



CONDITIONS GÉNÉRALES

ADEP SANTÉ Entreprise

SOMMAIRE

TITRE 1 DISPOSITIONS GÉNÉRALES	1
ARTICLE 1 : Objet	1
1.1 Dispositions générales	1
1.2 Objet des opérations obligatoires	1
1.3 Délai de carence	1
ARTICLE 2 : Services non régis par le présent contrat	1
ARTICLE 3 : Conclusion et Bénéficiaire du contrat	1
3.1 Parties au Contrat	1
3.2 Membres participants	1
3.3 Ayants droit	1
3.4 Bénéficiaires des prestations	2
ARTICLE 4. : Bénéficiaires du Contrat à titre obligatoire	2
ARTICLE 5 : Obligations d'information des Parties	2
5.1 Obligations relative à la remise de la Notice d'information	2
5.2 Obligations d'information du Souscripteur à l'égard d'ADEP	2
ARTICLE 6 : Obligations des Membres participant	2
ARTICLE 7 : Présentation annuelle des comptes	2
ARTICLE 8 : Fausses déclarations.....	2
ARTICLE 9 : Effet - Durée - Renouvellement du contrat	3
ARTICLE 10 : Adhésion du Souscripteur aux statuts de Mutuelle Bleue.....	3
ARTICLE 11 : Déclaration des autres organismes assureurs couvrant les mêmes risques	3
ARTICLE 12 : Entrée en vigueur des garanties	3
ARTICLE 13 : Modifications, suspension et cessation des garanties	3
13.1 Modifications des garanties à l'initiative de la Personne morale souscriptrice	3
13.2 Modification des garanties à l'initiative de la Mutuelle	3
13.3 Suspension des garanties	3
13.4 Cessation des garanties	3
13.5 Maintien des garanties	3
ARTICLE 14 : Résiliation	4
14.1 Résiliation à l'initiative de la Personne morale souscriptrice	4
14.2 Résiliation à l'initiative d'ADEP	4
14.3 Effet de la résiliation	4
ARTICLE 15 : Hypothèses de modification de la situation juridique de la Personne morale souscriptrice	4
ARTICLE 16 : Prescription	4
16.1 Désignation de la Prescription	4
16.2 Modalités de la Prescription	4
16.3 Interruption de la Prescription	4
16.4 Suspension de la Prescription	5
ARTICLE 17 : Subrogation	5
ARTICLE 18 : Sièg e social à l'étranger – Loi applicable	5
ARTICLE 19 : Protection des données personnelles.....	5
ARTICLE 20 : Réclamations - Médiation	5
ARTICLE 21 : Règles en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux	5
ARTICLE 22 : Organisme de contrôle	5
TITRE 2 - COTISATIONS	5
ARTICLE 23 : Mode de détermination des cotisations	5
ARTICLE 24 : Fixation des cotisations, indexation annuelle et évolution	6
ARTICLE 25 : Paiement des cotisations	6
25.1 Appel des cotisations	6
25.2 Règlement des cotisations	6
25.3 Incidents de paiement	6
ARTICLE 26 : Précompte de la cotisation par la Personne morale souscriptrice	6
ARTICLE 27 : Non-paiement des cotisations	6
27.1 En cas de précompte de la cotisation par la Personne morale souscriptrice	7
27.2 En l'absence de précompte de la cotisation par la Personne morale souscriptrice	7
TITRE 3 - LES GARANTIES ET LEURS MODALITÉS	7
Chapitre 1 : Les garanties du contrat ADEP SANTÉ ENTREPRISE.....	7
ARTICLE 28 : Les garanties « frais de santé »	7
28.1 Définitions	7
28.2 Dispositions générales	7
28.3 Dispositions particulières	7/8
28.4 Base de Remboursement	9
28.5 Demande de remboursement	9
28.6 Tiers payant	9
28.7 Limite des remboursements	9
28.8 Exclusions	9
ARTICLE 29 : Prestation « Téléconsultation médicale »	10
Chapitre 2 : Les garanties additionnelles au contrat ADEP SANTÉ ENTREPRISE	10
ARTICLE 30 : La Garantie « Indemnité Funéraire	10
30.1 Objet de la garantie	10
30.2 Application de la Garantie - Bénéficiaires	10
30.3 Terme de la garantie	10
30.4 Exclusions	10
ARTICLE 31 : La Garantie « Capital Cancer »	10
31.1 Objet de la garantie	10
31.2 Définitions	11
31.3 Terme de la garantie	11
31.4 Exclusions	11
ARTICLE 32 : Garantie « Allocation naissance » et « Allocation mariage	11
32.1 Allocation naissance	11
32.2 Allocation mariage	11
ARTICLE 33 : Les garanties « Protection juridique » et « Assistance »	11
TITRE 4 - PORTABILITÉ DES GARANTIES Article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale	11
ARTICLE 34 : Objet de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale	11
ARTICLE 35 : Bénéficiaires du maintien des droits	11
ARTICLE 36 : Prise d'effet et durée du maintien	11
ARTICLE 37 : Garanties maintenues	11
ARTICLE 38 : Modalités de financement du maintien.....	11
ARTICLE 39 : Obligations de l'ancien salarié	11
ARTICLE 40 : Obligations de la Personne morale souscriptrice	12
ARTICLE 41 : Cessation du maintien	12
ANNEXE 1 : PROTECTION JURIDIQUE ADEP santé.....	13-18
ANNEXE 2 - ADEP ASSISTANCE SANTÉ	19-26
ANNEXE 3 - téléconsultation médicale	27-28

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 Sirene sous le n° 775 671 993 25 Place de la Madeleine - 75008 Paris

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

FRAGONARD ASSURANCES, 7 rue Dora Maar 93400 Saint-Ouen sur Seine Entreprise régie par le Code des assurances SA immatriculée au RCS de Bobigny sous le n° 479 065 351 Par l'intermédiaire de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE 7 rue Dora Maar 93400 Saint-Ouen sur Seine 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 Régaud 69002 LYON n° de SIRET 958 506 156 01600 Entreprise régie par le Code des Assurances

Gestonnaire de la prestation « Téléconsultation »

AXA Assistance France - Société anonyme soumise au code des assurances

6, rue André Gide - 92320 Châtillon

SA au capital de 2 082 094 € - RCS Nanterre 311 338 339

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 Prudential et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

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 CR150 à CROPTIM 250, 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 ou les salariés de la Personne morale souscriptrice acquièrent la qualité de Membre participant.

Les Membres participant sont des personnes physiques qui bénéficient des prestations de la Mutuelle et en ouvrent le droit à leurs Ayants droit.

3.3 Ayants droit

Les Ayants droit sont des personnes bénéficiant des prestations au titre du présent Contrat assuré par 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

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 garanties souscrit, les garanties « Assistance », « Protection juridique », « Indemnité funéraire », « 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

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 leur 28^e anniversaire justifiant de la qualité :
 - d'étudiant ;
 - d'apprenti ;
 - de chercheur d'emploi ;
 - de personne handicapée ayant un taux d'incapacité permanente d'au moins 80% et ne pouvant prétendre au versement de l'allocation aux adultes handicapés ;
 - de bénéficiaire d'un contrat de professionnalisation ;
 - de bénéficiaire d'un contrat d'insertion.
- à la demande expresse du représentant légal, les ascendants, descendants et collatéraux vivant sous le toit du Membre participant et à sa charge.

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 1^{er} 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 relatives 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.

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.

A défaut d'opposition à la transmission automatique de ses données par le Régime Obligatoire à ADEP (procédure Noémie), l'intéressé est réputé avoir donné son accord à cette procédure.

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

ADEP évalue le risque sur la base des déclarations du Souscripteur et du Membre participant. Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part du Souscripteur ou du Membre participant, qui change l'objet du risque ou en

diminue l'opinion pour ADEP et Mutuelle Bleue, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Souscripteur ou le Membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque, peut entraîner la nullité de la garantie accordée au Souscripteur, voire la résiliation du Contrat.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à Mutuelle Bleue qui a droit, par l'intermédiaire d'ADEP, au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, Mutuelle Bleue et 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 1^{er} janvier, pour une durée d'une (1) année, sauf en cas de résiliation par l'une des Parties 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 interviend 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 à l'initiative de la Personne morale souscriptrice

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 Cornelhian 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 Modification des garanties à l'initiative de la Mutuelle

La modification proposée par la Mutuelle visant à mettre le

présent Contrat en conformité avec les règles relatives au Contrat Responsable est réputée acceptée à défaut d'opposition du Souscripteur.

La Mutuelle informe par écrit le Souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui en résultent.

Le Souscripteur dispose d'un délai de trente (30) jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un (1) mois après l'expiration du délai précité de trente (30) jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des Membres participants par le Souscripteur.

13.3 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.

13.4 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,
- À 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.

13.5 Maintien des garanties

Les garanties peuvent être maintenues au profit du Membre participant, et le cas échéant des 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'invaliddité, 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

14.1.1 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 ou support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux (2) mois avant la fin de l'année civile.

14.1.2 La Personne morale souscriptrice peut également mettre fin à son adhésion, à tout moment, sans frais ni pénalité, à l'issue d'un délai d'un (1) an à compter de la date de sa première souscription.

Pour ce faire, la Personne morale souscriptrice peut notifier à l'ADEP son souhait de résilier son Contrat :

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

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

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

- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;

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

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

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

Dans tous les cas, ADEP confirme par écrit la réception de la notification de résiliation à la Personne morale souscriptrice.

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

La résiliation du Contrat prendra effet :

- Lorsque la Personne morale souscriptrice a effectuée elle-même les formalités de résiliation : un (1) mois à compter de la date de réception de la notification de résiliation ;
- Lorsque le nouvel organisme assureur choisi par la Personne morale souscriptrice a effectué les formalités de résiliation : un (1) mois à compter du 1^{er} jour qui suit la date d'envoi de la notification de la résiliation.

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

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.

ARTICLE 16 : PRESCRIPTION

16.1. Définition de la prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la Mutualité.

16.2 Modalités de la prescription

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, 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, que du jour où Mutuelle Bleue, ou ADEP, en a eu connaissance.

- 2° 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 Membre 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.

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le Bénéficiaire n'est pas le Membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les Ayants droit du Membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du Membre participant.

16.3. Interruption de la prescription

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la Mutualité, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par Mutuelle Bleue, ou 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 Mutuelle Bleue, ou à ADEP, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code de la Mutualité. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires

d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple,
- la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- L'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.
- A noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire, ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

16.4. Suspension de la prescription

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

ARTICLE 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 l'Assuré 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'Assuré dispose 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. L'Assuré peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant.

L'Assuré peut exercer leurs droits en s'adressant à : DPO (DPMS) ADEP, 574 route de Corneilhan - CS 80618 - 34535 BEZIERS ou par e-mail à dpo@adep.com.

En outre, l'Assuré 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.

Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales).

En cas de désaccord, l'Assuré peut introduire une réclamation auprès de la CNIL concernant la protection de ses 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.

- ADEP s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite sur tout support durable, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de ladite réclamation.

- En cas de réponse insatisfaisante à la réclamation, ou, à défaut de réponse d'ADEP dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, la Personne morale souscriptrice et l'Assuré auront la faculté de faire appel 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).

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

La proposition du Médiateur de la consommation de la Mutualité Française sera communiquée à Mutuelle Bleue, 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 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 de l'âge
- être fonction du salaire annuel brut versé par la Personne morale souscriptrice, réparti en fonction des tranches de salaire suivantes :
 - Tranche 1 : fraction du salaire du salarié limité au plafond de la Sécurité sociale
 - Tranche 2 : fraction du salaire du salarié comprise entre les valeurs d'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 aux audits 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. A défaut de dispositions contraires 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) 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 entendend de 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

- Non-paiement de sa part de cotisation par le Membre participant

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.

- Non-paiement de sa part de cotisation par le Souscripteur
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 Justificatifs

ADEP se réserve le droit de demander toute pièce justificative utile au remboursement des prestations (facture originale, prescription médicale, original du décompte relatif au remboursement du Régime Obligatoire, original du décompte relatif au remboursement du Régime Complémentaire en cas d'intervention d'un autre organisme assureur, bon de livraison, devis, bulletin de situation, bon de transport...).

Les justificatifs qui seront adressés à ADEP devront être des documents originaux (dans leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique issue du site de l'Assurance Maladie obligatoire). L'Assuré peut envoyer ses justificatifs par voie postale à ADEP.

Il est conseillé à l'Assuré d'envoyer à ADEP le ou les devis émis par les professionnels de santé avant chaque réalisation de soins ou de prestations.

Chaque devis fera l'objet d'une réponse de la part d'ADEP informant l'Assuré de son reste à charge éventuel.

ADEP contrôlera que le professionnel de santé n'a pas dépassé les Prix Limites de Vente ou les Honoraires Limites de Facturation.

28.3.2 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 Tarifaire 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.ameli-direct.ameli.fr

28.3.3 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 1^{er} janvier de l'année considérée.

28.3.4 La prestation « Lentilles »

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.

28.3.5 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).

28.3.6 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.

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, 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.

28.3.7 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.

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

28.3.8 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.

28.3.9 Prise en charge des séances d'accompagnement psychologique

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

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 Corneilhan - 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 ;

- La majoration du Ticket Modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- 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 : PRESTATION « 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 150. 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.

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

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

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

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

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

En outre, conformément aux dispositions de l'article L. 223-

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

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

La 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 sixième (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 sixième (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 bénéficie 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 Evin 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.

ANNEXE 1 - PROTECTION JURIDIQUE SANTE

CONDITIONS GENERALES - Accord cadre n° 6B344.A8

ARTICLE 1

L'OBJET DU CONTRAT

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

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

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

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

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

LES DEFINITIONS :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ARTICLE 2

LES SERVICES DE L'ASSUREUR

L'ASSISTANCE TELEPHONIQUE

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

Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

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

LA GESTION AMIABLE DE VOS LITIGES

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

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

Toutes vos demandes sont traitées dans un délai maximum de trois (3) jours ouvrés.

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

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

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

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

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

LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE PROCEDURE JUDICIAIRE

Lorsque toute tentative de résolution amiable de votre Litige a échoué, il Vous appartient de décider de porter votre Litige devant la juridiction compétente.

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

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

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

LE SUIVI JUSQU'A LA PARFAITE EXECUTION DES DECISIONS

Parce qu'un Litige ne se termine pas à la délivrance d'une décision de justice, l'Assureur Vous accompagne jusqu'à sa parfaite exécution, soit à l'amiable, soit par la saisine d'un huissier territorialement compétent.

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

L'intervention de l'Assureur cesse :

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

LES MONTANTS ET PLAFONDS CONTRACTUELS GARANTIS

BAREME APPLICABLE AUX HONORAIRES D'AVOCAT & D'EXPERT	En € TTC
PHASE AMIABLE	
Démarches amiables	
Intervention amiable	110
Protocole ou transaction	340
Consultation & expertise	
Consultation de spécialiste	390
Expertise amiable contradictoire	1 120
MARD (Modes Amiables de Résolution des Différends)	
Conciliateur de justice (assistance) Médiation de la consommation	390
Médiation conventionnelle Médiation judiciaire Arbitrage Procédure participative	560
PHASE JUDICIAIRE	
Assistance	
Assistance préalable à procédure pénale Assistance à une instruction Expertise judiciaire : assistance et dires (forfait)	390
Commissions ou juridictions de première instance	
Démarche au Parquet (forfait) Saisine du SARVI (forfait)	130
Commissions diverses (y compris CIVI) Conseil de l'ordre	560

Ordonnance sur requête (forfait)	450
Référé	670
Référé heure à heure	840
Tribunal de Police	560*
Tribunal Correctionnel	900*
Tribunal / Chambre de proximité	840*
Tribunal Judiciaire Tribunal Administratif Tribunal de Commerce Autres juridictions du 1 ^{er} degré	1120*
Conseil de Prud'hommes :	
• Référé, Phase de conciliation, Départage	560*
• Phase de Jugement, y compris audiences de mise en état:	840*
Incidents d'instance et demandes incidentes	670
Cours ou juridictions de recours	
Cour ou Jurisdiction d'Appel	1 820*
Recours devant le 1 ^{er} Président de la Cour d'Appel	560
Cour de Cassation Conseil d'Etat Cour d'Assises	2100 *
Autres juridictions	
Juridictions européennes (CJUE, CEDH) Juridictions étrangères	1120*
Juge de l'exécution Juge de l'exéquatour	670
PLAFONDS, FRANCHISE & SEUIL D'INTERVENTION	
En € TTC	
Plafond de prise en charge par Sinistre (France, Andorre, Monaco) :	25 000
<i>Dont plafond pour démarches amiables :</i>	560
<i>expertise judiciaire :</i>	5 500
Plafond de prise en charge par Sinistre (hors France, Andorre, Monaco) :	2 800
Seuil d'intervention :	0
Franchise :	0
<p>Les montants ci-dessous comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation...) et constituent la limite de la prise en charge même en cas de pluralité ou de changement d'avocats.</p> <p>Les honoraires sont réglés une fois la prestation effectuée et le remboursement sera effectué au plus tard dix (10) jours après réception de la facture acquittée ; il interviendra toutes taxes comprises.</p> <p>Les montants sont cumulables et représentent le maximum des engagements par juridiction (montants signalés par un astérisque*) ou par intervention même en cas de renvoi d'audience.</p> <p>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.</p>	

ARTICLE 3

LA PROTECTION JURIDIQUE SANTE

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

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

LE RECOURS MEDICAL ET PHARMACEUTIQUE

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

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

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

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

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

LA CONSOMMATION MEDICALE

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

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

ARTICLE 4

LES EXCLUSIONS GENERALES

L'ASSUREUR N'INTERVIENT JAMAIS POUR LES LITIGES :

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

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

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

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

ARTICLE 5

L'ACCES AUX SERVICES DE L'ASSUREUR

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

☎ 04 65 38 80 20 (prix d'un appel local)

✉ adep@cdfp.fr

📍 CFPD ASSURANCES – 569 rue Félix Trombe – CS 60011
66028 PERPIGNAN cedex

Pour déclarer votre Sinistre, Vous devez adresser par courrier, courriel ou tout moyen à votre convenance :

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

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

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

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

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

ARTICLE 6

LA VIE DU CONTRAT

L'APPLICATION DANS LE TEMPS

La durée de l'adhésion :

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

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

L'adhésion au Contrat prend fin en cas de :

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

La durée de la garantie :

Sous réserve du paiement de la prime, la garantie du Contrat prend effet dès l'adhésion et est applicable pendant toute la durée de l'adhésion, sauf pendant les périodes de suspension du contrat santé conclu auprès de l'Intermédiaire.

Elles sont dues sans délai de carence, pour tout Sinistre survenu entre la prise d'effet et l'expiration de votre adhésion à condition que Vous n'ayez pas eu connaissance du Fait Générateur avant l'adhésion.

La Prescription :

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

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

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance, ou en cas de Sinistre, que du jour où l'Assuré en a eu connaissance, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque-là.

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

La Prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure. La Prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la Prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un Sinistre. L'interruption de la Prescription de l'action peut, en outre, résulter (article L114-2 du Code des Assurances) :

- de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime,

- et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la Prescription sont :

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

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

L'APPLICATION DANS L'ESPACE

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

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

ARTICLE 7

LA PROTECTION DE VOS INTERETS

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

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

L'OBLIGATION A DESISTEMENT

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

L'EXAMEN DE VOS RECLAMATIONS

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

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

- en remplissant le formulaire de réclamation sur le site Internet de l'Assureur à l'adresse suivante : <https://www.cfdp.fr/deposer-une-reclamation>,
- par courrier à : CFDP Assurances – Service Relation Client – Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON,
- ou par 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.

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

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

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

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

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

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur ; toutefois, le Président du Tribunal judiciaire, statuant selon la procédure accélérée au fond, peut en décider

autrement lorsque Vous mettez en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

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

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

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

LA PROTECTION DE VOS DONNEES

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

Collecte et finalités d'utilisation de vos données personnelles :

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

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

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

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

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

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

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

La base juridique du traitement de vos données est fondée :

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

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

- l'Intermédiaire,

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

Localisation de vos données personnelles :

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

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

Durée de conservation de vos données personnelles :

Ces données sont conservées durant une période maximale correspondant au temps nécessaire aux différentes opérations ci-dessus listées ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou encore par la loi (Prescriptions légales).

Vos données personnelles ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire pour satisfaire ces finalités.

Droits à la protection :

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

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

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

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

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

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

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

Sécurité :

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

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

L'OPPOSITION AU DEMARCHAGE

Conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si Vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel Vous n'avez pas de relation contractuelle préexistante, ou de la part d'un professionnel avec lequel Vous avez une relation contractuelle préexistante mais pour des sollicitations n'ayant pas de rapport avec l'objet du Contrat, Vous pouvez Vous inscrire gratuitement

sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique :

- par courrier à : WORLDLINE - Service Bloctel - Immeuble River Ouest, 80 quai Voltaire - 95870 BEZONS,
- ou par Internet à l'adresse suivante :
<http://www.bloctel.gouv.fr>.

L'AUTORITE DE CONTROLE

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

BESOIN D'ASSISTANCE ?
Contactez-nous
 du lundi au samedi, hors jours fériés,
 de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine) :

Pour les résidents en France Métropolitaine :
 • depuis la France métropolitaine au : 01 40 25 16 77
 • depuis l'étranger au : + 33 1 40 25 16 77

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

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

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

FRAGONARD ASSURANCES
 SA au capital de 37 207 660 €
 479 065 351 RCS Bobigny
 Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen sur Seine
 Entreprise régie par le Code des assurances

sont mises en œuvre par :

AWP FRANCE SAS
 SAS au capital de 7 584 076,86 €
 490 381 753 RCS Bobigny
 Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen sur Seine
 Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>
 Ci-après dénommée «**Mondial Assistance**»

HOSPITALISATION		
Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
ASSISTANCE A DOMICILE		
Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	Illimité	Hospitalisation prévue et imprévue d'une durée au moins égale à 5 nuitées. L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 2 fois par période annuelle de garantie.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile	Forfait de 200 € TTC	Hospitalisation ambulatoire. L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation. La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 2 fois par période annuelle de garantie.
	Forfait de 100 € TTC	
Livraison en urgence de médicaments	100 € TTC maximum	Par Hospitalisation et par Bénéficiaire.
Transfert d'un Proche au chevet du Bénéficiaire	• Coût du Transport aller/retour • Frais d'hébergement : 45 € TTC par nuit dans la limite de 2 nuits consécutives	Hospitalisation imprévue d'une durée au moins égale à 5 nuitées.

1. EVENEMENTS GARANTIS

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

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

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

2. RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

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

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

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

SERVICES ET AIDES A DOMICILE

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

3. VALIDITE DE LA CONVENTION

VALIDITE TERRITORIALE

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

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

- Les prestations « Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire » et « Transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche » ainsi que « Assistance aux animaux de compagnie » sont effectués exclusivement au départ et à destination du territoire où est situé le Domicile.
- La prestation « Assistance aux animaux de compagnie » est acquise dans la limite des disponibilités locales.

DUREE DE VALIDITE

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

4. DEFINITIONS CONTRACTUELLES

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

ASCENDANT DEPENDANT A CHARGE

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

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

BENEFICIAIRE

Le terme « Bénéficiaire » se réfère indifféremment :

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

CONJOINT

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

DOMICILE

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

ENFANTS

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

FRANCE

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

HEBERGEMENT

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

HOSPITALISATION

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

Dans tous les cas, sont assimilés à une Hospitalisation :

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

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

Sont exclus :

- les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,
- les hospitalisations à domicile,
- les hospitalisations chirurgicales à but esthétique,
- les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.

HOSPITALISATION IMPREVUE

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

MEMBRE DE LA FAMILLE

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

PRESTATAIRE

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

PROCHE

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

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

TRANSPORT

Tout déplacement s'effectuant par :

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

5. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

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

Pour les résidents en France métropolitaine :

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

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

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

en indiquant :

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

6. PRESTATIONS

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

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

6.1 - INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE

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

- **Conseil santé**

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

Le Bénéficiaire peut également obtenir des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les questions générales sur la santé, les facteurs de risques, les questions de médecine générale, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives, les centres de prise en charge de la douleur.

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

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

Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend

contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

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

• Conseil social

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

• Services à la personne

Mondial Assistance peut :

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

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

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

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

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

6.2 - HOSPITALISATION

ASSISTANCE A DOMICILE

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

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

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

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

6.3 - DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE

- Evaluation des besoins et recommandations

Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Le Bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

- Enveloppe de services et d'aide à Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe dont le montant, les conditions et les limites sont indiqués à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

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

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

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

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

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

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

Le montant maximum indiqué à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISE EN CHARGE » ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

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

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

lui communiquer les coordonnées de Prestataires spécialisés dans les domaines de services

proposés.

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

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

Transport

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

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

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

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

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

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

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

Préparation du retour au Domicile

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

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

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

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

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

Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

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

Transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche

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

Garde à Domicile des Enfants

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

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

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

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

Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants

Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à leurs activités extrascolaires, Mondial Assistance prend en charge

le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

Veille ou prise en charge des Ascendants dépendants à charge

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

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

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

Portage des repas

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

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

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

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation « Aide à Domicile » de l'article 6.3.

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

Garde à Domicile de l'Enfant malade ou convalescent

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

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

Fermeture du Domicile quitté en urgence

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

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

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

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

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

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.

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

Livraison de courses

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

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

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Bien-être à domicile: coiffure et esthétique

Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants :

- esthétique,ienne,
- coiffeur,
- prothésiste capillaire,

y compris ceux réalisés à domicile.

7. RESPONSABILITE

Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère des Affaires étrangères <https://www.tresor.economie.gouv.fr/>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou

contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou ses proches de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. Elle ne sera pas tenue responsable :

- des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

8. EXCLUSIONS GENERALES

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

- **les frais non justifiés par des documents originaux,**
- **le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,**
- **les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,**
- **les conséquences :**
 - **des situations à risques infectieux en contexte épidémique,**
 - **de l'exposition à des agents biologiques infectants,**
 - **de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,**
 - **de l'exposition à des agents incapacitants,**
 - **de l'exposition à des agents radioactifs,**
 - **de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne,**
- **les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,**
- **les conséquences :**
 - **de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,**
 - **de maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,**
 - **des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées,**
- **les événements survenus de la pratique de sports dangereux ou de la participation du Bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallies ou à leurs essais préparatoires,**
- **les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).**

9. MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS

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

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

reclamation@votreassistance.fr

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

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

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

Si le désaccord persiste, après la réponse de l'assureur ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance
<http://www.mediation-assurance.org>

LMA
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFA ont mis en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficiaire d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini la Charte de la Médiation de l'Assurance.

10. COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE

Mondial Assistance fait élection de domicile en son siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen sur Seine.

Les contestations qui pourraient être élevées contre Mondial Assistance à l'occasion de la mise en œuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

11. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

- Article L114-1 du Code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance **sont prescrites par deux ans** à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

- Article L114-2 du Code des assurances

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

- Article L114-3 du Code des assurances

« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code Civil, parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice même en référé, l'acte d'exécution forcée.

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription, se reporter aux articles du Code civil précités.

12. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

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

Fragonard Assurances est le responsable du traitement des données

à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats.

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

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

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

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

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

13. AUTORITE DE CONTROLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09 - www.acpr.banque-france.fr

14. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE

La Convention est régie par la loi française.

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

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

La sécurité de vos données personnelles nous importe

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

1. Qui est le responsable du traitement des données ?

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

2. Quelles données personnelles sont collectées ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Qui peut accéder à vos données personnelles ?

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

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

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

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

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

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

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

5. Où sont traitées vos données personnelles ?

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

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

6. Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?

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

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsable(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;

- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;
- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et
- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente - Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

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

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

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement des données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis dans la section 6.

8. Combien de temps conserverons-nous vos données personnelles ?

Nous ne conserverons vos données à caractère personnel que pendant la durée nécessaire aux fins indiquées dans la présente déclaration de confidentialité puis elles seront supprimées ou anonymisées une fois qu'elles ne sont plus nécessaires. Ci-dessous nous vous communiquons quelques-unes des durées de conservation applicables aux finalités indiquées à la section 3 ci-dessus.

- Pour une durée de deux (2) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance
- En cas de sinistre – deux (2) ans à compter du règlement du sinistre.
- En cas de sinistre avec dommages corporels – dix (10) ans à compter du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations – deux (2) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat – deux (2) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Toutefois, sachez que des obligations ou des événements spécifiques supplémentaires peuvent parfois annuler ou modifier ces durées, tels que des litiges ou des enquêtes réglementaires en cours, qui peuvent remplacer ou suspendre ces durées jusqu'à ce que l'affaire soit close et que le délai applicable d'examen ou d'appel ait expiré. En particulier, les durées de conservation basées sur des prescriptions dans le cadre d'actions en justice peuvent être suspendues puis reprendre par la suite.

9. Comment nous contacter ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS

Département Protection des Données Personnelles

7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen sur Seine

E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

10. À quelle fréquence mettons-nous à jour la présente déclaration de confidentialité ?

Nous procédons régulièrement à la révision de cette déclaration de confidentialité.

PREAMBULE

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

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

ARTICLE 1 : OBJET

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

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

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

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

Pour bénéficier de ce service vous devez contacter le numéro suivant : (+33) 01 55 92 14 03, plateforme disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

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

ARTICLE 3 : DEFINITIONS

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

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

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

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

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

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

Médecin : Médecin généraliste.

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

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

ARTICLE 4 : CADRE JURIDIQUE DE LA TELECONSULTATION

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

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

médicaux salariés d'AXA Assistance.

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

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

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

Les services fournis sont de sept (7) types :

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

5.1. Téléconsultation médicale

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

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

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

Cette réponse pourra s'effectuer sous forme :

- De conseil(s) au Bénéficiaire ;
- D'orientation vers 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 seize (16) et vingt-cinq (25) ans,
 - un stomatologue,
- De prescription écrite médicamenteuse ;
- De mise en relation avec des médecins spécialistes ;
- De mise en relation avec des professionnels de santé (diététiciens et psychologues) ;
- De livraison de médicaments ;
- De prise de rendez-vous pour une consultation physique ;
- De prescription écrite d'examen(s) complémentaire(s).

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

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

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

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

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

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

5.2 Service d'information médicale accessoire

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

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

5.3 Orientation

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

5.4 Téléconseil médecins spécialistes

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

Cette prestation est accessible uniquement sur acceptation du Bénéficiaire.

5.5 Téléconseil bien-être

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

5.6 Livraison de médicaments

L'Equipe Médicale d'AXA Assistance organise et prend en charge la livraison des médicaments prescrits dans le cadre d'une Téléconsultation délivrée par AXA Assistance auprès du Bénéficiaire. Cette prestation est accessible uniquement après une prescription d'une ordonnance lors d'une Téléconsultation. Elle est limitée aux départements géographiques suivants : 75, 92, 93, 94. Ce service est accessible de 8h30 à 22h30 en semaine et de 8h30 à 18h00 les week-ends et jours fériés dans le 75. Il est accessible de 8h30 à 19h30 en semaine et de 8h30 à 18h00 les week-ends et jours fériés dans les autres départements.

5.7 Prise de rendez-vous pour une consultation physique

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

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

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

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

ARTICLE 6 : EXCLUSIONS

Sont exclus de la Téléconsultation :

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

ARTICLE 7 : RESPONSABILITE

7.1. Responsabilité d'AXA Assistance

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

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

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

7.2. Responsabilité du Bénéficiaire

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

ARTICLE 8 : RECLAMATIONS ET DIFFERENDS

8.1. Traitement des réclamations

AXA Assistance veille à offrir un service de qualité. Si, après avoir contacté AXA Assistance par téléphone, une incompréhension subsiste, le Bénéficiaire peut adresser sa demande sous pli confidentiel à :

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

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

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

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

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

8.2. Différends

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

La loi applicable est la loi française.

ARTICLE 9 : PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

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

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

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

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

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

Les données enregistrées sur le Bénéficiaire sont :

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

Les données sont conservées pendant vingt (20) ans.

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

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

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

Contactez le DPO par courrier postal : **AXA PARTNERS - Délégué à la Protection des données - 6 rue André Gide 92320 Châtillon** Le Bénéficiaire dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL concernant la protection de ses Données personnelles, par courrier à :

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

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

ARTICLE 10 : COORDONNEES

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

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



Assurément proche !

ADEP est le spécialiste des assurances de personnes, auprès des particuliers et des entreprises, depuis plus 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.

33 agences proches de vous !



ADEP Guadeloupe Siège social

11 Immeuble WEST SIDE
Rue Ferdinand Forest Prolongée - ZI Jarry
97122 BAIÉ MAHAULT
0590 38 00 22



ADEP Martinique

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



ADEP Guyane

1 place Victor Schoelcher
97300 CAYENNE
0594 25 00 25



ADEP Réunion

6 rue Terrain l'Avion
L'Eperon
97435 SAINT PAUL
0262 34 90 90



ADEP Mayotte

17 Place Mariage
97600 MAMOUDZOU
0269 60 24 88



ADEP Paris

3 Rue Beudant
75017 PARIS
0143 70 22 77

■ SANTÉ ■ OBSÈQUES ■ PRÉVOYANCE

PARTICULIERS & ENTREPRISES