434 281

Autorité chargée du Contrôle : Ces organismes d'assurances ainsi que les intermédiaires autorisés à la commercialisation du contrat ADEP SANTÉ ENTREPRISE sont placés sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

TITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 : OBJET

1.1 Dispositions générales

Les dispositions du présent Contrat déterminent les conditions dans lesquelles Mutuelle Bleue assure, dans le respect de ses statuts et du Code de la mutualité, ses garanties « frais de santé », dans un cadre collectif.

Ces garanties frais de santé incluent un service de Téléconsultation médicale assuré par Mutuelle Bleue en partenariat avec AXA ASSISTANCE France.

En fonction du niveau de garantie choisi par la Personne morale souscriptrice, des garanties « Assistance », « Protection juridique », « Indemnités funéraires », « Allocation naissance », « Allocation mariage » et « Capital Cancer » pourront s'ajouter.

Le présent Contrat se compose :

- des Conditions générales qui posent les règles communes à tous les contrats, et
- des Conditions particulières qui permettent d'adapter le contrat collectif à chaque cas particulier.

Les Conditions particulières précisent notamment le caractère obligatoire des opérations, la/les catégorie(s) de personnes visées ainsi que les garanties souscrites. Elles comprennent d'une part, des aménagements aux règles communes se rapportant par exemple à la catégorie de Bénéficiaires, au mode de paiement des cotisations, au niveau de garanties souscrit, et

d'autre part, des précisions qui se rapportent aux prestations et aux cotisations du contrat souscrit.

En cas de contradiction entre les Conditions générales et les Conditions particulières, ces dernières prévaudront.

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

La gestion de votre Contrat est déléguée à l'ADEP, dont le siège social est 11, Immeuble West Side Rue Ferdinand Forest Prolongée, ZI de Jarry, 97122 BAIE MAHAULT, SAS au capital de 22 800 €, immatriculée au RCS de Pointe à Pitre sous le n° 480 434 281 et à l'ORIAS sous le n° 07 035 445, ci-après dénommé « le Déléguataire de gestion » ou « ADEP ».

1.2 Objet des opérations obligatoires

L'objet des opérations obligatoires est de faire bénéficier l'ensemble des personnes physiques définies aux Conditions particulières (qui reprennent les termes de l'acte fondateur institué par la Personne morale souscriptrice), des garanties « frais de santé » et, le cas échéant des garanties additionnelles figurant dans le niveau de garanties choisi par la Personne morale souscriptrice.

1.3 Délai de carence

Le Délai de carence est la période qui suit la date d'effet du contrat et pendant laquelle l'Assuré ne peut bénéficier de tout ou partie des garanties souscrites. Il est entendu qu'en cas d'adhésion postérieure d'un Ayant droit, la date prise en compte pour ce dernier sera celle matérialisée dans le certificat d'adhésion.

ARTICLE 2 : SERVICES NON RÉGIS PAR LE PRÉSENT CONTRAT

Les services d'assistance ainsi que la garantie « Protection juridique », inclus dans les niveaux de garanties CR200 à CR400, sont assurés par un prestataire dont les coordonnées figurent dans les Conditions générales de chacune des garanties. Les services et les prestations susvisés sont susceptibles d'être modifiés par les organismes qui les assurent.

Le présent Contrat comprend une prestation de Téléconsultation médicale assurée par Mutuelle Bleue, en partenariat avec AXA Assistance France. Les conditions d'utilisation de la prestation de Téléconsultation médicale sont définies aux Conditions Générales d'Utilisation annexées au présent Contrat.

ARTICLE 3 : CONCLUSION ET BÉNÉFICIAIRE DU CONTRAT

3.1 Parties au Contrat

Le présent Contrat collectif est conclu entre une Personne morale souscriptrice (ci-après dénommée « Souscriptrice » ou « Personne morale souscriptrice ») au profit de tout ou partie de ses salariés et Mutuelle Bleue (ci-après dénommée « Mutuelle Bleue » ou « la Mutuelle »).

3.2 Membres participants

Les Membres participants sont des personnes physiques qui bénéficient des prestations de Mutuelle Bleue et en ouvrent, le cas échéant, le droit à leurs Ayants droit.

3.3 Ayants droit

Les Ayants droit sont des personnes bénéficiant des prestations complémentaires maladie de la Mutuelle, non à titre personnel mais du fait de leurs liens avec le Membre participant. Les personnes comprises sous le terme d'Ayants droit sont les membres de la famille du Membre participant, tels que définis dans les Statuts de Mutuelle Bleue.

Sont considérés comme Ayants droit du Membre participant :

- le conjoint exerçant ou non une activité professionnelle,
- le concubin vivant maritalement avec l'affilié, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'affilié et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, indiquant le numéro de Sécurité Sociale de l'affilié et de son concubin, devra être adressée à l'ADEP,
- le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité, sur

présentation d'une copie du récépissé de l'enregistrement du Pacte Civil de Solidarité ou d'une copie 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 28e anniversaire justifiant de la qualité :

- o d'étudiant ;
- o d'apprenti ;
- o de chercheur d'emploi ;

- o 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 ;

- o de bénéficiaire d'un contrat de professionnalisation ;

- o de bénéficiaire d'un contrat d'insertion.

- à la demande expresse du représentant légal, la personne vivant sous le toit de l'assuré social et à sa charge, et les ascendants, descendants et collatéraux.

3.4 Bénéficiaires des prestations

Les Bénéficiaires des prestations, également dénommés « Assurés » sont définis aux Conditions particulières. Cette notion doit être distinguée de celle de bénéficiaire de la garantie « Indemnité funéraire » laquelle renvoie à la personne désignée par l'Assuré, au titre de la prestation et à laquelle sera versée, le cas échéant, ladite prestation.

ARTICLE 4 : BÉNÉFICIAIRES DU CONTRAT

Les Bénéficiaires du Contrat à titre obligatoire sont tous les salariés de la Personne morale souscriptrice tels que définis par l'acte fondateur établi par la Personne morale souscriptrice (accord collectif, accord ratifié à la majorité des intéressés ou décision unilatérale), cette définition étant celle reprise par les Conditions particulières.

La Personne morale souscriptrice s'engage à ce que le caractère obligatoire du régime au sens de la réglementation sociale et fiscale soit respecté.

Le Contrat peut également couvrir les Ayants droit des Bénéficiaires ci-dessus définis, à titre obligatoire ou facultatif.

Les Ayants droit inscrits au Contrat à titre facultatif, doivent demeurer inscrits pour une durée minimale de douze (12) mois suivant la date de signature du Bulletin Individuel d'Affiliation. Au-delà de la durée minimale de douze (12) mois, et hormis les cas de perte de la qualité d'Ayant droit, le salarié peut demander la cessation des garanties à l'égard d'un ou plusieurs Ayants droit, chaque année, par courrier recommandé avec accusé de réception adressé au délégataire de gestion, deux (2) mois au moins avant la fin de l'année civile, pour une prise d'effet au 1er janvier de l'année suivante.

NOTA : Les Assurés à titre obligatoire ne peuvent résilier leur adhésion de manière individuelle et de leur propre fait.

ARTICLE 5 : OBLIGATIONS D'INFORMATION DES PARTIES

5.1 Obligations relative à la remise de la Notice d'information

5.1.1 Obligations à l'égard de Mutuelle Bleue

La Notice d'Information est établie par Mutuelle Bleue, et remise par l'ADEP au Souscripteur, accompagnée du tableau de garanties

Elle définit les garanties prévues par les opérations collectives et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie, ainsi que les délais de prescription.

Lorsque des modifications seront apportées aux droits et obligations des Membres participants, un avenant à la Notice d'Information ou une nouvelle Notice d'Information sera établi(e) par Mutuelle Bleue et remis(e) à chaque Membre participant par la Personne morale souscriptrice.

En cas de modification des droits et obligations des Membres participants, les Ayants droit assurés à titre facultatif peuvent également demander la cessation des garanties dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise, par la Personne morale souscriptrice, de la notice d'information ou de l'avenant à la

notice d'information comportant les modifications. Dans ce cas, la cessation des garanties ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

5.1.2 Obligations à l'égard du Souscripteur :

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, le Souscripteur est tenu :

- de remettre aux Membres participants les statuts de Mutuelle Bleue ainsi qu'une notice d'information, 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 Membres participants des modifications apportées à leurs droits et obligations en leur remettant une nouvelle notice établie par Mutuelle Bleue.

La preuve de la remise de la notice d'information et des statuts de Mutuelle Bleue aux Membres participants et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au Souscripteur.

5.2 Obligations d'information du Souscripteur à l'égard d'ADEP

Le Souscripteur s'engage :

- à communiquer périodiquement à l'ADEP un état des Assurés (assurés sortant du bénéfice du présent Contrat et nouveaux Bénéficiaires) ;

- à accomplir, en cours de contrat, les formalités demandées par l'ADEP en vue de l'affiliation de tout nouvel Assuré en s'adressant notamment à l'ADEP – Service Gestion Entreprises - 574 Route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BEZIERS cedex ;

- en tout état de cause, à informer l'ADEP, dans le mois suivant l'événement de tout changement pouvant impacter le nombre d'Assurés des garanties prévues au Contrat.

Dans le cadre des opérations souscrites à titre obligatoire, le Souscripteur s'engage à affilier au Contrat la totalité des Assurés désignés aux Conditions particulières pour l'ensemble des garanties souscrites. Il s'engage en conséquence à fournir à l'ADEP, la liste de l'ensemble des personnes physiques concernées en lui faisant parvenir les Bulletins Individuels d'Affiliation dûment remplis par ses salariés concernés ou par les Assurés, accompagnés de tous les éléments permettant l'adhésion de ces derniers à Mutuelle Bleue (notamment les informations permettant le calcul des cotisations), et complétés, le cas échéant, des informations relatives aux salariés non présents dans l'entreprise au moment de la souscription du Contrat.

ARTICLE 6 : OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANT

La souscription du Contrat par la Personne morale entraîne l'affiliation, à titre obligatoire, de toutes les personnes physiques appartenant ou venant à appartenir à la ou les catégorie(s) visées par les Conditions particulières, sauf en cas de dispenses de plein droit et les dispenses prévues dans l'acte fondateur et leur donne la qualité de Bénéficiaires.

Aucune sélection médicale ne sera effectuée.

L'adhésion se matérialise par la signature d'un Bulletin Individuel d'Affiliation, daté et signé par l'intéressé puis validé et transmis à l'ADEP par la Personne morale souscriptrice.

L'intéressé joint à son Bulletin Individuel d'Affiliation :

- une copie de la carte d'assuré social ou de l'attestation jointe à la Carte Vitale,

- un Relevé d'Identité Bancaire afin de permettre le virement des prestations.

- le cas échéant, un mandat de prélèvement SEPA pour le paiement des cotisations notamment en l'absence de précompte de la Personne morale souscriptrice.

ARTICLE 7 : PRÉSENTATION ANNUELLE DES COMPTES

Au terme de chaque exercice civil, Mutuelle Bleue établit un compte de résultat par Souscripteur et par collège de Membres participants. Lesdits comptes de résultat seront transmis à la Personne morale souscriptrice dans les deux (2) mois suivant l'approbation des comptes (le 31 août au plus tard). Ils comportent respectivement au crédit et au débit les ressources

et les charges imputables à chaque garantie.

Ces comptes de résultat servent de base à la révision annuelle des cotisations (cf. article 24).

ARTICLE 8 : FAUSSES DÉCLARATIONS

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre participant par Mutuelle Bleue est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour Mutuelle Bleue, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à Mutuelle Bleue qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, Mutuelle Bleue et l'ADEP ne sont redevables d'aucune prestation même pour la part correspondant, le cas échéant, à un sinistre réel.

ARTICLE 9 : EFFET - DURÉE - RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Le Contrat prend effet à la date fixée aux Conditions particulières et se termine le 31 décembre de l'année en cours. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque année au 1er janvier, pour une durée d'une (1) année, sauf en cas de résiliation notifiée dans les conditions ci-dessous (voir article 14).

ARTICLE 10 : ADHÉSION DU SOUSCRIPTEUR AUX STATUTS DE MUTUELLE BLEUE

Le Souscripteur, après avoir pris connaissance des statuts de Mutuelle Bleue remis préalablement à la souscription, déclare en accepter les termes et y adhérer.

ARTICLE 11 : DÉCLARATION DES AUTRES ORGANISMES ASSUREURS COUVRANT LES MÊMES RISQUES

Si les risques couverts par le Contrat sont ou viennent à faire l'objet d'une autre assurance, le Souscripteur doit en faire la déclaration à l'ADEP :

- lors de l'adhésion au Contrat pour les assurances en cours à cette date,
- préalablement à la souscription de cette autre assurance, si celle-ci résulte interviennent pendant la période de validité du présent Contrat,
- dans un délai de huit (8) jours à compter du moment où le salarié en a connaissance, dans les autres cas.

ARTICLE 12 : ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent à partir de la date prévue aux Conditions particulières du présent Contrat. Lorsque de nouveaux Bénéficiaires viennent à être concernés, l'adhésion prendra effet à la date à laquelle les conditions d'adhésion seront remplies, date qui sera également portée sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

ARTICLE 13 : MODIFICATIONS, SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES

13.1 Modifications des garanties

Le Souscripteur peut demander à renégocier le présent Contrat, sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre pour application au premier janvier de l'année suivante, afin de supprimer ou d'ajouter des garanties, ou de modifier les niveaux de prise en charge de ces dernières (à la hausse ou à la baisse)..

Les demandes de modifications du présent Contrat sont à adresser par écrit à : ADEP Service Gestion Entreprises 574 Route de Cornéilhan CS 80618 34535 BEZIERS cedex.

L'accord de Mutuelle Bleue est formalisé par un avenant au Contrat existant.

Les nouvelles conditions de garanties ne s'appliquent qu'aux

nouveaux Assurés, assurables à compter de la date d'effet de l'avenant, ainsi qu'aux Assurés initialement garantis ne percevant, à cette date, aucune prestation. Les Assurés bénéficiant de prestations au titre du présent Contrat lors des modifications apportées à ce dernier sont également visés par ces modifications, sauf pour les prestations en cours.

Pour ces derniers, les nouvelles conditions s'appliquent, le cas échéant, à compter du sinistre suivant.

13.2 Suspension des garanties

En cas de suspension du contrat de travail, les garanties souscrites peuvent être maintenues dans les conditions fixées aux Conditions particulières et conformément à la réglementation en vigueur s'agissant des Contrats à adhésion obligatoire.

A défaut de maintien, la suspension des garanties intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail par le Membre participant au sein de l'effectif assuré, sous réserve que Mutuelle Bleue en soit informée dans un délai de trois (3) mois suivant la reprise.

Pendant la période de suspension des garanties, les cotisations correspondantes ne sont pas dues à Mutuelle Bleue. Les demandes de prestations survenant durant cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent Contrat.

13.3 Cessation des garanties

Les garanties cessent à l'égard du salarié :

- À la date d'effet de la résiliation du Contrat par la Personne morale souscriptrice ou par Mutuelle Bleue.
- À la date de rupture du contrat de travail (licenciement, départ à la retraite, décès...) ou de passage dans une catégorie de personnel non visée par les Conditions particulières,
- A son décès,
- Les garanties cessent à l'égard des Ayants droit :
- À la date de cessation des garanties du Membre participant,
- À la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité d'Ayants droit.

Toutefois, les garanties peuvent être maintenues au profit du salarié et le cas échéant, ses Ayants droit dans le cadre de deux mécanismes :

• Article 4 de la Loi Evin

Lorsque des salariés sont garantis collectivement soit sur la base d'une convention ou accord collectif, soit à la suite de la ratification par la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par décision unilatérale de l'employeur, le Membre participant en cas de rupture du contrat de travail, ou ses Ayants droit en cas de décès, peuvent demander un maintien de la couverture santé au titre de l'article 4 de la Loi n°89-1009, dite « Loi Evin » du 31 décembre 1989, dans le cadre d'un contrat d'accueil « Loi Evin ».

- En cas de rupture du contrat de travail

Le Membre participant doit en faire la demande dans les six (6) mois suivant la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six (6) mois suivant l'expiration de la période durant laquelle il bénéficie à titre temporaire du maintien des garanties. La couverture est accordée aux Membres participants dont le contrat de travail est rompu et qui sont bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans limitation de durée.

- En cas de décès du Membre participant

Les Ayants droit du Membre participant décédé doivent en faire la demande dans les six (6) mois suivant le décès. La couverture est accordée aux Ayants droit pendant douze (12) mois à compter du décès du Membre participant.

- Proposition de maintien

L'employeur est tenu d'informer ADEP de cette demande afin que ce dernier puisse adresser la proposition de maintien de couverture aux personnes concernées.

L'ADEP adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux (2) mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire pour les anciens salariés, ou de la date du décès du salarié décédé pour les Ayants droit de ce dernier.

- Modalités et conditions tarifaires des contrats « Loi Evin » :

Les garanties sont identiques à celles dont bénéficiait l'ancien salarié au titre du présent Contrat.

Les tarifs applicables seront identiques aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs au moment de la rupture du contrat de travail, lors de la première année du Contrat « Loi Evin », et ne pourront évoluer que dans les limites fixées par les dispositions réglementaires en vigueur.

-Portabilité : Article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale

En cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage (rupture du contrat hors licenciement pour faute lourde), le salarié pourra bénéficier du maintien, à titre gratuit, des garanties complémentaires santé et prévoyance, sous réserve du respect des conditions fixées au Titre 4 des présentes Conditions Générales, pour une durée maximale de douze (12) mois.

ARTICLE 14 : RÉSILIATION

14.1 Résiliation à l'initiative de la Personne morale souscriptrice

Le Contrat prend fin en cas de résiliation par les représentants légaux de la Personne morale souscriptrice, si elle est signifiée à l'ADEP par lettre recommandée au moins deux (2) mois avant la fin de l'année civile.

La résiliation ne dispense pas la Personne morale souscriptrice du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile.

14.2 Résiliation à l'initiative d'ADEP

Le Contrat prend fin en cas de résiliation par ADEP si elle est signifiée à la Personne morale souscriptrice, par lettre recommandée avec avis de réception, au moins deux (2) mois avant la fin de l'année civile.

En outre, en cas de non-paiement des cotisations par la Personne morale souscriptrice, ADEP peut résilier le Contrat dans les conditions prévues à l'article 27 du présent Contrat.

14.3 Effet de la résiliation

La résiliation du présent Contrat entraîne la fin de toutes les garanties et services accessoires sous réserve des dispositions inscrites à l'article 13.3.

ARTICLE 15 : HYPOTHÈSES DE MODIFICATION DE LA SITUATION JURIDIQUE DE LA PERSONNE MORALE SOUSCRIPTRICE

La Personne morale souscriptrice est tenue d'informer l'ADEP, sous un délai de quinze (15) jours de toute modification survenant dans sa situation juridique, notamment par succession, vente, fusion, transformation du fonds, mise en société. La Personne morale souscriptrice est tenue d'informer l'ADEP, sous un délai de quinze (15) jours de l'existence notamment d'une procédure de sauvegarde, redressement ou liquidation judiciaires. Les dispositions du Code de commerce, notamment l'article L. 622-13, sont applicables.

ARTICLE 16 : PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent Contrat se prescrit 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 du Membre Participant que du jour où Mutuelle Bleue ou l'ADEP 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.

Dans le cadre des opérations collectives, la prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

En cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'Ayant droit contre Mutuelle Bleue 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 le Membre participant ou l'Ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci. La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption (à savoir notamment la demande en justice et la reconnaissance des droits de l'Assuré par Mutuelle Bleue) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'ADEP au Membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre participant, le bénéficiaire ou l'Ayant droit à l'ADEP en ce qui concerne le règlement de la prestation. 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 du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le Membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les Ayants droit du Membre participant décédé.

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 17 : SUBROGATION

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire d'ADEP est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des Membres participants, des Bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Afin de permettre à Mutuelle Bleue, par le biais d'ADEP de pouvoir exercer son droit de subrogation, le Membre participant ou ses Ayants droit s'engagent à informer l'ADEP de toute demande de remboursement faisant suite à un Accident mettant en cause un tiers afin de permettre à Mutuelle Bleue d'exercer son recours contre celui-ci ou contre son assureur.

ARTICLE 18 : SIÈGE SOCIAL À L'ÉTRANGER – LOI APPLICABLE

Si la Personne morale souscriptrice du Contrat a son siège social en dehors du territoire français (métropole et DROM - COM), elle doit désigner dans ce territoire un correspondant qui se porte garant de l'exécution du Contrat, notamment en ce qui concerne le paiement des cotisations. La loi applicable au présent Contrat est la loi française.

ARTICLE 19 : PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies dans le cadre de l'adhésion au Contrat d'assurance font l'objet d'un traitement informatique ou manuel et sont utilisées par Mutuelle Bleue et ADEP pour la gestion de leur relation avec le salarié 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 Mutuelle Bleue 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'Assuré est tenu de respecter.

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

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

Le salarié et ses Ayants droit peuvent exercer leurs droits en

s'adressant à : DPO (ANAXIL) ADEP, 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BEZIERS ou par e-mail à dpo@adep.com.

En outre, le salarié 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, le salarié 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 20 : RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficultés liées à l'application du présent Contrat, la Personne morale souscriptrice et les Assurés peuvent formuler toute réclamation auprès d'ADEP concernant le présent Contrat ou son exécution :

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

- En cas de difficultés persistantes : au Service Satisfaction Clients, 574 Route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BEZIERS CEDEX. L'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 un désaccord subsiste, au Médiateur de la consommation de la Mutualité Française dont les coordonnées sont les suivantes : Médiateur désigné par la Fédération Nationale de la Mutualité Française (dans le cas relevant de sa compétence et sans préjudice des autres voies d'action légales).

- o 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,

- o Courriel : mediation@mutualite.fr,

- o Site internet : <http://www.mutualite.fr>.

La proposition du Médiateur de la consommation de la Mutualité Française sera communiquée à l'ADEP, écrite et motivée.

ARTICLE 21 : RÈGLES EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX

Mutuelle Bleue et l'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, ils sont tenus de déclarer auprès de l'autorité compétente toute somme inscrites dans ses livres ou les opérations portant sur des sommes dont ils 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 22 : ORGANISME DE CONTRÔLE

Mutuelle Bleue et l'ADEP exercent leurs activités sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution située 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

TITRE 2 - COTISATIONS

ARTICLE 23 : MODE DE DÉTERMINATION DES COTISATIONS

Les cotisations peuvent :

- être d'un montant forfaitaire exprimé en euros,

- être fonction d'un taux appliqué sur une assiette de calcul de cotisations (par exemple, pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale),

- être fonction du salaire annuel brut versé par la Personne morale souscriptrice, réparti en fonction des tranches de salaire suivantes :

- o Tranche 1 : fraction du salaire du salarié limité au plafond de la Sécurité sociale

- o Tranche 2 : fraction du salaire du salarié comprise entre les valeurs de un (1) et huit (8) plafonds de la Sécurité sociale

ARTICLE 24 : FIXATION DES COTISATIONS, INDEXATION ANNUELLE ET ÉVOLUTION

Les cotisations sont fixées aux Conditions particulières. Les cotisations sont révisables au 1er janvier de chaque exercice en fonction des résultats techniques du compte « complémentaire santé » de la Personne morale souscriptrice. ADEP informera au plus tard le Souscripteur le 31 octobre précédant l'échéance annuelle du Contrat.

Les garanties et la tarification du Contrat sont établies sur la base de la législation et de la réglementation en vigueur. Si ultérieurement, de nouvelles dispositions législatives ou réglementaires ou conventionnelles venaient à rompre l'équilibre du contrat, il serait procédé, le cas échéant en cours d'année, aux réajustements appropriés de tarifs ou de prestations face notamment aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires. Au 1er janvier de chaque exercice, et en fonction des résultats techniques établis selon les modalités décrites dans l'article 24, Mutuelle Bleue pourra réviser à la hausse ou à la baisse les taux de cotisations et/ou le niveau des prestations selon les cas. Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire de l'ADEP, en informera au plus tard le Souscripteur le 31 octobre précédant l'échéance annuelle du Contrat.

ARTICLE 25 : PAIEMENT DES COTISATIONS

L'ouverture des prestations est subordonnée au paiement des cotisations.

25.1 Appel des cotisations

Les appels de cotisations sont émis sur la base des informations fournies par la Personne morale souscriptrice. Il est entendu que :

- En cas de défaut d'information par la Personne morale souscriptrice sur les Assurés sortants, toute cotisation versée relative auxdits Assurés reste acquise à Mutuelle Bleue ;

- En cas de différence entre le montant effectivement réglé par la Personne morale souscriptrice et le montant figurant sur l'appel de cotisations, alors que Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire d'ADEP n'a pas été informée en temps utile des changements impactant le nombre d'Assurés, Mutuelle Bleue pourra poursuivre le paiement de cette différence par régularisation sur l'appel de cotisations suivant.

25.2 Règlement des cotisations

Le paiement de la cotisation peut être fractionné au mois, au trimestre, au semestre ou à l'année. Chaque règlement doit être accompagné :

- du bordereau d'appel de cotisations ;
- d'un état des Assurés sortants ou des nouveaux Assurés ;
- et, plus généralement de toute information relative aux modifications concernant les Assurés.

Les modalités de paiement sont définies aux Conditions particulières. Le paiement de la cotisation peut notamment s'effectuer selon l'une des modalités suivantes :

- le prélèvement automatique : Il doit être transmis à l'ADEP un mandat de prélèvement SEPA accompagné d'un Relevé d'Identité Bancaire. À défaut de dispositions contrares prévues aux Conditions particulières, l'ADEP prélèvera en début de mois (selon les modalités choisies par la Personne morale souscriptrice figurant au sein des Conditions particulières), la part de cotisation due par la Personne morale souscriptrice et celle due, le cas échéant, par le Membre participant.

La Personne morale souscriptrice et/ou les Membres participants réglant leurs cotisations par prélèvement sur compte bancaire et souhaitant annuler cette procédure devront en faire la demande par écrit un (1) mois au moins avant la

date d'effet souhaitée. Ils devront alors s'acquitter du solde des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile en cours par tout autre moyen à leur convenance.

- le paiement par chèque : Le paiement de la cotisation par chèque doit parvenir à l'ADEP au plus tard le dix (10) du mois suivant lequel la cotisation est due.

25.3 Incidents de paiement

En cas d'incidents de paiements répétés, Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire d'ADEP se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées ;
- d'exiger le paiement annuel par anticipation de la cotisation ;
- d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet d'un prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment provisionné ».

ARTICLE 26 : PRÉCOMPTE DE LA COTISATION PAR LA PERSONNE MORALE SOUSCRIPTRICE

La Personne morale souscriptrice est seule responsable du paiement des cotisations des Membres participants et/ou Ayants droit ayant adhéré de manière obligatoire au présent Contrat, y compris en ce qui concerne la part salariale éventuelle.

En cas d'adhésion des Ayants droit à titre facultatif, la Personne morale souscriptrice n'assume pas le paiement des cotisations. Le Membre participant est seul responsable du paiement des cotisations des Ayants droit ayant adhéré de manière facultative au présent Contrat.

ARTICLE 27 : NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

27.1 En cas de précompte de la cotisation par la Personne morale souscriptrice

Lorsque la Personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure de la Personne morale souscriptrice.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à la Personne morale souscriptrice, l'ADEP l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le salarié est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par la Personne morale est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat, sauf s'il entend se substituer à cette dernière pour le paiement des cotisations.

Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire d'ADEP, a le droit de mettre fin au contrat dix (10) jours après le délai de trente (30) jours précité. Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de Mutuelle Bleue, ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

27.2 En l'absence de précompte de la cotisation par la Personne morale souscriptrice

Lorsque la Personne morale souscriptrice n'assume pas le précompte des cotisations ou d'une partie des cotisations, le Membre participant qui ne paie dans les dix (10) jours de son échéance, peut faire l'objet d'une exclusion et/ou, le cas échéant, ses Ayants droit ayant adhéré de manière facultative.

L'exclusion peut intervenir dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre doit être envoyée dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le Membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner l'exclusion des garanties de ce dernier, et/ou, le cas échéant, des Ayants droit ayant adhéré de manière facultative.

La procédure prévue à l'article 27.1 est applicable à la Personne morale souscriptrice qui ne paie pas la part de cotisation. Dans ce cas, ADEP informe chaque Membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre recommandée sus-mentionnée et rembourse, le cas échéant, au Membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel Mutuelle Bleue ne couvre plus le risque.

TITRE 3 - LES GARANTIES ET LEURS MODALITÉS

CHAPITRE 1 : LES GARANTIES DU CONTRAT ADEP SANTÉ ENTREPRISE

ARTICLE 28 : LES GARANTIES « FRAIS DE SANTÉ »

28.1 Définitions

Régime Obligatoire (RO) :

Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés le Membre participant et ses Ayants droit.

Ticket Modérateur (TM) :

Fraction de dépenses de frais de soins de santé laissée à la charge de l'Assuré, après l'intervention du régime de Sécurité sociale français obligatoire.

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

Base de Remboursement (BR) :

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

Prix Limites de Vente (PLV) :

Les Prix Limites de Vente correspondent aux 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, Mutuelle Bleue interviendra, en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

Honoraires Limites de Facturation (HLF) :

Les Honoraires Limites de Facturation correspondent à l'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).

28.2 Dispositions générales

Les garanties « frais de santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au salarié et éventuellement à ses Ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par le Régime Obligatoire français au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Les garanties « frais de santé » respectent les règles du contrat responsable, c'est-à-dire qu'il respecte 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.

Elles sont précisées aux Conditions particulières du présent Contrat.

Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet du Contrat et selon les modalités indiquées aux Conditions particulières.

La garantie ne concerne que les Assurés résidant durablement

en France métropolitaine ou dans les DOM-TOM. Toutefois, la garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation, du Contrat est acquise dans le monde entier pour l'Assuré à partir du moment où le Régime Obligatoire français intervient.

28.3 Dispositions particulières

28.3.1 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 lorsque la formule de garantie choisie le prévoit.

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

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

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

Pour connaître les médecins adhérents à un DPTAM, l'Assuré peut consulter le site www.amei-direct.amei.fr

28.3.2 La Prise en charge des prestations Optique

Les prestations optiques concernant l'acquisition d'un équipement (1 monture + 2 verres) s'expriment par un forfait en euros et par équipement incluant le Ticket Modérateur.

Les plafonds de remboursement tels qu'indiqués dans le tableau de garanties sont conformes aux limites imposées par le Contrat responsable.

Limites de prise en charge :

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

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

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

Conformément au tableau de garanties, les montants de remboursement d'un équipement dépendront du forfait applicable :

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

Les forfaits sont définis comme suit :

CORRECTION SIMPLE

- Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;
- Equipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- Equipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

CORRECTION COMPLEXE

- Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;
- Equipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques

dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;

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

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

CORRECTION TRES COMPLEXE

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

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

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

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

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

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.

28.3.3 La prestation « Lentille »

Elle s'apprécie par an et par Assuré.

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.

28.3.4 La prise en charge des prestations dentaires

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

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

28.3.5 La prise en charge des prestations d'aides auditives

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

Limites de prise en charge :

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

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

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

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

Lorsque l'aide auditive appartient à la Classe II, la prise en charge par Mutuelle Bleue 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.

23.3.6 Précisions concernant l'hospitalisation

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

Cette prise en charge s'applique donc :

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

Le forfait journalier facturé par les Etablissements

d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) n'est pas pris en charge.

23.3.7 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 www.annuaire.sante.ameli.fr.

28.4 Base de Remboursement

Les prestations sont calculées en fonction des bases de remboursement selon la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoire en vigueur ou sur des montants forfaitaires, indiqués aux Conditions particulières, déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire s'il existe, sauf mention contraire dans le Tableau de garanties, et dans la limite des frais engagés.

Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire d'ADEP, garantit les dépenses, soins ou interventions engagés à l'étranger lors de séjours temporaires dès lors qu'ils sont pris en charge par le Régime Obligatoire et selon les Conditions particulières du Contrat.

Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire d'ADEP, complète les remboursements des régimes sociaux obligatoires selon le détail figurant aux Conditions particulières.

Sauf cas particuliers précisés aux Conditions particulières, l'absence de prise en charge par le Régime Obligatoire ne donne pas lieu au remboursement des soins par Mutuelle Bleue.

28.5 Demande de remboursement

Les remboursements de frais de santé sont effectués par l'ADEP au vu des documents transmis par la Caisse du régime d'assurance maladie obligatoire et/ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission.

À défaut d'application du procédé de la télétransmission, le règlement des prestations s'effectue par chèque ou virement bancaire sur le compte du Membre participant ou de l'Assuré sur présentation des pièces justificatives nécessaires au paiement et mentionnées dans la Notice d'information remise au Membre participant.

28.6 Tiers payant

Pour faciliter l'accès aux soins, Mutuelle Bleue a signé des conventions de tiers payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé. Mutuelle Bleue assure ainsi directement, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des frais engagés par le salarié ou, le cas échéant, par ses Ayants droit. Après l'enregistrement de l'affiliation de l'Assuré auprès d'ADEP, il lui est remis une carte de tiers payant permettant la pratique du tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires.

La Personne morale souscriptrice s'engage, si la carte de tiers payant est en cours de validité, à en assurer la restitution dans le délai de quinze (15) jours suivant le départ de l'intéressé (démission, licenciement, retraite...) en la retournant à : ADEP – Service Tiers Payant - 574 Route de Cornéilhan - 34535 BEZIERS CEDEX.

Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un Bénéficiaire ne sont pas ouverts auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire, ce Bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par l'ADEP pour le compte de Mutuelle Bleue. En cas de non-remboursement, Mutuelle Bleue se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

28.7 Limite des remboursements

Conformément à l'article 9 de la Loi n° 89-1009, dite « Loi Evin » du 31 décembre 1989 et l'article 2 de son Décret d'application, les remboursements ou les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré ou de l'adhérent, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de

plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par Mutuelle Bleue 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 Mutuelle Bleue seraient réduites à due concurrence.

Le Bénéficiaire recevant de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par Mutuelle Bleue sera dans l'obligation de lui en reverser le montant. Si le Bénéficiaire est partiellement garanti par une police individuelle d'accident, Mutuelle Bleue ne prend à sa charge que les frais non couverts par la police dans la limite de ses tarifs de responsabilité et des clauses de ses statuts.

28.8 Exclusions

28.8.1 Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion

Ne donnent droit à aucun remboursement les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies pour chaque garantie dans les Conditions particulières. Les soins de toutes natures (notamment les séjours en établissements hospitaliers ou cliniques, les traitements d'orthodontie et les prothèses dentaires) dont les dates de première proposition, de prescription ou d'exécution se situent avant la date d'effet du Contrat, ne peuvent donner lieu à intervention.

28.8.2 Parcours de soins coordonnés et Contrat responsable

Il est à noter que le montant des prestations servies par le Régime Obligatoire pourra varier si l'Assuré ne respecte pas le parcours de soins coordonnés.

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. 160-13-II du Code de la Sécurité Sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 160-13-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 :

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

- o 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 ;

- Les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours, à accéder à son dossier médical personnel et à le compléter (à compter de la mise en place du dossier médical personnel).

- 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.

Les garanties du Contrat seront automatiquement adaptées en cas de modification des prescriptions liées au contrat responsable.

ARTICLE 29 : GARANTIE « TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE »

La garantie « frais de santé » inclut un service de Téléconsultation médicale assuré par Mutuelle Bleue en partenariat avec AXA ASSISTANCE France.

Les conditions d'utilisation de la prestation de Téléconsultation médicale sont définies aux Conditions Générales d'Utilisation annexées au présent Contrat.

CHAPITRE 2 : LES GARANTIES ADDITIONNELLES AU CONTRAT ADEP SANTÉ ENTREPRISE

Les garanties additionnelles présentées ci-dessous sont incluses dans le Contrat qu'en cas de souscription par la Personne morale d'un niveau de garantie supérieur ou égal à la garantie CR 200. Les dispositions afférentes aux garanties additionnelles ne s'appliquent donc pas aux niveaux ANI et ANI +.

ARTICLE 30 : LA GARANTIE « INDEMNITÉ FUNÉRAIRE »

30.1 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet le versement d'un capital forfaitaire en cas de décès d'un Assuré.

La garantie « Indemnité Funéraire » cesse en toute hypothèse, au plus tard le 31 décembre de l'année du soixante-cinq (65e) anniversaire de l'Assuré.

Le montant du capital assuré est mentionné sur le tableau des garanties figurant aux Conditions particulières du Contrat, il diffère en fonction de la formule retenue.

Ce capital est obligatoirement affecté au financement et à la réalisation des obsèques de l'Assuré. Conformément à l'article L. 223-5 du Code de la mutualité, la garantie ne peut être contractée sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze (12) ans, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

La mise en application d'une clause d'exclusion de garantie définie à l'article 30.4 des présentes ne donne pas droit au versement du capital.

30.2 Application de la Garantie - Bénéficiaires

En cas de décès de l'Assuré l'ADEP règle le montant de l'Indemnité Funéraire correspondant à la formule de garantie retenue, dans les trente (30) jours suivants la réception de l'intégralité des pièces nécessaires au paiement. A défaut de règlement dans ce délai, le capital non versé produira des intérêts conformément à la réglementation en vigueur. Le montant de l'Indemnité Funéraire est réglé à la personne ayant réglé les frais d'obsèques, sur présentation de la facture, et jusqu'à hauteur des frais engagés.

Il est à noter que le montant du capital est susceptible d'être insuffisant pour couvrir les frais d'obsèques. Le solde du capital assuré éventuellement restant sera versé au bénéficiaire définit ci-après :

- au conjoint survivant de l'Assuré, non séparé de corps par un jugement définitif, ni divorcé, ou au partenaire avec lequel l'Assuré est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;

- à défaut, aux descendants de l'Assuré, 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 par parts égales entre eux, ou au survivant d'entre eux ;

- à défaut, aux frères et sœurs de l'Assuré par parts égales entre eux ;

- à défaut, aux héritiers de l'Assuré, selon la dévolution successorale.

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

L'Assuré peut désigner le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès dans le Bulletin Individuel d'Affiliation et ultérieurement, par avenant, ou suivant toute autre forme juridiquement valide notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que la rédaction de la clause bénéficiaire doit être claire et sans ambiguïté ; le bénéficiaire désigné doit être clairement identifiable (préférer par exemple « mon conjoint » à son nom, en cas de divorce).

Il est conseillé de prévoir un ou plusieurs bénéficiaire(s) de second rang (par exemple, mon conjoint, ou à défaut, mes enfants nés ou à naître).

Toute désignation de bénéficiaire qui ne serait pas portée à la connaissance de Mutuelle Bleue ou d'ADEP ne lui sera pas opposable. La clause bénéficiaire peut être modifiée si celle-ci

n'est plus appropriée. L'attention de l'Assuré 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 Mutuelle Bleue, de l'Assuré et du bénéficiaire, soit par acte authentique ou par acte sous seing privé, signé de l'Assuré et du bénéficiaire, mais dans ce cas, elle n'a d'effet à l'encontre de Mutuelle Bleue que lorsqu'il lui a été notifié par écrit.

30.3 Terme de la garantie

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

La garantie « Indemnité Funéraire » cesse en toute hypothèse, au plus tard le 31 décembre de l'année du soixante-cinq (65e) anniversaire de l'Assuré.

30.4 Exclusions

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

ARTICLE 31 : LA GARANTIE « CAPITAL CANCER »

31.1 Objet de la garantie

La garantie « Capital Cancer » a pour objet le versement d'un capital forfaitaire de mille cinq cent (1500) euros, en cas de Diagnostic d'un Cancer féminin ou d'un Cancer de la prostate chez l'Assuré(e) âgé(e) de plus de vingt (20) ans et de moins de soixante (60) ans. **En tout état de cause, la garantie cesse au plus tard le 31 décembre de l'année du soixantième (60e) anniversaire de l'Assurée et/ou de l'Assuré.**

Un Délai de carence de six (6) mois est appliqué à compter de la date d'effet du Contrat.

31.2 Définitions

Il faut entendre par :

- 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.
- Diagnostic : Résultat d'un examen effectué par un anatomopathologiste.

31.3 Terme de la garantie

Le versement du capital met définitivement fin à la garantie «Capital Cancer». Un nouveau Diagnostic ou une rechute de l'Assuré ne donnera pas droit à un second versement de capital. La garantie prend fin à la date de résiliation du présent Contrat et à la date d'effet de la résiliation de l'affiliation au présent Contrat. **La garantie « Capital Cancer » cesse en toute hypothèse, au plus tard le 31 décembre de l'année du soixantième (60e) anniversaire de l'Assuré(e).**

31.4 Exclusions

Sont exclus de la garantie :

En ce qui concerne les Assurés de sexe féminin :

- 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 Assurés 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 32 : GARANTIE

« ALLOCATION NAISSANCE » ET « ALLOCATION MARIAGE »

32.1 Allocation naissance

La garantie « Allocation naissance » a pour objet le versement d'un capital à la naissance de votre enfant. Le montant du capital garanti est fonction du niveau de garanties choisis par l'employeur.

Un Délai de carence de dix (10) mois est appliqué à compter de la date d'effet du Contrat.

32.2 Allocation mariage

La garantie « Allocation mariage » a pour objet le versement d'un capital à l'occasion de votre mariage. Le montant du capital garanti est fonction du niveau de garanties choisis par l'employeur.

Un Délai de carence de trois (3) mois est appliqué à compter de la date d'effet du Contrat.

ARTICLE 33 : LES GARANTIES

« PROTECTION JURIDIQUE » ET « ASSISTANCE »

Les garanties « Protection juridique » et « Assistance » sont assurées par d'autres organismes que Mutuelle Bleue dont les coordonnées figurent en Annexe des présentes. Les conditions dans lesquelles les prestations sont assurées figurent dans les Conditions générales de chaque prestataire, transmises par l'ADEP.

TITRE 4 - PORTABILITÉ DES

GARANTIES ARTICLE L. 911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

ARTICLE 34 : OBJET DE L'ARTICLE L. 911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les garanties souscrites au titre du présent Contrat peuvent être maintenues à titre gratuit au bénéfice des anciens salariés de la Personne morale souscriptrice, et le cas échéant de leurs Ayants droit, conformément aux dispositions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 35 : BÉNÉFICIAIRES DU MAINTIEN DES DROITS

Les bénéficiaires du maintien sont les salariés dont le contrat de travail a été rompu, à condition :

- que la cessation du contrat de travail ne soit pas consécutive à une faute lourde ;
- qu'ils soient pris en charge par le régime d'assurance chômage ;
- que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

Les Ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties souscrites au titre du présent Contrat à la date de la cessation du contrat de travail, bénéficient également du maintien des garanties dans les mêmes conditions.

ARTICLE 36 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DU MAINTIEN

Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze (12) mois.

À l'issue de ce maintien, les anciens salariés bénéficiant notamment d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu

de remplacement, peuvent, conformément à l'article 4 de la Loi Evvin du 31 décembre 1989, demander à bénéficier du maintien de couverture, à titre individuel, sous réserve d'en faire la demande dans un délai de six (6) mois suivant le terme du présent maintien (cf. article 13.3 des présentes Conditions générales).

ARTICLE 37 : GARANTIES MAINTENUES

Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié et le cas échéant de ses Ayants droit, sont celles en vigueur dans l'entreprise. En cas de modification du présent Contrat collectif, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié.

ARTICLE 38 : MODALITÉS DE FINANCEMENT DU MAINTIEN

L'ancien salarié et le cas échéant ses Ayants droit bénéficient du maintien des garanties à titre gratuit, ce maintien étant financé par l'employeur et les salariés actifs à travers le système de la mutualisation.

ARTICLE 39 : OBLIGATIONS DE L'ANCIEN SALARIÉ

Pour bénéficier du maintien des garanties, l'ancien salarié doit justifier directement auprès d'ADEP, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues à l'article 35 ci-dessus (notamment de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage). Ainsi, l'ancien salarié doit informer sans délai l'ADEP de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien des garanties. Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

ARTICLE 40 : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE MORALE SOUSCRIPTRICE

La Personne morale souscriptrice doit signaler le maintien des garanties dans le certificat de travail et informer ADEP de la cessation du contrat de travail, dans un délai d'un mois.

ARTICLE 41 : CESSATION DU MAINTIEN

À l'égard de l'ancien salarié, le maintien des garanties cesse :

- en cas de défaut de paiement des cotisations afférentes aux garanties souscrites au titre du présent Contrat, dans les conditions prévues à l'article 27 ;
- à la date de cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage ou dès lors que l'ancien salarié n'apporte pas la preuve du bénéfice de cette indemnisation ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par le bénéficiaire ;
- à la date d'effet de la retraite Sécurité sociale du bénéficiaire ;
- à l'issue de la durée de maintien à laquelle le bénéficiaire a droit telle que définie à l'article 36 ;
- à la date d'effet de la résiliation du Contrat collectif souscrit par l'employeur.

À l'égard des Ayants droit de l'ancien salarié, le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation du maintien de l'ancien salarié,
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité d'Ayants droit.

NOTICE D'INFORMATION valant CONDITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1

L'OBJET DE LA PRESENTE NOTICE D'INFORMATIONS

Le présent document constitue la notice d'informations contractuelle valant conditions générales du contrat groupe « PROTECTION JURIDIQUE ADEP SANTÉ » (**dénommé ci-après le présent Contrat**) souscrit auprès de Cfdp Assurances par Adep, au profit de ses clients titulaires d'une offre santé.

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

LES DÉFINITIONS :

LE SOUSCRIPTEUR : ADEP – Société par Actions Simplifiées au capital de 22.800 €, ayant son siège social 11 rue Ferdinand Forest Prolongée – ZI JARRY – 97122 BAIE MAHAULT - GUADELOUPE, et son siège administratif au 574 route de Cornéilhien – CS 80618 – 34535 BEZIER, immatriculé au Registre du Commerce et des Sociétés de POINT A PITRE sous le numéro 480 434 281 et au Registre des Intermédiaires en Assurance (ORIAS) sous le matricule 07 035 445.

L'ASSUREUR : CFDP ASSURANCES – Entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.600.000 €, ayant son siège social immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156.

L'ADHÉRENT : Le particulier personne physique, ayant conclu un contrat d'assurance complémentaire santé auprès du Souscripteur.

VOUS OU LE(S) BÉNÉFICIAIRE(S) : L'Adhérent ainsi que son conjoint, concubin ou toute personne liée à lui par un PACS et leurs enfants fiscalement à charge, à jour du paiement de leur cotisation.

LE TIERS : Toute personne étrangère au présent Contrat.

LE LITIGE OU DIFFÉREND : Une situation conflictuelle Vous opposant à un Tiers causée par un événement préjudiciable ou un acte répréhensible Vous conduisant à faire valoir un droit contesté, à résister à une prétention ou à Vous défendre devant une juridiction. **Pour être couvert par le présent Contrat, le Litige ou le Différend doit être survenu et déclaré pendant la durée de votre adhésion audit Contrat.**

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

ARTICLE 2

LES PRESTATIONS DE L'ASSUREUR

2/1 L'ASSISTANCE TELEPHONIQUE :

Au numéro qui Vous est dédié, l'Assureur s'engage à Vous écouter et Vous fournir par téléphone des renseignements juridiques relevant du droit français et se rapportant aux garanties de protection juridique décrites dans la présente notice.

Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

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

QUE FAIRE EN CAS DE BESOIN D'ASSISTANCE JURIDIQUE ?

Contactez l'Assureur au : ☎ **04 67 13 87 44**

L'accès au service se fait du lundi au vendredi de 09H00 à 12H30 et de 14H à 18H.

2/2 UN ACCUEIL SUR RENDEZ-VOUS EN METROPOLE DANS LES QUARANTE DELEGATIONS DE CFDP ASSURANCES.

Sur simple demande, il Vous sera possible de rencontrer des juristes dans la délégation la plus proche parmi les trente-six (36) implantations réparties sur tout le territoire.

L'Assureur offre un maillage inégalé du territoire afin de Vous permettre d'être parfaitement accompagné où que Vous Vous trouviez.

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

2/3 LA GESTION AMIABLE

A la suite d'une déclaration de Litige, l'Assureur s'engage à :

- Vous conseiller et Vous accompagner dans les démarches à entreprendre,
- Vous assister dans la rédaction de vos courriers de réclamation,
- Vous aider à réunir les pièces et témoignages nécessaires à la constitution de votre dossier,
- Intervenir directement auprès du Tiers afin d'obtenir une solution négociée et amiable,
- Vous faire assister et soutenir par des experts ou des sachs lors de 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 plafonds contractuels garantis, les frais et honoraires d'experts et de sachs, voire ceux de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendu dans les mêmes conditions,
- Vous proposer une médiation indépendante des parties. Le médiateur sera désigné sur une liste par une association ou un groupement professionnel sur demande de l'Assureur et avec votre acceptation. Il prendra contact avec les parties, les réunira et les mettra en condition de trouver par elles-mêmes la solution au Litige en cours.

Toutes vos demandes sont traitées dans un délai maximum de trois (3) jours ouvrés. Bien entendu, en cas d'accord amiable, l'Assureur Vous accompagne jusqu'à sa mise en oeuvre effective.

La gestion amiable du Litige est réalisée dans un délai de :

- six (6) mois à compter de la date de la première intervention des services de l'Assureur,
- ou un (1) an si une expertise contradictoire s'est avérée nécessaire.

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

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

2/4 L'ACCOMPAGNEMENT DANS LA PHASE JUDICIAIRE

Lorsque toute tentative de résolution du Litige sur un terrain amiable a échoué, l'Assureur s'engage à :

- Vous faire représenter par l'auxiliaire de justice de votre choix. Conformément à l'article L127-3 du Code des Assurances, lorsque Vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, Vous représenter ou servir vos intérêts, Vous avez la liberté de le choisir.

Si Vous n'en connaissez pas, Vous pouvez Vous rapprocher de l'Ordre des avocats du barreau compétent ou demander par écrit à l'Assureur de Vous communiquer les coordonnées d'un avocat.

Vous avez la maîtrise de la direction du procès en concertation avec l'avocat que Vous avez choisi. L'Assureur reste néanmoins à votre disposition ou à celle de votre avocat pour Vous apporter l'assistance dont Vous auriez besoin.

Lors de la saisine de l'avocat, celui-ci est tenu en application des règles déontologiques de sa profession, de Vous faire signer une convention d'honoraires afin de Vous informer des modalités de détermination de ses honoraires et de l'évolution prévisible de leur montant.

- Prendre en charge sur présentation de justificatifs, dans la limite des montants contractuels garantis et dans celle des frais réellement exposés :

◊ les frais et honoraires des avocats et experts,

◊ les frais de procès comprenant notamment les frais d'huissiers, d'expertise judiciaire, la taxe d'appel...

Par principe, Vous faites l'avance des frais et honoraires et l'Assureur Vous rembourse sur justificatifs le montant des factures réglées dans la limite des montants contractuels garantis. Si la convention d'honoraires le prévoit ou si Vous en faites la demande, l'Assureur peut procéder directement au règlement de la facture adressée par l'avocat, et ce dans la limite des montants contractuels garantis.

Qu'il s'agisse d'un paiement direct ou d'un remboursement, le règlement de l'Assureur sera effectué au plus tard trente (30) jours après réception des justificatifs, et interviendra Toutes Taxes Comprises.

La subrogation :

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

- LES SOMMES DONT VOUS ÊTES LÉGALEMENT REDEVABLE AU TITRE DE DROITS PROPORTIONNELS,
- LES HONORAIRES DE RÉSULTAT DE TOUT AUXILIAIRE DE JUSTICE.

ARTICLE 5

LA DÉCLARATION DE SINISTRE

Pour déclarer votre Sinistre, Vous devez adresser à l'Assureur :

- la description de la nature et des circonstances de votre Litige avec la plus grande précision et sincérité,
- les éléments établissant la réalité du préjudice que Vous alléguiez,
- les coordonnées de votre adversaire,
- et toutes les pièces et informations utiles à l'instruction de votre dossier telles qu'avis, lettres, convocations, actes d'huissier, assignations...

COMMENT CONTACTER VOTRE ASSUREUR ?

Par courrier à :

 Cfdp Assurances – Immeuble le Fahrenheit – 120, Avenue Nina Simone
34000 MONTPELLIER

Par télécopie au : ☎ 04 67 85 82 63

Par mail à :  rbenderdouch@cfdp.fr

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

Vous devez déclarer votre Litige dès que Vous en avez connaissance, sauf cas de force majeure. Néanmoins, l'Assureur ne Vous opposera pas de déchéance de garantie pour déclaration tardive sauf s'il prouve que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice.

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

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

ARTICLE 6

LE FONCTIONNEMENT DU CONTRAT ET DES GARANTIES

6/1 L'APPLICATION DANS LE TEMPS

La durée de l'adhésion et des garanties :

Sous réserve du paiement de la prime, les garanties du Contrat Groupe suivent le sort de l'adhésion du (des) bénéficiaire (s) au contrat d'assurance complémentaire santé conclu auprès du souscripteur, auquel elles sont annexées.

Elles sont dues sans délai de carence pour tout Litige survenu et déclaré entre la prise d'effet des garanties et l'expiration de l'adhésion au présent Contrat à condition que Vous n'ayez pas eu connaissance de la situation conflictuelle avant l'adhésion.

La résiliation :

L'adhésion au présent Contrat peut être résiliée :

- en cas de résiliation de l'offre santé conclue auprès du Souscripteur,
- ou en cas de résiliation du présent Contrat, le Souscripteur s'engageant alors à informer l'Adhérent de la fin des garanties.

La prescription :

La prescription est l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un délai défini par la loi. Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L114-1 du Code des Assurances). Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance, ou en cas de Sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un Tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce Tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un Sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (article L114-2 du Code des Assurances). Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance du droit par le débiteur.

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

6/2 L'APPLICATION DANS L'ESPACE

Les garanties du présent Contrat s'exercent conformément aux modalités prévues à l'article 2 en France ainsi qu'en Principauté d'Andorre et Principauté de Monaco : l'Assureur s'appuiera le cas échéant sur des correspondants habilités par la législation locale.

Dans les autres pays, l'intervention de l'Assureur se limite au remboursement sur justificatifs des frais et honoraires de procédure à hauteur du plafond de prise en charge spécifique prévu à l'article relatif aux montants contractuels de prise en charge pour les pays autres que la France et les Principautés d'Andorre et de Monaco.

ARTICLE 7

LA PROTECTION DE VOS INTERETS

7/1 LE SECRET PROFESSIONNEL (article L127-7 du Code des Assurances) :

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

7/2 L'OBLIGATION A DESISTEMENT :

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

7/3 L'EXAMEN DE VOS RECLAMATIONS :

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

Toute réclamation concernant le présent Contrat, sa distribution ou le traitement d'un Litige, peut être formulée par priorité auprès de votre interlocuteur habituel, et si sa réponse ne Vous satisfait pas, auprès du Service Relation Client de l'Assureur par courrier à CFPD Assurances – Service Relation Client – immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON ou par e-mail à relationclient@cfdp.fr.

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

En cas de réponse défavorable du Service Relation Client de l'Assureur, Vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance.

7/4 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 statuant en la forme des référés.

Les frais exposés pour la mise en oeuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur ; toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en la forme des référés, peut en décider autrement lorsque Vous avez mis en oeuvre cette faculté dans des conditions abusives.

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

7/5 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.

7/6 LA LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTES » :

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, il est précisé que les données à caractère personnel recueillies sont obligatoires pour adhérer au présent Contrat et, qu'à ce titre, elles feront l'objet d'un traitement dont le responsable est l'Assureur, ce qu'acceptent expressément les personnes sur lesquelles portent les données.

Ces données pourront être utilisées par l'Assureur pour les besoins de la gestion des services souscrits en exécution du présent Contrat.

Elles pourront être également utilisées pour les actions commerciales de l'Assureur.

Ces données pourront également être communiquées à des Tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

Les Bénéficiaires du présent Contrat ont le droit d'obtenir communication de leurs données auprès de l'Assureur, d'en exiger, le cas échéant, la rectification, et de s'opposer à leur utilisation à des fins de prospection, notamment commerciale.

7/7 L'AUTORITE DE CONTROLE :

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 4 Place de Budapest - 75436 PARIS cedex 09.



MONDIAL ASSISTANCE FRANCE depuis les DOM au 09 69 36 72 08(*) depuis la MÉTROPOLE au 01 40 25 51 16
(*) prix d'un appel local depuis un poste fixe

et communiquez le nom et n° du contrat ; le nom, prénom et l'adresse exacte du bénéficiaire ainsi que le n° de téléphone où il peut être joint

du lundi au samedi de 12H à 22H* - hors jours fériés - Tél. DOM : 0969 36 72 08(*) - Métro : 0140 25 51 16

*heure Paris

(*) prix d'un appel local depuis un poste fixe

• Les informations d'ordre général : besoin de connaître le numéro du centre antipoison le plus proche ; les coordonnées d'une clinique et sa spécialité ; si vous partez en voyage, quel type de vaccin est nécessaire ; l'incidence de l'alimentation sur la santé...

• Les informations spécifiques à une pathologie : Alzheimer, parkinson, le sida... si vous cherchez une association en rapport avec une maladie, connaître son évolution, les risques de transmission...

• Les décès : la constatation, le don d'organe, le transport et la conservation du corps, les chambres funéraires...

• Les obsèques : les entreprises de pompes funèbres, les marbreries, la préparation des obsèques, le choix du cercueil, les concessions, les différents rites religieux...

• Les démarches de succession : le règlement des frais d'obsèques, l'apposition des scellés, le sort des biens du défunt, les formalités administratives, la déclaration à la mairie...

• La succession : le règlement, les modalités d'attribution, les droits du conjoint, les biens à déclarer, le paiement des droits et contrôle du fisc...

• L'héritage : le testament, les mineurs, les incapables majeurs, les héritiers vivant à l'étranger, l'indivision, les actes notariés, pièces héréditaires, le partage...

• Les droits du conjoint et de ses enfants : l'aide sociale, l'allocation veuvage, les pensions de réversion et le capital décès de la Sécurité Sociale...

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE - depuis les DOM : 0969 36 72 08(*) - depuis la Métropole : 0140 25 51 16
(*) prix d'un appel local depuis un poste fixe N° DE PROTOCOLE 920991

Si le bénéficiaire le souhaite et sur prescription médicale uniquement, MONDIAL ASSISTANCE France organise et prend en charge :

- La recherche et la réservation d'une place en milieu hospitalier, public ou privé, dans la limite des disponibilités, dans un rayon de 100 km autour du domicile du bénéficiaire.
- Le transport du bénéficiaire à l'hôpital et le retour au domicile en ambulance, de son domicile vers l'hôpital le plus proche ou de son choix, dans un périmètre de 50 km autour de son domicile.
- L'information à la famille, ou aux personnes désignées par le bénéficiaire, du lieu d'hospitalisation où elles pourront prendre des nouvelles.

I : HOSPITALISATION IMPRÉVUE 2 : IMMOBILISATION IMPRÉVUE À DOMICILE 3 : ASSISTANCE DÉCÈS
4 : ASSISTANCE AUX ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS DU BÉNÉFICIAIRE DÉCÉDÉ

La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire(*) : voyage aller/retour d'un proche ou d'une personne désignée, résidant sur le territoire concerné.
(*) non cumule avec le transfert des enfants chez un proche

Séjour à l'hôtel de la personne désignée au paragraphe « présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la mesure où il a aussi bénéficié de l'acheminement prévu au même paragraphe. Dans la limite de 45 € TTC par nuit et 90 € TTC au total.

La garde au domicile des enfants ou petits-enfants à charge, âgés de moins de 15 ans par une personne agréée : maximum 24 heures par période d'hospitalisation à raison de minimum 4 heures par jour aux heures et jours ouvrables (trajet compris), hors jours fériés. Si l'hospitalisation devait être prolongée il pourra être organisé la présence d'un proche au domicile ou le transfert des enfants chez un proche.

La présence d'un proche au domicile(*) : voyage aller/retour d'un proche ou d'une personne désignée, résidant sur le territoire concerné pour s'occuper des enfants de moins de 15 ans.
(*) non cumule avec le transfert des enfants chez un proche

Le transfert des enfants ou petits-enfants à charge, âgés de moins de 15 ans, chez un proche(*) : voyage aller/retour jusqu'à chez un proche désigné, résidant sur le territoire concerné avec possibilité d'accompagnement par un proche également désigné ou un correspondant de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

(**) non cumule avec la présence d'un proche ou la garde à domicile

La veille sur les ascendants vivant sous le même toit par une personne de compagnie maximum 24 heures par période d'hospitalisation à raison de minimum 4 heures par jour aux heures et jours ouvrables (trajet compris), hors jours fériés

La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)

- Soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC par période d'hospitalisation
- Soit chez un proche désigné(**) par le bénéficiaire résidant sur le territoire désigné dans un rayon de 100 km maximum du domicile.

(***) uniquement en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation imprévue

La livraison des médicaments en urgence : recherche d'une pharmacie proche du domicile ou de garde, achat et acheminement des médicaments prescrits par le médecin depuis moins de 24 h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire. 24h/24 et 7 j/7. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fait l'avance du coût de ces médicaments que le bénéficiaire remboursera au moment où ils seront livrés.

L'aide ménagère à domicile : dans la limite des disponibilités locales pour un maximum de 15 heures pouvant être réparties sur 3 semaines, à raison de minimum 3 heures par prestation aux heures et jours ouvrables (trajet compris), hors jours fériés. Si l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande d'aide doit être faite dans les 3 jours suivant le retour au domicile.

Le coiffeur à domicile : sur rendez-vous, pris en charge une fois par immobilisation, la prestation ne doit pas excéder 45 €.

La livraison et la mise à disposition du matériel médical qui lui a été prescrit par son médecin. La demande téléphonique doit être confirmée par courrier ou télécopie, le coût du matériel reste à la charge du bénéficiaire.

La recherche d'un médecin en l'absence du médecin traitant à l'endroit où se trouve le bénéficiaire, en lui communiquant ses coordonnées. Les frais de déplacements et les honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

La recherche d'une infirmière médicale, le plus près possible de l'endroit où se trouve le bénéficiaire, en lui communiquant ses coordonnées. Les frais de déplacements et les honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

1	2	3	4
hospitalisation imprévue	immobilisation imprévue au domicile	aide ménagère domicile	soins enfants (0-15 ans)
OUI	OUI	-	-
OUI	OUI	-	-
OUI	OUI	-	-
OUI	-	-	OUI
OUI	OUI	-	OUI
OUI	-	-	-
OUI	OUI	OUI	-
-	OUI	-	-
-	OUI	-	-
-	OUI	-	-
-	OUI	-	-

UNIQUEMENT SUR LE DÉPARTEMENT DE LA RÉUNION

La télé-assistance ponctuelle : mise à disposition au domicile d'un dispositif de télé-assistance pendant 3 mois, si le bénéficiaire est isolé pendant sa convalescence à la suite d'une hospitalisation de plus de 15 jours.
Le dispositif est composé d'un appareil de télécommunication spécial et d'un service d'écoute. Il permet à l'assuré de lancer une alerte de n'importe quel endroit de son habitation 24h/24 en actionnant une télécommande qu'il garde sur lui. Un opérateur entre en liaison avec lui sans qu'il ait à décrocher son téléphone et analyse la situation, rassure la personne, peut également contacter un proche ou faire intervenir le médecin, les pompiers, la police, un réparateur... Si le contact avec le bénéficiaire ne peut pas être établi, l'opérateur déclenche immédiatement l'intervention la plus rapide, les proches, amis ou voisins et les secours d'urgence si nécessaire.
Au-delà de 3 mois, si le bénéficiaire le désire, la télé-assistance pourra être prolongée à un tarif préférentiel.

PRESTATIONS SPECIALES

POUR ENFANT HOSPITALISÉ OU IMMOBILISÉ À DOMICILE

Pendant l'immobilisation prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou certificat médical, si celle-ci doit durer plus de deux jours et si aucun proche n'est disponible sur place :

La garde au domicile de l'enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent, dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'immobilisation.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 heures, aux heures et jours ouvrables (trajet compris), hors jours fériés et est assurée par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant convalescent lui préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens. Si l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande d'aide doit être faite dans les 3 jours suivant le retour au domicile.

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

Une aide pédagogique dans les matières scolaires principales lorsque l'immobilisation imprévue au domicile entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs.

Chaque demande est étudiée au cas par cas pour missionner le réparateur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'enfant. Il pourra avec l'accord du bénéficiaire et de son responsable légal, prendre contact avec l'établissement scolaire fréquenter afin d'examiner avec l'instituteur pour les professeurs l'étendue du programme à étudier.

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

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

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

15

ANNEXE 3 - TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

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 de AXA Assistance composée d'Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat (IDE) et de Médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins. Pour bénéficier de ce service vous devez contacter le numéro suivant :

(+33) 01 55 92 14 35

Plateforme disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

ARTICLE 3 : DÉFINITIONS

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

- « AXA Assistance France » : Société anonyme soumise au code des assurances - située 6, rue André Gide - 92320 Châtillon au capital de 2 082 094 € - RCS Nanterre 311 338 339, ci-après dénommée « AXA Assistance ».
- « Bénéficiaire[s] » : désigne un patient, et le cas échéant ses ayants droit, bénéficiant au titre de son contrat frais de santé de la prise en charge du service de Téléconsultation médicale fourni par AXA Assistance.
- « Equipe médicale » : structure d'assistance médicale qu'AXA Assistance met à disposition et adapte à chaque cas particulier.
- « Equipe de médecins » : Médecin ou Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat (IDE) salarié d'AXA Assistance.
- « Mutuelle Bleue » : Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité située 68 rue du Rocher 75396 Paris Cedex 08 - SIREN n° 775 671 993.
- « Médecin » : Médecin généraliste.
- « Téléconsultation » : consultation médicale par téléphone.

ARTICLE 4 : CADRE JURIDIQUE DE LA TÉLÉCONSULTATION

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

Ce service a pour objet de permettre à un Bénéficiaire, en tant qu'assuré de Mutuelle Bleue partenaire d'AXA Assis-

tance, 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'examens 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 MAMOUZOU
0269 60 24 88



ADEP Paris

70 rue du Rocher
75008 PARIS
0143 70 22 77

■ SANTÉ ■ OBSÈQUES ■ PRÉVOYANCE

PARTICULIERS & ENTREPRISES