

# Humania

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

1/ LES STATUTS MILTIS

2/ LES STATUTS DE L'ASSOCIATION RMP

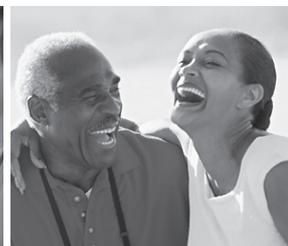
3/ NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE DE LA GARANTIE « **HUMANIA** »

4/ ANNEXE AU CONTRAT **HUMANIA**

5/ EXEMPLE DE REMBOURSEMENT

6/ DOCUMENTS CONTRACTUELS DES GARANTIES ADDITIONNELLES :

- CONDITIONS GÉNÉRALES DE LA GARANTIE « **ASSISTANCE** »
- NOTICE D'INFORMATION DE LA PROTECTION JURIDIQUE « **SANTÉ LIGHT** »



# STATUTS

## de la mutuelle

### TITRE I • FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

#### CHAPITRE 1 • Formation et objet de la mutuelle

##### Article 1 • Dénomination de la mutuelle

Il est constitué une mutuelle, dénommée MILTIS, qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Elle est enregistrée sous le n° SIREN 417 934 817.

##### Article 2 • Siège de la mutuelle

La mutuelle est établie au 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON.

##### Article 3 • Objet de la mutuelle

La mutuelle mène, notamment au moyen des cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droits, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par les présents statuts, afin de contribuer à leur développement culturel, moral, intellectuel et physique et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

À cet effet, la Mutuelle se propose de :

##### À titre principal :

- Pratiquer une activité d'assurance dans le cadre d'opérations individuelles ou collectives dans les branches pour lesquelles elle est agréée, telles que définies par l'article R. 211-2 du Code de la mutualité et qui sont les suivantes :
  - Accidents (branche 1) ;
  - Maladie (branche 2) ;
  - Vie, Décès (branche 20).

Dans le cadre de la couverture des risques relevant de ces branches, la Mutuelle pourra :

- Accepter les engagements mentionnés ci-dessus en réassurance, conformément à l'article L. 111-1 du Code de la mutualité ;
- Coassurer ces mêmes risques en application de l'article L. 227-1 du Code de la Mutualité ;
- A la demande d'autres mutuelles ou union, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues au Livre II pour la délivrance de ces engagements, vis-à-vis de leurs membres participants ainsi que de leurs ayants-droit.

##### À titre accessoire :

- Mettre en œuvre, en tant qu'activité accessoire et accessible uniquement à ses membres participants et à leurs ayants-droits, une action sociale, qu'elle soit individuelle ou collective, notamment sous la forme de fonds de secours, de prévention des risques de dommages corporels, ou de gestion de réalisations sanitaires et sociales, dans les conditions définies par le Code de la mutualité ;
- En application de l'article L. 116-1 du Code de la Mutualité, présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance ;  
En application de l'article L. 116-2 du Code de la Mutualité, la Mutuelle pourra recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance pour distribuer des adhésions individuelles à des règlements mutualistes et / ou les contrats collectifs qu'elle assure.  
La Mutuelle peut déléguer à tout organisme habilité pour ce faire, la gestion de tout ou partie des contrats collectifs qu'elle assure.

Elle peut également gérer pour le compte de tiers, dans le cadre d'une délégation de gestion, tout ou partie des contrats individuels ou collectifs assurés par un autre organisme assureur.

La Mutuelle peut participer au développement à la gestion des dispositifs de Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et d'Aide au paiement de la Complémentaire Santé (ACS). Enfin, elle pourra exercer et mettre en œuvre toutes opérations de quelque nature qu'elles soient se rattachant directement ou indirectement à l'objet ci-dessus et susceptible d'en faciliter le développement ou la réalisation.

La Mutuelle pourra adhérer à toute union de groupe mutualiste telle que définie par l'article L. 111-4-1 du code de la mutualité (UGM), à une Union Mutualiste de Groupe (UMG) telle que défini à l'article L.111-4-2 du Code de la Mutualité, ou à une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM).

La Mutuelle peut également :

- prendre une participation dans toute société civile ou commerciale par voie de création, d'apport, de souscription ou d'achat de droits sociaux pouvant se rattacher à des activités et dans le respect des dispositions du code de la Mutualité ;
- devenir membre d'une association ou d'un groupement d'intérêt économique (GIE).

##### Article 4 • Règlements mutualistes et contrats collectifs

Pour les contrats individuels, en application de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité, un ou des règlement(s) établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale, définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire de la mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

##### Article 5 • Respect de l'objet des mutuelles

Les instances dirigeantes de la mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité tels que les définit l'article L. 111-1 du Code de la mutualité.

### CHAPITRE 2 • Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

#### SECTION I • Conditions d'adhésion

##### Article 6 • Catégories de membres

La mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires.

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la mutuelle.

Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui paient une cotisation, ou font des dons ou ont rendu des services équivalents sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la mutuelle, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

Peuvent bénéficier des prestations de la mutuelle les ayants droit du membre participant :

- le conjoint, le partenaire de PACS ou le concubin ;
- les enfants du membre participant, de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin, de moins de 28 ans ;



# STATUTS

## de la mutuelle

- les ascendants à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale ;
- les autres personnes à charge du participant reconnues comme se ayant droits par la Sécurité sociale ;
- les enfants infirmes majeurs, titulaires d'un titre d'invalidité défini au 1° de l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles et considérés comme à charge du participant au sens de la législation sociale et fiscale en vigueur.

A leur demande, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants de la mutuelle sans l'intervention de leur représentant.

### Article 7 • Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité de membres de la mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article "CATÉGORIES DE MEMBRES" et qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chaque membre participant.

### Article 8 • Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

#### I • Opérations collectives facultatives

L'adhésion des salariés d'une entreprise ou des membres d'une personne morale résulte de la signature à titre personnel d'un bulletin d'affiliation qui emporte acceptation des dispositions des statuts, et des droits et obligations définis par la notice d'information propre au contrat collectif facultatif écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

Les salariés ou les membres acquièrent alors la qualité de membre participant.

La personne morale qui a souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle acquiert la qualité de membre honoraire conformément aux dispositions de l'article "CATÉGORIES DE MEMBRES".

#### II • Opérations collectives obligatoires

L'adhésion des salariés d'une entreprise résulte de la signature d'un contrat collectif obligatoire écrit souscrit par l'employeur auprès de la mutuelle et ce en application d'un accord de protection sociale complémentaire tel qu'institué en vertu des dispositions de l'article 911-1 du Code de la Sécurité sociale.

Les salariés d'une entreprise visés au contrat sont tenus de s'affilier à la Mutuelle. Ils acquièrent alors la qualité de membre participant.

L'employeur qui souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle acquiert la qualité de membre honoraire conformément aux dispositions de l'article "CATÉGORIES DE MEMBRES".

## SECTION II • Démission, radiation, exclusion

### Article 9 • Démission

La démission est donnée par écrit, soit par lettre recommandée, soit par envoi recommandé électronique, et ne peut prendre effet qu'à la date d'échéance, la demande de démission devant être reçue par la mutuelle au moins deux mois à l'avance.

### Article 10 • Radiation

Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L. 221-7, L. 221-8, L. 221-8-1, L. 221-14, L. 221-15 et L. 221-17 du Code de la mutualité.

### Article 11 • Exclusions

Peuvent être exclus, les membres qui auraient porté ou tenté de porter volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle, ou qui refusent d'exécuter les obligations prévues par les présents statuts, ou dont l'attitude ou la conduite est susceptible de causer un préjudice financier, matériel ou moral à la Mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

### Article 12 • Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion, ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

## TITRE 2 • ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

### CHAPITRE 1 • Assemblée Générale

#### SECTION I • Composition, élection

### Article 13 • Composition de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale est constituée des délégués élus par des collèges. Les membres participants et les membres honoraires de la mutuelle sont répartis en six collèges selon un critère lié à leur domiciliation géographique :

Collège 1 - Nord-est de la France (régions Hauts-de-France, Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté).

Collège 2 - Sud-est de la France (régions Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse).

Collège 3 - Sud-ouest de la France (régions Nouvelle Aquitaine et Occitanie).

Collège 4 - Nord-ouest de la France (régions Normandie, Bretagne, Pays de la Loire et Centre).

Collège 5 - Région Ile-de-France.

Collège 6 - Outre-mer et étranger.

### Article 14 • Nombre de délégués

Chaque délégué élu par le collège, dispose d'une voix à l'Assemblée Générale. Chaque collège dispose à l'Assemblée Générale, d'un nombre de délégués calculé de la façon suivante :

- 3 délégués pour un effectif inférieur à 5 000 membres,
- 1 délégué supplémentaire à partir de 5 000 membres, par tranche de 5 000 membres. Un même collège ne peut détenir plus d'un tiers de l'ensemble des droits de vote.

### Article 15 • Élection des délégués

Pour être élu délégué d'un collège, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans accomplis,
- n'avoir encouru aucune des condamnations prévues à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité,
- ne pas être salariés ou mandataires d'un organisme d'assurance ou de retraite.

Les membres honoraires de la mutuelle, peuvent être élus délégués. Leur nombre ne doit pas excéder le tiers du nombre total des délégués de l'ensemble des collèges. Les délégués sont élus pour six ans, ils sont rééligibles. Les membres de la mutuelle sont informés de l'élection des délégués au moins 45 jours avant le scrutin. Les candidatures doivent être adressées par lettre recommandée au siège de la mutuelle, au moins trente jours avant le scrutin. Le vote a lieu par correspondance, à bulletins secrets, au scrutin uninominal à un tour.

Les candidats non élus ayant obtenu dans le collège le plus grand nombre de voix constituent les délégués suppléants, l'ordre de suppléance étant fixé par nombre décroissant de voix obtenues et à égalité au plus jeune.



# STATUTS

## de la mutuelle

### Article 16 • Vacance en cours de mandat d'un délégué

La démission ou la perte de la qualité d'adhérent à la mutuelle, entraîne de droit la perte de la qualité de délégué ou de délégué suppléant.

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou pour toute autre cause d'un délégué de collège, celui-ci est remplacé par le délégué suppléant venant à l'ordre de suppléance défini à l'article précédent.

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause du délégué de collège et en l'absence de délégué suppléant, il est procédé, avant la prochaine Assemblée Générale, si elle n'est pas encore convoquée, à l'élection d'un nouveau délégué qui achève le mandat de son prédécesseur.

Les élections de délégués suppléants se déroulent dans les mêmes formes et conditions que celles des élections générales et telles que décrites à l'article "ÉLECTIONS DES DÉLÉGUÉS".

## SECTION II • Réunion de l'Assemblée Générale

### Article 17 • Convocation annuelle obligatoire

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration, au siège social ou en tout autre lieu indiqué dans la convocation.

A défaut, le président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

### Article 18 • Autres convocations

La convocation est obligatoire quand elle est demandée :

- soit par écrit, par le quart au moins des membres de la mutuelle,
- soit par la majorité des administrateurs composant le Conseil,
- soit par les commissaires aux comptes,
- soit par l'Autorité de Contrôle Prudentiel mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité ou un administrateur provisoire nommé par elle. En cas d'urgence, l'Assemblée Générale peut être convoquée par le Président, ou par les liquidateurs. A défaut, le président du Tribunal de Grande Instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la mutuelle enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

### Article 19 • Modalités de convocation de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale doit être convoquée quinze jours au moins avant la date de sa réunion.

L'ordre du jour des Assemblées Générales est fixé par le Conseil d'Administration à la majorité de ses membres. Il doit être joint aux convocations. Toute question dont l'examen est demandé cinq jours au moins avant l'Assemblée Générale par le quart au moins des délégués est obligatoirement soumis à l'Assemblée Générale.

Les délégués constituent l'Assemblée Générale, et procèdent aux votes et à l'élection des administrateurs.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'Assemblée Générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Chaque Assemblée Générale donne lieu à l'établissement d'une feuille de présence émargée par les délégués présents. Il est établi un procès-verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale.

### Article 20 • Compétences de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale ne délibère que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale de la mutuelle procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration.

En dehors des questions inscrites à l'ordre du jour, elle peut, en toute circonstance, révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement.

L'Assemblée générale peut également en toute circonstance, prendre les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de la mutuelle et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité. Elle statue sur :

- les statuts et ses modifications ;
- les activités exercées par la mutuelle ;
- l'existence et le montant des droits d'adhésion ;
- la souscription d'emprunts destinés à la constitution et à l'alimentation du fonds de développement conformément aux articles R. 212-4 et R. 212-5 du Code de la mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 ;
- les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du même Code ;
- l'adhésion à une union ou une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que sur la création d'une autre mutuelle, conformément aux articles L. 111-3 et L. 111-4 du Code de la mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 ;
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'organisme soit cédant ou cessionnaire ;
- le rapport moral, le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
- le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L. 114-34 ;
- le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers entre mutuelles ou unions régies par les livres II et III auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L. 114-39 ;
- les principes à respecter par les délégations de gestion, conformément à l'article L. 116-3 ;
- le rapport du Conseil d'Administration sur les opérations d'intermédiation et les délégations de gestion mentionné à l'article L. 116-4 ;
- toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée Générale décide :

- la nomination des commissaires aux comptes ;
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;
- les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité.

### Article 21 • Modalités de participation à l'Assemblée Générale

Les votes ont lieu selon les différentes modalités suivantes :

- Vote à main levée ou à bulletin secret en séance,
- Vote par procuration, conformément à l'article R.114-2 du Code de la Mutualité et aux modalités définies à l'article "VOTE PAR PROCURATION" des présents statuts.

### Article 22 • Vote par procuration

Le délégué empêché d'assister à l'Assemblée Générale peut s'y faire représenter par un autre délégué.

Un délégué ne peut recueillir plus de trois procurations. La Mutuelle organise le vote par procuration des délégués conformément aux articles L. 114-13, alinéa 2 et R. 114-2 du Code de la Mutualité.



# STATUTS

de la mutuelle

A compter de la date de la convocation de l'assemblée générale, une formule de vote par procuration doit être remise ou adressée aux frais de l'organisme à tout délégué qui en fait la demande. La mutuelle doit faire droit à toute demande déposée ou reçue au siège social au plus tard six jours ouvrables avant la date de la réunion.

A toute formule de vote par procuration, adressée aux délégués de l'assemblée par l'organisme, doit être joint le texte des résolutions proposées accompagné d'un exposé des motifs. Les délégués de l'assemblée générale qui votent par procuration doivent signer la procuration et indiquer leurs nom, prénom usuel et domicile ainsi que les noms, prénom usuel et domicile de leur mandataire. Ils doivent adresser la procuration à leur mandataire. Le ou la mandataire doit être délégué de l'assemblée générale de la mutuelle.

Le mandat est donné pour une seule assemblée, sauf dans les deux cas suivants :

- Un mandat peut être donné pour deux assemblées tenues le même jour ou dans un délai d'un mois, lorsque l'une se réunit pour exercer les attributions visées au I de l'article L. 114-12 et l'autre pour exercer les attributions visées au II du même article ;
- Un mandat donné pour une assemblée vaut pour les assemblées tenues sur deuxième convocation avec le même ordre du jour.

Pour le calcul du quorum, le délégué qui vote par procuration est considéré comme un membre représenté.

## Article 23 • Modalités de vote de l'Assemblée Générale

### I • Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptés

Lorsqu'elle se prononce sur :

- la modification des statuts ;
- les activités exercées ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 ;
- les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 ;
- le transfert de portefeuille ;
- les principes directeurs en matière de réassurance ;
- la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union.

L'Assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal à la moitié du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement si le nombre de ses délégués présents ou représentés représente au moins le quart du total des délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des délégués présents ou représentés.

### II • Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au I ci-dessus, l'Assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal au quart du total des délégués.

A défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents ou représentés.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des délégués présents ou représentés.

## Article 24 • Force exécutoire des décisions de l'Assemblée Générale

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale s'imposent à la mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la mutuelle et au Code de la mutualité.

## CHAPITRE 2 • Conseil d'Administration

### SECTION I • Composition, élection

#### Article 25 • Conditions d'éligibilité - Limite d'âge

La mutuelle est administrée par un Conseil dont les membres sont élus parmi les membres participants et honoraires à jour de leurs cotisations. Pour être éligibles au Conseil d'Administration les membres doivent être âgés de 18 ans accomplis, et n'avoir encouru aucune des condamnations prévues à l'article L 114-21 du Code de la mutualité.

Un ancien salarié de la mutuelle, ne peut être nommé administrateur de celle-ci pendant une durée de trois ans à compter de la fin de son contrat de travail.

En outre, ne sont pas éligibles les membres qui seraient salariés ou mandataires d'un organisme d'assurance ou de retraite. Conformément à l'article L. 114-23 du Code de la mutualité, une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de cinq Conseils d'Administration de mutuelles, unions et fédérations.

La limite d'âge, pour exercer les fonctions d'administrateur, est fixée à 70 ans.

Cette limite n'est applicable qu'aux deux tiers des membres du Conseil d'Administration. Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge, entraîne d'office la démission de l'administrateur le plus âgé. Toutefois, lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

#### Article 26 • Composition

Le Conseil d'Administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants. Le nombre d'administrateurs est compris entre 10 administrateurs au moins et 15 administrateurs au plus. L'Assemblée Générale fixe préalablement à chaque élection le nombre de poste d'administrateurs à pourvoir.

Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L. 212-7 du Code de la Mutualité.

Toute élection ou nomination intervenant en méconnaissance de ces dispositions est nulle.

Il est recherché une représentation équilibrée des femmes et des hommes conformément aux dispositions de l'article L. 114-16-1 du Code de la Mutualité.

#### Article 27 • Présentation des candidatures

Les déclarations de candidatures aux fonctions d'administrateur doivent être adressées au siège de la mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception reçue quinze jours calendaires au moins avant la date de l'Assemblée Générale.

#### Article 28 • Modalités de l'élection

Les membres du Conseil sont élus à bulletins secrets par l'Assemblée Générale au scrutin uninominal à un tour.

#### Article 29 • Durée du mandat

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de 6 ans.

La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres suppléants ou ceux qui ont été élus en cours de mandat achèvent le mandat du membre qu'ils remplacent.



# STATUTS

## de la mutuelle

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre de la mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 29 ;
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L. 114-23 du Code de la mutualité relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article ;
- un mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité ; lorsque, absents sans motif valable à trois séances dans l'année, le Conseil d'Administration les a déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions, la ratification de cette décision étant soumise à l'Assemblée Générale.

Les Administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée Générale.

### Article 30 • Renouvellement du Conseil d'Administration

Le renouvellement du Conseil a lieu par tiers tous les 2 ans. Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel les membres seront soumis à réélection.

### Article 31 • Vacance

**En cas de vacance de poste d'administrateur par décès, démission ou perte de qualité de membre participant ou de membre honoraire ou par cessation de mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution** en application de l'article L.612-23-1 du Code monétaire et financier : le Conseil d'Administration peut coopter un administrateur avant la prochaine réunion de l'Assemblée Générale.

Les candidats à la cooptation doivent satisfaire aux conditions fixées à l'article "CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ - LIMITE D'ÂGE" et leur candidature être formalisée dans les conditions prévues à l'article "PRÉSENTATION DES CANDIDATURES". Lesdits dossiers sont transmis au Président / aux administrateurs au moins quinze jours avant la date de la réunion du Conseil d'Administration devant statuer sur la cooptation.

Le Conseil d'Administration examine la conformité des candidatures au regard des conditions susvisées. Il vérifie ensuite qu'elles ne portent pas atteinte aux intérêts de la Mutuelle. Ils sont ensuite soumis au vote du Conseil d'Administration hors la présence des candidats dans les conditions prévues à l'article "DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION". En cas de pluralité de candidats pour un même poste, le Conseil d'Administration procède à une élection selon les conditions prévues à l'article "MODALITÉS DE L'ÉLECTION" des présents statuts.

Cette cooptation est soumise à ratification de la plus proche Assemblée Générale. La non-ratification par celle-ci de la nomination faite par le Conseil d'Administration entraîne la cessation du mandat de l'administrateur mais n'entraîne pas, par elle-même, la nullité des délibérations auxquelles il a pris part.

L'administrateur dont la cooptation a été ratifiée par l'Assemblée Générale achève le mandat de celui qu'il a remplacé.

En cas de vacances pour quelles que causes que ce soit, donnant lieu aux situations suivantes :

- si le nombre d'administrateurs devient inférieur au minimum légal, le Président du Conseil d'Administration fait procéder en urgence à un appel à candidatures au Conseil puis convoque au plus tôt une Assemblée Générale qui élit la totalité des membres d'un nouveau Conseil. A défaut de convocation, les dispositions prévues au I de l'article L. 114-8 du Code de la mutualité s'appliquent ;
- si le nombre d'administrateurs devient inférieur au minimum statutaire mais au moins égal au minimum légal, le Conseil d'Administration peut procéder à des élections complémentaires d'administrateurs.

Pour ce faire, il fait procéder en urgence à un appel à candidatures pour pouvoir les postes vacants. Après avoir reçu les candidatures, le Président du Conseil d'Administration convoque alors immédiatement une Assemblée Générale qui élit les administrateurs complémentaires nécessaires.

Les administrateurs élus achèvent le mandat de ceux qu'ils remplacent.

- si le nombre d'administrateurs restant est au moins égal au minimum statutaire, le Conseil d'Administration peut décider d'organiser une élection pour pourvoir aux postes vacants dans le cadre de la prochaine Assemblée Générale. Les administrateurs élus achèvent le mandat de ceux qu'ils remplacent.

## SECTION II • Réunions du Conseil d'Administration

### Article 32 • Réunions

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président et au moins quatre fois par an, au siège social ou en tout autre lieu indiqué dans la convocation, et chaque fois qu'il le jugera opportun.

Elle est envoyée aux membres du Conseil d'Administration 5 jours calendaires au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence. La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart des membres du Conseil. Les membres du Conseil d'Administration ne peuvent ni se faire représenter, ni voter par correspondance.

Le Président peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'Administration, qui délibère sur cette présence.

La participation et le vote au Conseil d'Administration en visioconférence ou audioconférence est possible sauf lorsque le Conseil d'Administration arrête les comptes annuels. Sont réputés présents les administrateurs et les représentants des salariés de la Mutuelle qui participent à la réunion par des moyens de visioconférence ou de télécommunication garantissant leur participation effective. Ces moyens satisfont à des caractéristiques techniques permettant la retransmission continue et simultanée des délibérations.

### Article 33 • Délibérations du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président de séance est prépondérante.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

## SECTION III • Attributions du Conseil d'Administration

### Article 34 • Compétences du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle.

À la clôture de chaque exercice, le Conseil d'Administration :

- arrête les comptes annuels, et le cas échéant les comptes consolidés ou combinés et établit, conformément à l'article L.114-17 du Code de la Mutualité, un rapport de gestion et le cas échéant un rapport de gestion groupe ;
- et établit :
  - un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes mentionnées à l'article L.212-6 du Code de la Mutualité ;
  - un rapport sur les décisions prises dans les domaines des opérations individuelles et collectives ;
  - le cas échéant, un rapport annuel sur les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion, visés aux articles L.116-1 à L.116-3 du code de la mutualité, qu'il présente à l'Assemblée Générale.

Il établit également :

- le rapport annuel sur les procédures d'élaboration et de vérification de l'information financière et comptable prévu à l'article R. 341-9 du Code des assurances ;



## STATUTS de la mutuelle

- le rapport annuel sur le contrôle interne prévu à l'article R.336-1 du Code des assurances y compris celui afférent au dispositif de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme en application de l'article A.310-9 du Code des assurances ;
- le rapport sur la solvabilité et la situation financière destiné au public visé à l'article L.355-5 du Code des assurances (SFCR) ;
- le rapport régulier à l'autorité de contrôle (RSR) ;
- les états quantitatifs annuels et trimestriels ;
- le rapport à l'autorité de contrôle sur l'évaluation interne des risques et de la solvabilité (ORSA) mentionné à l'article L.354-2 du Code des assurances.

Qu'il transmet à l'autorité de contrôle.

Il délibère au moins une fois par an sur la politique des placements.

Il fixe les montants ou les taux de cotisations et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L.221-2, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée Générale des décisions qu'il prend en la matière.

Le Conseil d'Administration adopte les règlements des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2, dans le respect des règles générales fixées par l'assemblée générale.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-5 du code de la mutualité, les modifications des règlements des opérations individuelles font l'objet d'une notification aux membres participants ou honoraires. Le Conseil d'Administration décide de la conclusion de traités de réassurance auprès d'un réassureur dans le cadre des règles générales définies par l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration procède à la mise en place du Comité d'Audit et des Risques.

Il approuve toutes les politiques écrites imposées par la réglementation et notamment celles relatives à la gestion des risques, au contrôle interne, à l'audit interne et le cas échéant, à l'externalisation.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux mutuelles.

Il fixe les conditions de versement des aides exceptionnelles allouées aux membres participants et à leur famille. Il peut déléguer ses pouvoirs en cette matière à une commission spécifique « Action Sociale » composée d'administrateurs ;

Le Conseil d'Administration est compétent pour décider d'agir en justice tant en demande qu'en défense. En cas d'urgence, le Président est compétent pour agir seul sous réserve de ratification de sa décision par le Conseil d'Administration.

### Article 35 • Délégations d'attribution par le Conseil d'Administration

Le Conseil peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs soit au bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions temporaires ou permanentes de gestion dont les membres sont choisis parmi les administrateurs.

### Article 36 • Délégation spéciale du Conseil d'Administration au Président ou au dirigeant opérationnel

Le Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de sa compétence en matière de fixation des montants ou des taux de cotisations et des prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'Administration ou au dirigeant opérationnel.

### Article 37 • Nominations

Le Conseil d'Administration nomme, sur proposition du Président, le dirigeant opérationnel qui ne peut être un administrateur et fixe le montant de sa rémunération. Il approuve les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la mutuelle. Le dirigeant opérationnel est révocable à tout moment par le Conseil d'Administration selon la même procédure.

Outre le dirigeant opérationnel, le Conseil d'Administration peut également, sur proposition de son Président, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personnes physiques, dont la fonction et la situation respectent les conditions fixées par l'article R211-15 du Code de la mutualité

Le Conseil d'Administration nomme la personne responsable de chacune des fonctions clés mentionnées à l'article L211-12 du Code de la Mutualité, sur proposition du dirigeant opérationnel.

Il entend directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il l'estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors la présence du dirigeant opérationnel si les membres du Conseil d'Administration l'estiment nécessaire.

Il garantit l'indépendance des responsables des fonctions clés et approuve les procédures (proposées par le dirigeant opérationnel) définissant les conditions dans lesquelles les responsables des fonctions clés peuvent informer directement et de leur propre initiative, le Conseil d'Administration lorsque surviennent des événements de nature à le justifier.

### Article 38 • Délégations de pouvoirs (dirigeant opérationnel)

Le Conseil d'Administration fixe les conditions dans lesquelles il délègue au Dirigeant opérationnel les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

## SECTION IV • Statut des administrateurs

### Article 39 • Situation et comportement interdits aux administrateurs

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par une mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité.

Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts. Les anciens membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer des fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

### Article 40 • Conventions réglementées soumises à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration

Toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou dirigeant opérationnel ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion, est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'Administration.

La décision du Conseil d'Administration doit intervenir au plus tard lors de la réunion du Conseil d'Administration où sont arrêtés les comptes annuels de l'exercice.

Les conventions auxquelles un administrateur ou un dirigeant opérationnel est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la mutuelle par personne interposée, ainsi que les conventions intervenant entre la mutuelle et toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs, le(s) dirigeant(s) salarié(s) de la mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, directeur général, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale dirigeant de ladite personne morale, sont soumises à l'autorisation du Conseil d'Administration.

Les conventions intervenant entre un administrateur ou un dirigeant opérationnel de la mutuelle et une personne morale appartenant au même groupe, au sens de l'article L. 212-7 du Code de la mutualité, sont soumises aux mêmes dispositions. Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L. 114-35 du Code de la mutualité.



# STATUTS

de la mutuelle

## Article 41 • Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

Les conventions portant sur les opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou le dirigeant opérationnel, sont communiquées par ce dernier au Président du Conseil d'Administration. La liste et l'objet desdites conventions sont communiquées par le Président aux membres du Conseil d'Administration et aux commissaires aux comptes. Ces éléments sont présentés par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées par le Code de la mutualité.

## Article 42 • Conventions interdites

Il est interdit aux administrateurs et au dirigeant opérationnel de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers. Toutefois, l'interdiction de contracter des emprunts ne s'applique pas lorsque les personnes concernées peuvent, en qualité d'administrateur et de dirigeant opérationnel, en bénéficier aux mêmes conditions que celles qui sont offertes par la mutuelle à l'ensemble des membres participants au titre de l'action sociale mise en œuvre.

Dans tous les cas, le Conseil d'Administration est informé du montant et des conditions des prêts accordés au cours de l'année à chacun des dirigeants.

La même interdiction s'applique aux conjoints, ascendants, descendants des administrateurs ainsi qu'à toute personne interposée.

## Article 43 • Indemnités versées aux Administrateurs

Les fonctions d'Administrateur sont gratuites. La mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du Code de la mutualité.

## Article 44 • Remboursement des frais aux administrateurs

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la mutualité.

Les administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant ont également droit à une indemnité correspondant à la perte de leurs gains dans les conditions fixées par l'article L.114-26 du Code de la mutualité et les textes réglementaires pris pour son application.

## Article 45 • Obligations des administrateurs

Les administrateurs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel. Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une Union ou une Fédération. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard (dans les mutuelles d'entreprises : ils sont également tenus de faire connaître les intérêts qu'ils détiennent ou envisagent de prendre dans l'entreprise au sein de laquelle la mutuelle est constituée, personnellement ou par personne interposée).

Les administrateurs sont tenus de faire connaître à la mutuelle les sanctions, même non définitives, qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la mutualité.

## Article 46 • Responsabilité

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la mutuelle ou envers un tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires,

des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion. La mutuelle étant une personne morale représentée par le Conseil d'Administration, elle peut être déclarée responsable pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du Code pénal.

Les peines encourues par les personnes morales sont :

- 1 - L'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du Code pénal ;
- 2 - Les peines mentionnées à l'article 131-39 du Code pénal. L'interdiction mentionnée à l'article 131-39 du Code pénal porte sur l'activité dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de laquelle l'infraction a été commise.

## CHAPITRE 3 • Président et Bureau

### SECTION I • Composition, élection, réunions

#### Article 47 • Élection du président et du bureau

Le bureau est élu parmi les membres du Conseil d'Administration à bulletins secrets, dans les conditions suivantes : le Président et les membres du bureau sont élus pour deux ans, par le Conseil d'Administration, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale statuant sur le renouvellement partiel du Conseil d'Administration. Ils sont rééligibles.

#### Article 48 • Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-Président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Dans l'intervalle, les fonctions de Président sont remplies par le Vice-Président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

En cas de vacance, pour quelque cause que ce soit, d'un autre membre du bureau, le Conseil d'Administration, lorsqu'il est complètement constitué, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

#### Article 49 • Composition du bureau

Le bureau est composé de la façon suivante :

- 1 Président
- 2 Vice-Présidents
- 1 Trésorier
- 1 Trésorier adjoint
- 1 Secrétaire
- 1 secrétaire adjoint

#### Article 50 • Réunions et délibérations

Le bureau se réunit sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de la mutuelle.

La convocation est envoyée aux membres du bureau cinq jours calendaires au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence. Le bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents. En cas de partage des voix, la voix du Président de séance est prépondérante.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

### SECTION II • Attributions des membres du bureau

#### Article 51 • Attributions

Le bureau exerce les attributions qui lui sont déléguées par le Conseil d'Administration ; il étudie toute question et instruit tout dossier en vue de leur présentation au Conseil d'Administration.



# STATUTS de la mutuelle

## CHAPITRE 4 • Dispositions diverses

### Article 52 • Principes de réassurance

- 1 - La mutuelle peut librement accepter en réassurance les engagements mentionnés dans son objet social.
- 2 - La mutuelle pourra se réassurer librement auprès d'entreprises régies ou non par le Code de la mutualité. En ce cas, la décision de réassurer tout ou partie des risques couverts par la Mutuelle auprès d'une entreprise non régie par le Code de la mutualité est prise par le Conseil d'Administration, conformément à l'article "COMPÉTENCES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION" des statuts, en conformité avec les règles générales de cession décidée par l'Assemblée Générale. Pour ce faire, avant toute signature d'un contrat, il procède par mise en concurrence des organismes.

### Article 53 • Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du Code de la mutualité, l'Assemblée Générale nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce. Le Président convoque le commissaire aux comptes à toute Assemblée Générale.

Le commissaire aux comptes porte à la connaissance du Conseil d'Administration les contrôles et vérifications auxquels il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par les articles L. 822-9 à L. 822-18 et suivants du Code de commerce, sous réserve des dispositions du Code de la mutualité. Il signale dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

### Article 54 • Fonds d'établissement

Le fonds d'établissement de la mutuelle est fixé à la somme de 500 000 euros. Son montant sera augmenté du montant des droits d'adhésion reçu et selon les besoins, par décision de l'Assemblée Générale.

### Article 55 • Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution volontaire de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article L. 212-14 du Code de la mutualité ainsi qu'à l'article "MODALITÉS DE VOTE DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE" des statuts.

L'Assemblée Générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'Administration.

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs des administrateurs, des dirigeants effectifs et des membres de commissions. L'Assemblée Générale, régulièrement constituée, conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement.

Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs. Elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale, statuant dans les conditions prévues ci-dessus, à d'autres mutuelles ou unions, ou au fonds de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du Code de la mutualité.

### Article 56 • Comité d'Audit interne et des risques

La Mutuelle est dotée d'un Comité d'Audit Interne et des Risques en charge d'assurer le suivi des prestations relatives à l'élaboration et au contrôle des informations comptables et financières.

Il ne peut être composé que d'administrateurs. Un membre au moins doit présenter des compétences en matière financière ou comptable et être indépendant au regard de critères précisés et rendus publics par le Conseil d'Administration.

Cependant, il peut être complété de deux membres extérieurs au plus, désignés par le Conseil d'Administration en raison de leurs compétences. Le Président du Conseil d'Administration ne peut pas être membre du Comité d'Audit Interne et des Risques.

Le Conseil d'Administration fixe le nombre des membres (administrateurs et membres externes) du Comité d'Audit Interne et des Risques.

Les membres du Comité d'Audit Interne et des Risques élisent le Président dudit Comité pour une durée de deux (2) ans.

## CHAPITRE 5 • Le mandataire mutualiste

### Article 57 • Définition et mode de désignation

Le mandataire mutualiste est une personne physique exerçant des fonctions distinctes de celles des administrateurs mentionnés à l'article L. 114-16 du Code de la Mutualité, qui apporte à la Mutuelle, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du mandat pour lequel il a été élu.

Le mandataire mutualiste est élu par le Conseil d'Administration à la majorité simple.

Le Conseil d'Administration détermine les missions attribuées au mandataire mutualiste.

Le mandataire mutualiste doit rendre compte annuellement de la réalisation de ces missions.

### Article 58 • Formation

La Mutuelle propose à ses mandataires mutualistes, lors de l'exercice de leur mandat, un programme de formation, à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

### Article 59 • Indemnisations

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites. Leurs frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent être remboursés dans les conditions définies par l'article "REMBOURSEMENT DE FRAIS AUX ADMINISTRATEURS" des présents statuts. ■



## STATUTS DE L'ASSOCIATION « REGIMES MEDICAUX ET PREVOYANCE »

### ASSOCIATION LOI DE 1901

#### Article 1 - Forme

Il est formé entre les adhérents aux présents statuts une association régie par la loi du 1er juillet 1901 et du décret du 16 Août 1901, ainsi que par tous les textes subséquents.

#### Article 2 - Dénomination

La dénomination de l'association est :

**REGIMES MEDICAUX ET PREVOYANCE**  
**« R.M.P »**

#### Article 3 - Siège

(Article modifié par l'AGE du 03/10/2022)

Le siège de l'association est fixé :

1050 Chemin des Exquerts  
ZA la TAPY  
84 170 MONTEUX

Il pourra être transféré sur simple demande du Conseil d'Administration qui devra être ratifiée par la plus prochaine Assemblée Générale.

#### Article 4 - Objet

(Article modifié par l'AGE du 02/09/2013)

L'association a pour objet dans l'intérêt de ses membres de :

- Mener un rapprochement en vue d'une action et d'une collaboration commune de personnes physiques ou morales de droit privé ou de droit public de mutuelles ou de compagnies d'assurances et de courtage en assurances de personne
- Mener et gérer librement ce rapprochement dans l'intérêt de ses membres. Les membres lui donnent tout pouvoir pour déterminer et choisir librement ces personnes physiques ou morales de droit privé ou de droit public de

mutuelles ou de compagnies d'assurances et de courtage en assurances de personne.

- Mettre au point au profit des adhérents des contrats de groupes d'assurance Santé aux conditions de garanties et de tarifs les plus favorables.

#### Article 5 - Membres

(Article modifié par l'AGE du 20/01/2014)

L'association se compose de :

1 : *Membres d'honneur*

Sont membres d'honneur les personnes qui ont rendu des services signalés à l'association et dispensés de droit d'entrée.

2 : *Membres actifs ou adhérents*

Sont membres actifs ou adhérents, les personnes qui ont adhéré à un contrat groupe souscrit par l'association et sont à jour de leurs cotisations statutaires.

Chaque membre prend l'engagement de respecter les présents statuts qui lui sont communiqués ou tenus à disposition lors de l'entrée de l'Association.

#### Article 6 - Admission

Pour faire partie de l'Association, les conditions nécessaires et suffisantes sont les suivantes :

- Remplir les conditions d'adhésion aux contrats d'assurances santé souscrit par l'Association,
- Adhérer à un contrat d'assurance santé souscrit par l'Association,
- S'acquitter des cotisations associatives.

#### Article 7 - Perte de la qualité de membre

(Article modifié par l'AGE du 20/01/2014)

La qualité de membre se perd par le seul fait de ne plus faire partie du réseau d'adhérent en ne bénéficiant plus d'un contrat d'Assurance santé et/ ou prévoyance suite à :

- décès,
- résiliation pour non-paiement de la cotisation annuelle du contrat d'assurance
- démission notifiée par lettre recommandée adressée au Président de l'Association. Toutefois pour les membres actifs, la démission se fait dans les formes précisées par la notice d'information du contrat Santé remise au membre lors de son adhésion à l'Association.
- radiation prononcée par le conseil d'administration pour motif grave

### **Article 8 - Les ressources de l'association**

Les ressources de l'Association comprennent :

- les cotisations fixées par l'assemblée générale : éventuels droits d'entrée acquittés par les nouveaux membres et cotisations annuelles,
- les subventions éventuelles de l'état, des départements et des communes,
- toute subvention ou participation de toute nature provenant d'un partenaire d'assurance ou d'une autre association.

### **Article 9 - Conseil d'administration**

L'association est dirigée par un conseil d'administration composé de membres élus pour trois ans par l'assemblée générale. Les membres sont rééligibles.

Le nombre des membres du conseil d'administration ne peut être inférieur à trois et ne peut excéder six membres.

En cas de vacance, le conseil pourvoit provisoirement au remplacement de ses membres. Il est procédé à leur remplacement définitif par la plus prochaine assemblée générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés.

Les fonctions d'administrateur prennent fin à l'issue de la réunion de l'assemblée générale ordinaire appelée à statuer sur les comptes de l'exercice écoulé et tenue dans l'année en cours de laquelle expire leur mandat.

### **Article 10 - Organisation du conseil d'administration**

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un bureau composé de trois membres au moins.

Les membres du bureau sont nommés pour une durée qui ne peut excéder celle de leur mandat d'administrateur.

Le bureau est formé au moins :

- d'un Président
- d'un Trésorier
- d'un Secrétaire

Pour les besoins de fonctionnement du bureau il peut en outre être procédé à la nomination d'un vice-président, d'un trésorier adjoint et d'un secrétaire adjoint.

### **Article 11 - Pouvoirs du conseil d'administration**

Le conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour agir au nom de l'association, dans les limites de son objet et dans celle imposées par la loi.

Le conseil d'administration dispose également des pouvoirs les plus étendus pour décider des modifications suivantes :

- Fixation et révision du montant d'un éventuel droit d'entrée,
- Fixation et révision du taux de cotisation,

Le Président assume sous sa responsabilité la direction générale de l'association et la représente dans ses rapports avec les tiers. Il a la faculté de se faire assister dans cette mission par un vice président nommé par le conseil.

Il est en outre chargé de présider les séances du conseil, sauf absence, auquel cas la présidence de la séance revient au vice président et à défaut à l'administrateur présent le plus âgé.

Le trésorier assume sous sa responsabilité la gestion financière de l'association. Il perçoit les cotisations et subventions au nom de l'association et règle les charges. Il a pour obligation de soumettre annuellement au conseil d'administration un rapport sur la gestion financière de l'association. Il peut se faire assister



dans cette mission par un trésorier adjoint nommé par le conseil.

Le secrétaire assume sous sa responsabilité la gestion administrative de l'association. Il convoque après accord du président et du conseil

d'administration le conseil et les assemblées générales. Il peut se faire assister dans cette mission par un secrétaire adjoint nommé par le conseil.

### Article 12 - Délibération du conseil d'administration

Le conseil d'administration se réunit aussi souvent que l'intérêt de l'association l'exige, sur la convocation de son président ou celle du tiers au moins de ses membres.

Les convocations sont faites par tous moyens.

Le conseil ne délibère valablement que si la moitié au moins des administrateurs sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des voix.

Les délibérations sont constatées dans des procès verbaux établis conformément aux dispositions légales.

### Article 13 - Assemblée générale ordinaire

*(Article modifié par l'AGE du 20/01/2014)*

L'Assemblée générale ordinaire comprend tous les membres de l'association et se réunit chaque année **le premier samedi du mois de Mai** pour statuer sur les comptes de l'exercice clos.

L'Assemblée générale ordinaire est valablement constituée quel que soit le nombre des membres présents ou représentés. Les décisions, pour être valables, devront être prises à la majorité des membres actifs présents ou représentés, les votes ayant lieu à main levée, sauf si le vote à bulletin secret est demandé par le quart des membres effectivement présents.

Si les décisions prises modifient les statuts, sans toutefois porter atteinte à l'idée directrice du groupement, tout pouvoir et compétence sont donnés au conseil d'administration et celles-ci ne seront valables que si elles sont adoptées par les

deux tiers au moins. (en cas de partage la voix du président est prépondérante).

L'Association se réunissant, **de façon impérative**, chaque année, le premier samedi du mois de Mai, il n'est pas nécessaire de convoquer nominativement les membres de l'Association. Toutefois, en cas d'empêchement exceptionnel, de tenir la réunion le premier samedi du mois de Mai,

les membres seront informés par tout moyen, de la nouvelle date de réunion.

L'ordre du jour et tout document officiel seront disponibles sur simple demande au siège de l'Association.

Son ordre du jour est réglé par le Conseil d'Administration. Elle entend les rapports sur la gestion du Conseil d'Administration, sur la situation financière et morale de l'association.

Elle approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant, délibère sur les questions mises à l'ordre du jour et pourvoit, s'il y a lieu au renouvellement des membres du Conseil d'Administration.

Il est tenu procès-verbal des séances. Les procès-verbaux sont signés par le président et le secrétaire. Ils sont établis sans blanc, ni rature, sur des feuillets numérotés et conservés au siège de l'association. Ne devront être traitées, lors de l'assemblée générale, que les questions soumises à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale statue à la majorité des voix dont disposent les membres présents ou représentés. Le vote par correspondance n'est pas admis.

Le vote par procuration est admis à condition que la procuration soit établie au nom du conjoint ou membre de l'association. Les pouvoirs seront disponibles sur simple demande au siège de l'Association.

Si besoin est ou sur demande de la moitié plus un des inscrits, le président peut convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, par « tous moyens ».



#### **Article 14 - Droit de communication des membres**

Tout membre de l'association a le droit d'obtenir communication des documents nécessaires pour lui permettre de statuer en toute connaissance de cause sur la gestion et la situation morale de l'association.

*Les présents statuts modifiés ont été approuvés par l'AGE du 31/12/2017 et signés par les nouveaux membres du conseil d'administration et du Bureau.*

#### **Article 15 - Règlement intérieur**

Un règlement intérieur peut être établi par le conseil d'administration qui le fait alors approuver par la prochaine Assemblée Générale.

Ce règlement est destiné à fixer les règles de fonctionnement et complète les statuts, notamment sur l'administration interne de l'association.

#### **Article 16 - Exercice**

Chaque exercice a une durée d'une année qui commence le 1er janvier et finit le 31 décembre.

Par exception le premier exercice commencera le jour de la déclaration de l'association et se terminera le 31 décembre 2014.

#### **Article 17 - Comptes annuels**

A la clôture de chaque exercice le trésorier dresse le bilan et le soumet à l'approbation de l'assemblée générale ordinaire.

Il établit un rapport sur la gestion de l'association.

#### **Article 18 - Dissolution**

En cas de dissolution prononcée par les deux tiers au moins des membres présents ou représentés à l'assemblée générale extraordinaire, un ou plusieurs liquidateurs sont nommés par celle-ci et l'actif s'il y a lieu est dévolu conformément à l'article 9 de la loi du 1er juillet 1901 et au décret du 16 Août 1901.

# NOTICE D'INFORMATION CONTRACTUELLE



COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

## (Valant Conditions Générales)

### SOMMAIRE

ARTICLE 1 – PRÉAMBULE .....	2
ARTICLE 2 - LES INTERVENANTS .....	2
ARTICLE 3 – OBJET DE L'ADHESION .....	2
ARTICLE 4 – CONDITIONS D'ADHESION .....	2
ARTICLE 5 – MODALITES D'ADHESION .....	2
ARTICLE 6 – PRISE D'EFFET ET DUREE DE L'ADHESION .....	3
ARTICLE 7 – RESILIATION DE L'ADHESION .....	3
ARTICLE 8 – DECLARATIONS .....	4
ARTICLE 9 – LES GARANTIES .....	4
ARTICLE 10 – DELAIS D'ATTENTE5 .....	6
ARTICLE 11 – EXCLUSIONS .....	6
ARTICLE 12 – CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE .....	7
ARTICLE 13 – MODIFICATIONS DES GARANTIES .....	7
ARTICLE 14 – AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT .....	7
ARTICLE 15 – ADAPTATION DES CONTRATS EN CAS DE MODIFICATIONS DU REGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE .....	8
ARTICLE 16 – PRESTATIONS .....	8
ARTICLE 17 – CONTROLE, PROCEDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE .....	9
ARTICLE 18 – COTISATIONS .....	9
ARTICLE 19 – SUBROGATION .....	10
ARTICLE 20 – PRESCRIPTION .....	10
ARTICLE 21 – EXAMEN DES RECLAMATIONS ET MEDIATION .....	11
ARTICLE 22 – INFORMATIQUE ET LIBERTES .....	11
ARTICLE 23 – AUTORITE DE CONTROLE .....	11
ARTICLE 24 - FONDS DE GARANTIE .....	11
ARTICLE 25 – DROIT DE RENONCIATION .....	11
TABLEAU DE GARANTIES .....	13

## ARTICLE 1 - PRÉAMBULE

La présente Notice d'information a pour objet de décrire les garanties et prestations d'HUMANIA.

Auprès de la Mutuelle :

**MILTIS**  
**25 cours Albert Thomas 69003 LYON -**  
**Mutuelle soumise aux dispositions du livre II**  
**du Code de la mutualité (SIREN n°417 934 817)**

La Mutuelle délègue la gestion d'HUMANIA  
au Gestionnaire :

**ASRAMA GESTION, dont le Centre de Gestion est situé**  
**au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades**  
**84170 MONTEUX**  
**RCS Lyon 842 565 111- N°Orias 18 006 620**

La Mutuelle délègue la distribution d'HUMANIA  
via son réseau d'intermédiaires à :

**ASSUREMA**  
**1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy**  
**84170 MONTEUX**  
**RCS AVIGNON 840 862 411- N°Orias 18 005 830**

La convention d'assurance de groupe est régie par le Code de la Mutualité et la réglementation de la Sécurité sociale. Elle est gérée sous le numéro **MMR 18**.

La convention est composée des documents ci-dessous :

- la présente Notice d'information, qui définit les garanties, les engagements réciproques ainsi que les dispositions relatives à la vie du contrat,
- le certificat d'adhésion, qui retrace les éléments personnels de l'Adhérent, ses déclarations et les garanties qu'il a souscrites,
- le tableau des garanties, qui détaille l'ensemble des postes de remboursements et leurs montants.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable la convention auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

La convention est soumise à la Loi Française et toute action judiciaire y afférente sera du ressort exclusif des tribunaux français.

## ARTICLE 2 - LES INTERVENANTS

**L'Adhérent** : Il s'agit de la personne physique qui souscrit à la présente adhésion et qui paye les cotisations.

**Les Bénéficiaires/ayants droit** : Ce sont la ou les personnes garanties par le présent contrat et définies aux Conditions particulières. Ils sont les bénéficiaires des prestations servies au titre de l'adhésion.

**La Mutuelle** : Il s'agit de la mutuelle dénommée MILTIS, soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, qui paye les prestations.

**L'Association** : Il s'agit de l'association Régime Médicaux Prévoyance (RMP), souscriptrice de la convention d'assurance de groupe, à laquelle l'Adhérent doit adhérer pour pouvoir souscrire une adhésion.

**Le Gestionnaire** : La Mutuelle délègue la gestion d'HUMANIA au Gestionnaire dont voici les coordonnées : **ASRAMA GESTION - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX.**

**Le Distributeur** : La Mutuelle délègue la distribution d'HUMANIA au distributeur (via son réseau d'intermédiaires) dont voici les coordonnées : **ASUREMA - 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX.**

## ARTICLE 3 - OBJET DE L'ADHÉSION

L'adhésion à HUMANIA a pour objet de garantir le versement de prestations complémentaires à celles du régime obligatoire de la Sécurité Sociale pour les frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation engagés par l'Adhérent et le(s) ayant(s) droit désigné(s) à l'occasion d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité.

## ARTICLE 4 - CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour bénéficier des garanties l'Adhérent devra :

- adhérer à l'Association RMP
- résider en France métropolitaine, dans les DROM (à l'exclusion de Mayotte), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (territoire français)
- être majeur civilement responsable,
- être affilié à un régime français d'Assurance Maladie obligatoire, en tant qu'Adhérent principal ou ayant droit,
- être âgé à l'adhésion de 18 ans à 90 ans, pour les niveaux 1, 2 et 3
- être âgé à l'adhésion de 18 ans à 85 ans, pour les niveaux 4, 5 et 6

L'adhésion à la garantie entraîne de plein droit l'adhésion en qualité de membre participant à la mutuelle.

Il est précisé que les garanties ne sont pas éligibles au dispositif de complémentaire santé solidaire prévu aux articles L861-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

## ARTICLE 5 - MODALITÉS D'ADHÉSION

Après avoir reçu et pris connaissance de la présente Notice d'information et du tableau des garanties, l'Adhérent remplira avec soin une demande d'adhésion.

Il devra désigner ses éventuels ayants droit, parmi :

- son conjoint,
  - personne avec laquelle il est marié non divorcé et non séparé de corps judiciairement,
  - son concubin, sous réserve d'une attestation sur l'honneur de vie maritale renouvelable chaque année,
- son partenaire de PACS, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription de la déclaration du Pacte Civil de Solidarité,

- ses enfants,
  - âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime de base duquel relève l'Adhérent ou son conjoint,
  - âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
    - qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
    - qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
    - qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré,
  - sans limite d'âge, si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n°2005-12 du 11 février 2005.

Pour pouvoir bénéficier immédiatement de la garantie dès le 1er jour de sa naissance, **le nouveau-né doit être déclaré au Gestionnaire dans les 2 mois suivant sa naissance. A défaut, la garantie est acquise à compter du jour de la réception de la demande d'ajout de bénéficiaire.**

**En cas de non-respect de ces dispositions, l'Adhérent s'expose à ce que la nullité de son adhésion soit prononcée.**

Le demandeur devra également indiquer le niveau de couverture qu'il a choisi.

L'ensemble des ayants droits bénéficient de la même combinaison de garantie que celle choisie par l'Adhérent principal à l'exception du couple si chacun d'eux dispose d'un numéro de sécurité sociale distinct et souhaite un niveau de garantie différent. Dans ce cas, chaque membre du couple complète son propre bulletin d'adhésion.

Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des régimes de base de la protection sociale française.

Aucune formalité médicale n'est exigée en cas d'adhésion au contrat, quel que soit le niveau de garanties choisi.

## ARTICLE 6 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion est réputée conclue au jour de la signature de la demande d'adhésion. L'adhésion prend effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège du gestionnaire du Bulletin d'Adhésion, complété, daté et signé, sous réserve d'acceptation expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la première cotisation.

La date d'échéance de l'adhésion est fixée à la date d'effet du contrat.

L'adhésion est reconduite pour une durée annuelle avec une possibilité de résiliation, à la date d'échéance de l'adhésion ou en cours d'année comme précisé au paragraphe « RÉSILIATION DE L'ADHÉSION »

Néanmoins, les garanties d'assurance ont, sous réserve du paiement intégral des cotisations et sous l'express condition qu'une réglementation impérative l'impose, un caractère viager dès l'adhésion. Cela signifie que la Mutuelle ne peut pas résilier l'adhésion.

## ARTICLE 7 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

### 7.1 - FORMES DE LA RÉSILIATION

Lorsque la résiliation est du fait de l'Adhérent, elle doit se faire par lettre recommandée, par lettre recommandée électronique ou par déclaration faite contre récépissé à l'adresse du Gestionnaire **ASRAMA GESTION** - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades 84170 MONTEUX.

Lorsque la résiliation est du fait de la Mutuelle, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'Adhérent.

### 7.2 - CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION

Les garanties restent acquises pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

### 7.3 - RÉSILIATION PAR L'ADHÉRENT

L'Adhérent peut résilier son adhésion :

- À tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, au choix de l'Adhérent :

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite au siège d'ASRAMA GESTION - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit, lorsque la Mutuelle propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le Gestionnaire confirme par écrit la réception de la notification. La résiliation prend effet un mois à compter de la réception de cette notification ; les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, le Gestionnaire sera tenu au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

- A l'échéance, en utilisant tout support énuméré ci-avant et prévu par l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, adressée au Gestionnaire au plus tard deux (2) mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure. Le délai de préavis est décompté à partir de la date de la demande de résiliation en fonction du support utilisé par l'adhérent.
- en cas de démission par l'Adhérent de l'association : celle-ci s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues ci-dessus en cas de résiliation par l'Adhérent ;
- en cas de modification de tarif ou de garantie, dans le mois qui suit la date à laquelle l'Adhérent a eu connaissance de cette modification. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

### 7.4 - RÉSILIATION PAR LA MUTUELLE

La Mutuelle peut résilier l'adhésion en cas de non-paiement des cotisations (article L.221-7 du Code de la Mutualité), selon les modalités prévues à l'article « COTISATION ».

L'Adhérent en sera informé par courrier.

### 7.5 - RÉSILIATION DE PLEIN DROIT

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- en cas de décès de l'Adhérent. En présence d'ayants droit, s'ils le souhaitent, une nouvelle offre leur sera proposée, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation,
- en cas de départ de la France métropolitaine ou des Départements ou Régions d'Outre-Mer, pour une durée supérieure à trois mois par an.
- en cas de dénonciation de la Convention d'assurance de groupe par l'Association ou la Mutuelle,
- en cas de cessation d'activité de l'Association.

## ARTICLE 8 - DÉCLARATIONS

Les déclarations tant à l'adhésion qu'en cours de contrat, sont faites par l'Adhérent pour son compte et celui de ses ayants droit auxquels elles sont opposables.

Ces déclarations sont importantes pour l'élaboration et l'évolution du contrat et l'Adhérent doit fournir des réponses exactes.

### 8.1 - À L'ADHÉSION

L'Adhérent doit répondre avec précision aux questions et demandes de renseignements figurant sur la demande d'adhésion.

### 8.2 - EN COURS DE CONTRAT

L'Adhérent doit déclarer, pour toute personne couverte par le contrat, tout événement modifiant les déclarations faites lors de l'adhésion et qui aurait pour effet de les rendre inexactes ou caduques et notamment :

- Un changement d'état civil,
- Une cessation ou un changement d'affiliation d'un des bénéficiaires au Régime Obligatoire,
- Un changement de domicile ou un départ hors de France métropolitaine pour une durée supérieure à trois mois par an,
- La survenance d'un événement entraînant la cessation de qualité d'ayant droit,
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations,
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs
- Les changements ou cessation d'affiliation d'un des bénéficiaires à un régime obligatoire,

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, la Mutuelle pourra demander à l'Adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit.

Les déclarations doivent être adressées au Gestionnaire.

**Ces événements doivent être signalés dans un délai de 30 jours suivant leur survenance ; l'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à la Mutuelle, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.**

**En vertu de l'article L221-14 du Code de la Mutualité, en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, l'adhésion est nulle et la cotisation payée demeure acquise à titre de pénalité. En cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, la Mutuelle pourra résilier l'adhésion avec un préavis de 10 jours en restituant à l'Adhérent le prorata de cotisation ou augmenter la cotisation à due proportion. Si cette**

**omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de cotisation payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si la Mutuelle avait eu connaissance exacte de la situation de l'Adhérent conformément à l'article L221-15 du Code de la Mutualité.**

## ARTICLE 9 - LES GARANTIES

### 9.1 - CONDITIONS DES GARANTIES

Pour bénéficier des garanties, l'Adhérent principal et ses éventuels ayants droit doivent remplir les conditions d'adhésion prévues à l'article 3. Si tel n'était plus le cas, les garanties cesseraient de plein droit.

**Seules sont garanties les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de l'adhésion.**

Servent de référence, la date des soins retenue par le régime obligatoire pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, la date de prescription médicale pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire et pour l'optique la date de facturation de l'équipement.

En outre, pour les soins et les prothèses dentaires, les dates de proposition, d'exécution des travaux et de paiement des actes doivent être également situées dans la période de garantie.

### 9.2 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Le versement des frais médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation s'exerce au titre de l'adhésion dans tous les pays, à partir du moment où le Régime obligatoire français intervient sur la base du tarif de convention. **Les remboursements de soins à l'étranger se font à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française.**

**Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en Euros.**

### 9.3 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES

La garantie **HUMANIA** comporte plusieurs niveaux (Niveau 1 à Niveau 6) dont les remboursements par poste sont détaillés dans le tableau de garanties.

Les montants de remboursements s'entendent :

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient,
- Dans la limite des frais engagés,
- Dans la limite du niveau de remboursement indiqué dans le tableau de garantie, en fonction des modules et des niveaux de garanties choisis et indiqués sur le certificat d'adhésion.

Selon les garanties, les montants de remboursements sont exprimés :

- En pourcentage du tarif en vigueur fixé par le Régime Obligatoire (Base de remboursement de la Sécurité Sociale),
- En Frais réels (FR),
- En montant exprimé en euros. Ces montants représentent des plafonds de garantie. Sur la majorité des postes, les plafonds sont exprimés par année d'adhésion et par bénéficiaire. Ils se renouvellent chaque année à la date d'échéance de l'adhésion et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Seul les équipements "optique" s'apprécient sur une période de deux ans

et les équipements "aide auditives" s'apprécient sur une période de quatre ans.

Le tarif en vigueur auquel se réfère la Mutuelle pour le calcul des prestations est celui à la date des soins.

**Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réellement engagés, et au plafond de remboursement lié au cadre juridique du contrat responsable en cas de remboursements multiples. De convention expresse, la Mutuelle est de plein droit habilitée à limiter ou contester sa prise en charge en cas de non-respect des règles du Code de déontologie médicale.**

## 9.4 - DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES PAR POSTE DE GARANTIE

### HOSPITALISATION

Le forfait hospitalier, mentionné dans le descriptif de prestations, correspond au forfait journalier prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté. Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires. On entend par établissements sanitaires :

- les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique ;
- les établissements et unités spécialisés :
  - de psychiatrie,
  - de soins de suite,
  - de réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile). Les séjours en établissements ou unités spécialisées sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation. **Les prestations et séjours effectués au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas pris en charge.**

### FORFAIT MATERNITE OU ADOPTION :

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant par l'Adhérent, il sera versé à ce dernier le montant indiqué dans le tableau de prestations à condition de fournir l'acte de naissance ou d'adoption de l'enfant dans les six (6) mois suivant l'événement.

### MEDICAMENTS

La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la sécurité sociale est disponible sur le site [medicaments.gouv.fr](http://medicaments.gouv.fr).

### FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE

Cette garantie comprend la prise en charge des équipements de classe A à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limite de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.

Le descriptif de prestations distingue les équipements de la classe A relevant du panier 100% Santé et les équipements de la classe B hors panier 100% santé.

Conformément à la réforme dite « 100% santé », les équipements appartenant à la classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée par le régime de base. En conséquence, une fois le remboursement effectué par la Sécurité Sociale et celui opéré au titre de votre contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par le membre participant (ou ses ayants droit).

Les équipements de classe B bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par l'assuré.

**Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations intègrent la prise en charge du régime de base. Lorsque l'assuré choisi une monture de classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 (cent) euros.**

### Cas particulier pour les équipements mixtes

Les équipements mixtes sont composés d'une part, de verres, et d'autre part d'une monture, de classes différentes (classe A ou B).

Les montants hors panier 100% Santé mentionnés au sein du descriptif de prestations s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture et des verres appartenant à des classes différentes.

Dans ces hypothèses, l'élément de classe B sera remboursé conformément au niveau de garanties souscrit, déduction faite du remboursement de l'élément de classe A.

### Conditions de renouvellement

**Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable et par période de deux ans pour les actes du panier 100% santé et pour les actes hors panier 100% santé. Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).**

Toutefois, pour les mineurs de moins de 16 ans, les prestations s'appliquent par période annuelle à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Les prestations s'appliquent par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, les prestations s'appliquent par période annuelle.

### Conditions de renouvellement anticipé

Les prestations sont allouées par période annuelle pour les personnes d'au moins 16 ans en cas de renouvellement complet de l'équipement justifié par une évolution de la vue. L'évolution de la vue est constatée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

### L'évolution de la vue est caractérisée par l'une des situations suivantes :

- Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

### Cas particulier du renouvellement anticipé des verres

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable, sous réserve de la présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de la situation médicale particulière, dans les cas suivants :

- pour les personnes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ;
- pour toutes personnes en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières,

précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

#### DENTAIRE

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100% Santé et les actes hors panier 100% Santé.

Sont visés par les actes du panier 100% Santé les actes définis par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale (Prix Limite de Vente), ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base.

Sont visés par les actes hors panier 100% Santé, les actes du panier à reste à charge modéré (avec des honoraires limites facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'assuré) et les actes du panier à prix libre (absence d'honoraires limites de facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'assuré).

**Les plafonds dentaires (Niveaux 4 à 6) s'appliquent sur tous vos actes dentaires hors soins, y compris ceux du panier 100% Santé.**

**Une fois les plafonds dentaires atteints, le remboursement est limité comme suit :**

- au ticket modérateur pour les prothèses dentaires et l'orthodontie (prise en charge du régime de base inclus) pour les actes du panier hors 100% Santé,
- la prise en charge des actes du panier 100% Santé se fera à la hauteur des frais réels, sous déduction des prises en charge du régime de base.

#### AIDES AUDITIVES

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100 % Santé et les actes hors panier 100 % Santé.

La prise en charge par la Mutuelle des prestations Aides auditives est différente en fonction de la classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir à la classe I ou la classe II.

Conformément à la réforme dite "100 % Santé", les aides auditives appartenant à la classe I font l'objet d'une prise en charge renforcée telles que définies à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix limite de vente (PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, et sous déduction de la prise en charge du régime de base. A ce titre, une fois le remboursement effectué par le régime de base et celui opéré au titre de votre Contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par le bénéficiaire des prestations.

Les aides auditives de classe II bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par le bénéficiaire des prestations.

**La prise en charge est limitée à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive et dans la limite du prix limite de vente par aide auditive de classe I, ou dans la limite de 1 700 euros par aide auditive de classe II incluant la prise en charge du régime de base.**

**Conformément à la réforme dite "100% Santé", la périodicité de renouvellement de 4 (quatre) ans à compter de la dernière prise en charge de l'aide auditive par le régime de base, tient compte des 4 (quatre) années antérieures.**

#### CURES THERMALES

Seules les cures thermales médicalement prescrites et acceptées par le régime de base sont prises en charge.

## ARTICLE 10 - DÉLAIS D'ATTENTE

A compter de la date d'effet de l'adhésion, la garantie est acquise pour chaque bénéficiaire sans aucun délai d'attente.

## ARTICLE 11 - EXCLUSIONS

**Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus à l'adhésion.**

**Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum des contrats responsables.**

**Les garanties ne s'exercent pas en cas :**

- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvement populaires
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique, sauf les actes remboursés par le Régime Obligatoire qui seront pris en charge à 100% du tarif de responsabilité,
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'Adhérent des prescriptions du médecin.

**De plus, ne sont pas pris en charge :**

- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements, sauf si l'adhésion fait suite à une couverture antérieure, sans interruption entre les deux contrats ;
- les séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours ; aux établissements ou unités pour personnes âgées ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base ;
- les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

**La garantie dite « responsable » ne couvre pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :**

- I. 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 ;
- II. 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 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 ;
- III. Tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

**Aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.**

## ARTICLE 12 - CADRE JURIDIQUE DU CONTRAT DIT RESPONSABLE

L'adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits «contrats responsables» (articles L871-1, R871-1 ET R871-2 du code de la Sécurité sociale).

En cas d'évolution de la réglementation régissant les «contrats responsables», les garanties de la présente adhésion feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'Adhérent.

## ARTICLE 13 - MODIFICATIONS DES GARANTIES

### 13.1 - À LA DEMANDE DE L'ADHÉRENT

Sous certaines conditions, l'Adhérent a la possibilité de demander un changement de niveau de couverture, au plus tard six mois avant la date d'échéance de l'adhésion, en écrivant à l'adresse du Gestionnaire.

**Voici les conditions à respecter en cas de modification du niveau de couverture :**

- la modification doit intervenir après un délai de douze mois d'assurance minimum suivant la date d'effet de l'adhésion ou la date d'effet d'un avenant.
- Le changement vers un niveau supérieur n'est plus possible si l'un des bénéficiaires a atteint l'âge de 85 ans.

La modification des garanties prendra effet à la date mentionnée sur l'avenant correspondant.

**Toutes les modifications de garantie annulent le nombre de mois pris en compte pour la non consommation des forfaits ou le calcul des Bonus Fidélité.**

### 13.2 - À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

L'adhésion peut être modifiée sur proposition de la Mutuelle, notamment par nécessité de mise en conformité avec les dispositions réglementaires régissant les contrats «responsables». Dans ce cas, l'Adhérent sera informé par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées aux droits et obligations des Adhérents au moins deux mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur, à moins que les délais réglementaires ne permettent pas à la Mutuelle de respecter un tel délai.

L'Adhérent sera informé par courrier simple, des modifications de garanties. L'Adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information l'envoi d'un courrier recommandé.

En application des dispositions de l'article L.221-6 du code de la mutualité, il pourra dans un délai de 1 mois à compter de la réception de ces modifications, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

A défaut de dénonciation, les modifications sont acquises.

En cas de refus d'une modification par l'Adhérent, la notification doit être envoyée par l'Adhérent par écrit (article « RESILIATION DE L'ADHESION »). La cotisation ou le prorata de cotisation restera dû sur les bases existantes jusqu'à la date d'effet de cette résiliation.

## ARTICLE 14 - AJOUT OU SORTIE DES AYANTS DROIT

### 14.1 - À L'ÉCHÉANCE PRINCIPALE

L'Adhérent a la possibilité de demander, par écrit, l'ajout ou la sortie d'un ayant droit à la date échéance principale de l'adhésion, en prévenant la Mutuelle au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle de l'adhésion, en écrivant au Gestionnaire.

### 14.2 - HORS ÉCHÉANCE PRINCIPALE

#### *Ajout d'un ayant droit*

Si un événement survient en cours d'année entraînant l'acquisition de la qualité d'ayant droit, d'une personne que l'Adhérent souhaite assurer, il doit adresser une demande écrite (par mail ou par courrier) à cet effet :

- Dans un délai de 2 mois suivant cet événement s'il s'agit d'une naissance ou d'une adoption,
- Dans un délai de 15 jours suivant cet événement pour les autres demandes.

Sous réserve des pièces justifiant de la date de l'événement et des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit, la modification du contrat prendra alors effet :

- À la date de naissance du nouveau-né,
- À la date de réception de la demande pour les autres cas (adoption, union),
- À la date de radiation d'un contrat de même nature prévoyant des garanties similaires (sous réserve de la production d'un certificat de radiation).

Si la demande est formulée au-delà des délais ci-dessus, la modification du contrat prendra effet à la date de réception de la demande, sous réserve de la production des pièces justificatives.

#### *Sortie d'un ayant droit*

Si un événement survient en cours d'année entraînant la perte de la qualité d'ayant droit, l'Adhérent doit le déclarer par écrit (par mail ou par courrier) dans les 15 jours suivant cet événement. La modification du contrat prendra effet, sous réserve de la production des pièces justifiant de la date de l'événement et de la fin des conditions permettant d'être désigné comme ayant droit :

- En cas de décès, au lendemain du décès,
- À la date de réception de la déclaration pour les autres cas (séparation ou divorce, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire) ?

Si des prestations ont été versées au-delà de ce délai, la Mutuelle pourra demander à l'Adhérent le remboursement des prestations indûment réglées pour cet ayant droit. **Si un des ayants droit ne remplissait plus les conditions prévues pour être bénéficiaire, les garanties cesseraient de plein droit et sans formalité pour celui-ci.** Dans ce cas, un nouveau contrat leur sera proposé s'ils le souhaitent, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation.

### 14.3 - AJUSTEMENT SUR LA COTISATION

En cas d'ajout ou de sortie d'ayant droit, la cotisation sera ajustée en conséquence à compter de la date d'effet de l'avenant constatant cette modification. La différence de cotisation sera mentionnée dans l'avenant.

S'il s'agit d'un supplément à acquitter, celui-ci devra être réglé à la Mutuelle conformément aux dispositions de l'article « COTISATIONS

». S'il s'agit d'une ristourne en faveur de l'Adhérent, celle-ci lui sera réglée sous réserve de l'absence d'arriéré de cotisation à compenser.

## ARTICLE 15 - ADAPTATION DES CONTRATS EN CAS DE MODIFICATIONS DU RÉGIME OBLIGATOIRE D'ASSURANCE MALADIE

Les garanties de la présente adhésion, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu des dispositions du régime obligatoire d'assurance maladie en vigueur lors de sa prise d'effet.

Si ces dispositions ou les règles d'indemnisation de l'assurance maladie venaient à être modifiées, la Mutuelle se réserve la faculté de procéder à une révision du contrat, à compter du premier jour du mois suivant l'application par cet organisme des dispositions nouvelles.

L'Adhérent conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation de l'adhésion, sans application du délai de préavis.

## ARTICLE 16 - PRESTATIONS

### 16.1 - REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Les dépenses de prestations sont remboursées en fonction des modules et du niveau de garanties que l'Adhérent a souscrit qui figure au certificat d'adhésion. Elles ne peuvent en aucun cas être supérieures aux dépenses réelles.

Les demandes de remboursement de prestations sont à adresser au Gestionnaire.

Le remboursement est appliqué séparément pour chaque poste de frais pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

Il est toujours subordonné au remboursement préalable par le régime obligatoire d'assurance maladie, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont réglées en euros sur un compte ouvert auprès d'un établissement bancaire français.

Les décomptes sont disponibles en ligne dans l'espace personnel des Adhérents et peuvent être adressés par courrier sur demande de l'Adhérent.

#### DÉLAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le remboursement en tout ou partie des frais engagés par le bénéficiaires des prestations intervient dans les meilleurs délais à compter de la réception par le gestionnaire de l'ensemble des pièces justificatives permettant de traiter la demande de paiement.

**Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 2 (deux) ans à partir de la date de l'événement ouvrant droit à la prestation.  
En cas de déclaration tardive causant un préjudice à la Mutuelle et prouvé celle-ci a la possibilité de refuser le versement de la prestation demandée.**

### 16.2 - TÉLÉTRANSMISSION

La transmission des décomptes de remboursements des bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques. Si l'Adhérent ne souhaite pas bénéficier du service de la télétransmission automatique, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant au Gestionnaire.

L'Adhérent bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements pourra envoyer ses justificatifs complémentaires, avant même le remboursement de la Sécurité sociale.

En cas de rejet de la télétransmission, l'Adhérent sera amené à transmettre l'original de son décompte. Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

### 16.3 - TIERS PAYANT

L'adhésion à **HUMANIA** permet de bénéficier des avantages d'une carte de tiers payant.

Pour les dépenses de pharmacie remboursables par le régime d'assurance maladie, l'Adhérent est dispensé du paiement du ticket modérateur.

Cet avantage est étendu aux autres dépenses de santé auprès de tous les professionnels de santé conventionnés, qui acceptent le dispositif.

La carte de Tiers payant permet également de bénéficier d'une prise en charge dans la limite de la garantie souscrite, en cas d'hospitalisation en France par l'intermédiaire de l'établissement hospitalier auprès de l'organisme de Tiers payant ALMERYS ou sur simple demande au Gestionnaire.

En cas de suspension ou de résiliation du contrat, l'Adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte de Tiers payant. Il s'engage également à rembourser à la Mutuelle les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

### 16.4 - JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

Pour obtenir le règlement de ses prestations, l'Adhérent doit envoyer au Gestionnaire, **dans les 3 mois qui suivent la fin du traitement**, les pièces justificatives accompagnées d'une demande datée et signée comportant le numéro d'adhésion.

La liste des pièces justificatives à fournir est la suivante :

- Les décomptes originaux des remboursements du Régime Obligatoire justifiant les prestations qui ont été servies (Dans les départements dans lesquels un accord a été passé avec les organismes de Régimes Obligatoires, une telle formalité ne sera pas nécessaire),
- Les notes d'honoraires et factures détaillées justifiant des frais réellement engagés, notamment pour le transport hospitalier,
- Les factures d'hospitalisation si celle-ci n'a pas donné lieu à prise en charge préalable, notamment pour la chambre particulière, le forfait journalier hospitalier, le lit accompagnant,
- Les factures des pharmaciens lorsque la garantie Tiers payant n'a pu être mise en jeu ou en cas de dépassement du tarif de responsabilité,
- La facture détaillée des frais engagés pour les prothèses dentaires,
- Pour les frais d'optique, la demande de prise en charge et la facture de l'opticien distinguant le prix de la monture de celui des verres ou indiquant les frais de lentilles. En cas d'évolution de la

vue, il sera demandé une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ou bien la présentation de la prescription initiale comportant des mentions de l'opticien en application de l'article R165-1 du code de la Sécurité Sociale.

- Pour les cures thermales, la facture détaillée des frais engagés, ainsi que le décompte du remboursement du Régime Obligatoire,
- Les factures originales pour tous les actes et frais non remboursés par le Régime Obligatoire mais dont les garanties sont couvertes par ce contrat.
- La facture détaillée du praticien diplômé d'Etat pour une consultation de médecine naturelle,
- Lorsque l'Adhérent ou ses ayants droit bénéficient d'une autre couverture complémentaire, les originaux des décomptes établis par l'organisme en cause,
- En cas de naissance, un certificat de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille établissant la filiation avec l'Adhérent,
- En cas d'adoption, une copie du jugement d'adoption, établissant la filiation avec l'Adhérent,
- En cas d'accident mettant en cause un tiers responsable identifié, les coordonnées du tiers responsable ou de son assureur, afin de pouvoir engager les recours,

Seuls les décomptes originaux tiennent lieu de justificatifs.

Si les renseignements fournis sont insuffisants pour le règlement des prestations, la Mutuelle pourra demander de fournir des justificatifs complémentaires.

En tout état de cause, tout justificatif produit plus de 2 ans après la date de soin ne pourra pas faire l'objet de remboursement.

**L'Adhérent qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre dont il s'agit.**

## 16.5 - CONTRÔLE DES PRESTATIONS

La mutuelle ou son gestionnaire, peut demander à l'assuré, par l'intermédiaire de son médecin conseil si besoin, tout renseignement ou document complémentaire qu'elle/il juge utile, et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

À peine de déchéance, l'assuré doit lui communiquer sans délai ces informations et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle. L'assuré a la possibilité de se faire accompagner lors de cette expertise médicale par un médecin de son choix agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine. Les frais et honoraires du médecin que l'assuré a choisi, demeurent à sa charge.

Lorsque les informations sont demandées par le médecin conseil, elles sont transmises soit directement sous pli confidentiel, soit par l'intermédiaire de son médecin.

La mutuelle ou son gestionnaire peut également interroger la/les Caisse(s) Primaire(s) d'Assurance Maladie ou toute personne ayant réalisé une facturation de soins à l'encontre de l'assuré afin de confronter les décomptes et justificatifs fournis par l'assuré.

En fonction du résultat de ces contrôles, la mutuelle ou son gestionnaire se réserve le droit de contester au regard des dispositions de la présente adhésion, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou qui a déjà été réalisé ou le montant de sa prise en charge.

De plus, en cas de fraude avérée, la mutuelle ou son gestionnaire :  
- procède à la demande de restitution des frais versés à l'assuré le cas échéant ;

- se réserve le droit de procéder à la radiation du membre participant conformément aux statuts de la mutuelle et d'engager toute poursuite judiciaire qu'elle jugera utile.

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et le médecin conseil, les deux parties font appel à un troisième médecin pour les départager dans le mois suivant la décision rendue, et à l'avis duquel les parties doivent se ranger.

Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin est désigné par la juridiction compétente sur requête de la partie la plus diligente.

De convention expresse, l'assuré reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'assuré, la mutuelle ou son gestionnaire pourra, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

## ARTICLE 17 - CONTRÔLE, PROCÉDURE D'EXPERTISE ET ARBITRAGE

### 17.1 - CONTRÔLE DES DÉPENSES

Le médecin-conseil peut demander à l'Adhérent tout renseignement ou document complémentaire qu'il juge utiles et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

**Sous peine de déchéance, l'Adhérent doit lui communiquer ces informations, soit directement sous pli confidentiel soit par l'intermédiaire de son médecin, et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle.**

En fonction du résultat de ces contrôles, la Mutuelle se réserve le droit de contester au regard des dispositions du présent contrat, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou le montant de sa prise en charge.

**De convention expresse, l'Adhérent reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus de l'Adhérent, la Mutuelle pourra, de convention expresse, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.**

### 17.2 - PROCÉDURE D'EXPERTISE

Les médecins et délégués missionnés par la Mutuelle auront le droit de venir constater l'état de santé de l'Adhérent. Dans le cas où l'Adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné doit avoir accès à son lieu de résidence.

### 17.3 - ARBITRAGE

En cas de persistance d'un désaccord sur les conclusions du médecin expert que la Mutuelle a désigné, le différend est soumis à une expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacune des parties choisit un médecin expert devant régler le différend. À défaut d'accord entre eux, ceux-ci s'adjoignent un troisième expert et tous trois opèrent en commun et à la majorité des voix.

À défaut d'accord entre les médecins sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhérent. Cette nomination est faite sur

simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers médecin sont supportés à charge égale par les deux parties.

## ARTICLE 18 - COTISATIONS

### 18.1 - MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation est fixée dans la demande d'adhésion puis actualisée dans les avis d'échéance annuels. Elle est exprimée en Euros, tous frais et taxes inclus.

Elle tient compte d'un certain nombre de paramètres tels que le régime obligatoire de l'Adhérent, les garanties choisies, l'âge des bénéficiaires, la composition familiale et la zone géographique. Elle ne dépend pas de l'état de santé des bénéficiaires.

La cotisation totale due par l'Adhérent correspond au cumul des cotisations de chaque bénéficiaire. La cotisation totale est due par l'Adhérent.

### 18.2 - VARIATION DE LA COTISATION

La cotisation évolue en fonction de l'âge atteint de l'Adhérent et de ses ayants droit à l'échéance de l'adhésion.

En cours de contrat, la cotisation peut varier en raison des cas suivant :

- Modification de la législation sociale et/ou fiscale,
- Changement de garanties,
- Ajout ou sortie d'ayant droit,
- Modification du régime d'assurance maladie
- Changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire.

Par ailleurs, en cas de modification du taux de taxe sur les conventions d'assurance ou d'un prélèvement indirect, celle-ci sera appliquée de plein droit conformément aux dispositions réglementaires.

### 18.3 - RÉVISION DE LA COTISATION

La Mutuelle peut être amenée à réévaluer le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année à la date d'échéance du contrat. Le nouveau montant de cotisation sera communiqué sur l'avis d'échéance annuel.

L'Adhérent pourra refuser cette modification en résiliant l'adhésion dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance.

### 18.4 - PAIEMENT DE LA COTISATION

La cotisation est payable d'avance, selon le fractionnement choisi à l'adhésion par l'Adhérent : périodicité annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le paiement et l'encaissement de cotisations inexacts ou partielles ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

Le prélèvement automatique est obligatoire pour les paiements mensuels. Le prélèvement s'effectue pour chaque mois de quittance à la date prévue sur le certificat d'adhésion.

### 18.5 - DÉFAUT DE PAIEMENT

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, le Gestionnaire adressera à l'Adhérent par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de quarante jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-8 du Code de la mutualité. Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

#### En cas de rejet de prélèvement :

Un courrier sera adressé à l'Adhérent l'informant que la cotisation rejetée sera de nouveau prélevée le mois suivant. En cas de 2<sup>ème</sup> rejet de la cotisation, les prélèvements cesseront et l'intégralité de la cotisation annuelle, déduction faite des fractions de cotisation déjà réglées, sera alors immédiatement exigible. Le mode de paiement annuel sera alors prévu pour les cotisations ultérieures. En cas de non-paiement du solde de la cotisation, la Mutuelle pourra en poursuivre le recouvrement comme indiqué ci-avant. S'y ajouteront les frais de recouvrement et les intérêts de retard ainsi que les frais de représentation et les frais financiers qui seront à la charge de l'Adhérent.

### 18.6 - LOI MADELIN

Pour les Adhérents exerçant une activité professionnelle non salariée et percevant à ce titre des BIC ou des BNC ou une rémunération relevant de l'article 62 du CGI, les garanties santé sont éligibles à la loi N°94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin » sur la base de la convention référencée n° MMR 18. Toutefois, pour bénéficier des avantages de la loi, l'Adhérent doit, chaque année, fournir au Gestionnaire une attestation de paiement de ses cotisations au Régime Obligatoire de retraite et de prévoyance et être à jour du paiement de ses cotisations dues au titre de son régime obligatoire, et éventuellement de celles de son conjoint et de ses enfants.

## ARTICLE 19 - SUBROGATION

En vertu du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée dans les droits et actions des Adhérents envers tout tiers responsable jusqu'à concurrence des prestations versées.

## ARTICLE 20 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.221-11, L.221-12 et L.221-12-1 du Code de la Mutualité :

« 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 la Mutuelle 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'Adhérent contre la Mutuelle 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'Adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Adhérent à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement des prestations.

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. »

Conformément aux dispositions des articles 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245 et 2246 du Code civil relatant les causes d'interruption de la prescription :

« La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. »

« La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

« L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. »

« L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

« Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. »

« 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 interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

« L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

## ARTICLE 21 - EXAMEN DES RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'Adhérent peut adresser une réclamation au Gestionnaire, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- e-mail adressé à [reclamation@asrama.fr](mailto:reclamation@asrama.fr), en précisant son numéro d'Adhérent ;
- courrier adressé à **ASRAMA GESTION** - Service Réclamations - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX, en précisant son numéro d'Adhérent.

**ASRAMA GESTION** en accusera réception dans un délai maximum de 10 jours ouvrables (sauf si une réponse a pu lui être apportée au cours de ce délai) et répondra à l'Adhérent dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

En cas de désaccord sur la réponse apportée, le membre participant pourra saisir le Médiateur CMAP dans le délai d'un an à compter de sa réclamation auprès du Gestionnaire selon les modalités suivantes :

- soit via le formulaire à disposition sur le site du CMAP à l'adresse : [www.mediateur-conso.cmap.fr](http://www.mediateur-conso.cmap.fr),
- soit par courrier électronique à : [consommation@cmap.fr](mailto:consommation@cmap.fr)
- soit par courrier postal l'adresse suivante : CMAP – Service Médiation de la consommation, 39 avenue Franklin Roosevelt, 75008 PARIS.

Le membre participant doit impérativement préciser au CMAP l'objet du litige et lui adresser toutes les pièces du dossier.

A défaut, la saisine ne pourra être prise en compte.

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant un particulier à l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois.

Cet avis ne lie pas les parties qui peuvent en toute liberté, saisir éventuellement le tribunal compétent.

## ARTICLE 22 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies par **ASRAMA GESTION** font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, et d'amélioration des services proposés, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement.

Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'**ASRAMA**

**GESTION**, la mutuelle, et le cas échéant, l'intermédiaire en assurances, le réassureur, l'association souscriptrice, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Les données personnelles de l'utilisateur peuvent faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne encadrés par une décision d'adéquation rendue par la Commission Européenne.

**ASRAMA GESTION** prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à : **ASRAMA GESTION** - à l'attention du D.P.O - 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX ou [contact-cnil@asrama.fr](mailto:contact-cnil@asrama.fr). En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris. **ASRAMA GESTION** se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

## ARTICLE 23 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des organismes d'assurances qui accordent les garanties prévues par le présent contrat est : **L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 Place de Budapest, CS92459 75436 Paris Cedex 09**

## ARTICLE 24 - FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance instauré par le décret n° 2011-733 du 27 juin 2011 (article L.431-1 du Code de la mutualité).

## ARTICLE 25 - DROIT DE RENONCIATION

L'Adhérent dispose de la faculté de renoncer au contrat lorsqu'il a été conclu à la suite d'une opération de démarchage ou dans les conditions d'une vente à distance selon les modalités ci-après :

### 25.1 - EN CAS DE DÉMARCHAGE À DOMICILE

Conformément à l'article L 221-18-1 du Code de la Mutualité, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Si les conditions précitées sont réunies, et sous réserve des autres dispositions de l'article L 221-18-1 du Code de la Mutualité,

L'Adhérent peut renoncer à la présente adhésion en envoyant le modèle de lettre joint ci-après.

Cette faculté de renonciation est perdue si l'Adhérent a connaissance d'un sinistre survenu pendant les délais de 14 jours précités.

Modèle de lettre de renonciation :

« Je soussigné(e) (*nom et prénom de l'Adhérent*) demeurant à (*domicile principal*), désire bénéficier de la faculté de renoncer à mon adhésion à la garantie **HUMANIA** N° (*numéro d'adhésion*) effectuée en date du (*date de la signature de la demande d'adhésion*), conformément à l'article L 221 - 18 - 1 du Code de la Mutualité.

Fait à (lieu de la signature), le (date de la signature)

Signature »

### 25.2 - EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Les dispositions ci-après s'appliquent aux adhésions exclusivement conclus à distance au sens des articles L.221-18 du Code de la Mutualité, c'est-à-dire, exclusivement conclus au moyen de "une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat".

Conformément à l'article L.221-18 de Code de la Mutualité, l'Adhérent peut renoncer à la présente adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la prise d'effet de l'adhésion ou à compter du jour où l'Adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations, si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion.

Si l'Adhérent a demandé que l'adhésion commence à être exécutée avant l'expiration du délai de renonciation, la Mutuelle sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'Adhérent a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

La demande de renonciation doit être adressée à l'adresse du Gestionnaire.

Elle peut être rédigée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

Modèle de lettre de renonciation :

« Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, j'entends par la présente renoncer à mon adhésion à la garantie **HUMANIA** citée en référence conclue en date du .....  
Je souhaite donc qu'elle soit résiliée à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à (lieu de la signature), le (date de la signature)

Signature de l'Adhérent. »

La Mutuelle rembourse la cotisation perçue de l'Adhérent en application du contrat, à l'exception du montant qui lui est dû en contrepartie du commencement d'exécution dans les conditions ci-dessus évoquées.

Ce remboursement intervient au plus tard dans les 30 jours suivant la réception par la Mutuelle de la notification de la renonciation.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
<b>AGE LIMITE D'ADHÉSION</b>	90 ans	90 ans	90 ans	85 ans	85 ans	85 ans
<b>HOSPITALISATION (1)</b>						
<b>Forfait journalier hospitalier</b>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Frais de séjour</b>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
• en secteur conventionné (2)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
• en secteur non conventionné						
<b>Honoraires</b>						
• Praticiens adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100 %	145 %	145 %	170 %	195 %	220 %
• Praticiens non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100 %	125 %	125 %	150 %	175 %	200 %
<b>Chambre particulière (3)</b>	-	35€/jour	40€/jour	50€/jour	50€/jour	55€/jour
<b>Lit d'accompagnant pour enfant de moins de 14 ans (3)</b>	-	16€/jour	16€/jour	16€/jour	16€/jour	16€/jour
<b>Frais de transport sanitaire (ambulance, taxi conventionné - Hors SMUR)</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Forfait maternité ou adoption</b>	-	100€	140€	160€	170€	190€
<b>OPTIQUE (4)</b>						
<b>PANIER 100% SANTE (**)</b>						
<b>Équipement Classe A (1 monture et 2 verres)</b>	Zéro reste à charge					
<b>PANIER LIBRE</b>						
<b>Équipement Classe B (1 monture et 2 verres)</b>						
• Équipement à verres simples	100 %	100 €	120 €	150 €	200 €	250 €
• Équipement à verres complexes ou très complexes	100 %	200 €	200 €	200 €	200 €	250 €
• Équipement avec un verre simple et un verre complexe	100 %	150 €	160 €	175 €	200 €	250 €
<b>Suppléments et prestations</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale (5)</b>	100 %	100€	120€	150€	200€	250€
<b>Lentilles refusées par la Sécurité Sociale (5)</b>	-	100€	120€	150€	200€	200€
<b>Chirurgie laser myopie (par oeil, par an, par bénéficiaire)</b>	-	100€	120€	150€	150€	200€
<b>DENTAIRE</b>						
<b>PANIER 100% SANTE (**)</b>						
<b>Soins et prothèses dentaires</b>	Zéro reste à charge					
• Couronnes et bridges	Zéro reste à charge					
• Prothèses amovibles	Zéro reste à charge					
<b>PANIER MAITRISE OU LIBRE</b>						
<b>Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire)</b>	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %	250 %
<b>Prothèses dentaires (Inlays-onlays, parodontologie, Couronne, Bridge, Inlays-core, Prothèse amovible ou réparation) remboursés par la Sécurité sociale</b>	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %	250 %
<b>Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale - par semestre de traitement et par bénéficiaire</b>	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %	250 %
<b>Prothèses dentaires, implantologie et orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale - actes hors nomenclature (5)</b>	-	100€	100€	125€	150€	200€
<b>Plafond annuel dentaire (hors soins incluant les montants remboursés dans le panier 100% santé) (7)</b>	Illimité	Illimité	Illimité	800€	900€	1000€
<b>SOINS COURANTS</b>						
<b>Honoraires médicaux</b>						
<b>Consultations, visites, actes techniques généralistes</b>						
• Praticiens adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100%	100%	145%	170%	170%	220%
• Praticiens non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100%	100%	125%	150%	150%	200%
<b>Consultations, visites, actes techniques spécialistes</b>						
• Praticiens adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100%	100%	125%	150%	150%	200%
• Praticiens non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100%	100%	105%	130%	130%	180%
<b>Actes d'imagerie et d'échographie</b>						
• Praticiens adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100%	100%	145%	170%	170%	220%
• Praticiens non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100%	100%	125%	150%	150%	200%
<b>Honoraires paramédicaux</b>						
<b>Pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Kinésithérapeutes, infirmiers, orthoptistes, orthophonistes, sages femme</b>	100 %	100 %	125 %	150 %	150 %	200 %
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100 %	100 %	125 %	150 %	150 %	200 %
<b>Médicaments</b>						
<b>Médicaments remboursés par la Sécurité sociale</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Homéopathie remboursée par la Sécurité sociale</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Forfait Prévention : prise en charge de 50% des dépenses de prévention prescrites et achetées en pharmacie mais non remboursées par la Sécurité sociale. Forfait/an/bénéficiaire.</b>	55€	80€	110€	135€	160€	190€
<b>Matériel médical</b>						
<b>Prothèses orthopédiques</b>	100 %	100 %	125 %	150 %	150 %	200 %
<b>Autres appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>Médecine douce et compléments alimentaires</b>						
<b>Acupuncteur, Chiropracteur, Etiopathe, Homéopathe, Ostéopathe, Podologue, Phyt thérapeute, Naturopathe, Auriculothérapeute - Maxi 3 actes/an</b>	15€/acte	15€/acte	15€/acte	20€/acte	20€/acte	25€/acte
<b>Forfait Bien être (complément alimentaires bio et phytothérapie) (6) (8)</b>	25€	75€	75€	90€	90€	90€
<b>Cures thermales prise en charge par la Sécurité sociale</b>						
<b>Honoraires</b>						
- Praticiens adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100%	150%	200%	250%	300%	350%
- Praticiens non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (*)	100%	130%	180%	200%	200%	200%
<b>Frais d'établissement</b>	100%	150%	200%	250%	300%	350%
<b>Frais de transport et hébergement (6)</b>	-	-	110 €	160 €	215 €	270 €
<b>AIDES AUDITIVES ou «ÉQUIPEMENT» par oreille (9)</b>						
<b>PANIER 100% SANTE (**)</b>						
<b>Équipement Classe 1</b>	Zéro reste à charge					
<b>PANIER LIBRE</b>						
<b>Équipement Classe 2</b>	100 %	100 %	125 %	150 %	150 %	200 %
<b>Piles et entretien - par bénéficiaire</b>	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
<b>SERVICES</b>						
<b>Assistance (selon convention RMA)</b>	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
<b>Protection juridique (selon convention CFDP)</b>	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

#### Les remboursements sont exprimés :

- En pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et incluent la prise en charge du régime de base.
  - En euros en complément de l'éventuelle part de la Sécurité Sociale, dans la limite d'un forfait défini par bénéficiaire.
- Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations.

<sup>(1)</sup> En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, hors chirurgie esthétique.

<sup>(2)</sup> **Limité à 30 jours par bénéficiaire et par an en cas d'hospitalisation en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie). Au-delà de cette limite la prise en charge sera limitée au ticket modérateur.**

**Pour les maisons de repos et de convalescence suite à une hospitalisation : prise en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale**

<sup>(3)</sup> **La prise en charge est exclue dans les établissements non conventionnés dans les établissements médico-sociaux (Maison d'Accueil Spécialisé, maison de retraite, EHPAD) tels que définis à l'Article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles et en cas d'hospitalisation en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie).**

**Dans les autres cas, la prise en charge est limitée à 60 jours par année d'adhésion et par bénéficiaire.**

<sup>(4)</sup> **Équipement : 1 monture + 2 verres dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.**

Conformément à la réforme, le **PANIER 100% SANTE** prévoit des verres et des montures aux prix limités (**30€ pour les montures**), sans reste à charge pour les Adhérents (équipements de classe A).

Les Adhérents peuvent toujours choisir d'autres équipements, dans le **PANIER LIBRE** (équipements de classe B). **Dans ce deuxième cas, le remboursement des montures sera plafonné à 100€.**

L'Adhérent peut choisir des équipements mixtes : des verres sans reste à charge (classe A) avec des montures de prix libre (classe B, **remboursement plafonné à 100€**) ou inversement.

**Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis par les codes LPP de la nomenclature Sécurité sociale.**

- **Verres simples** : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.
- **Verres complexes** : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.
- **Verres très complexes** : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

<sup>(5)</sup> **Montant maximal par année d'adhésion et par bénéficiaire. Les prestations "Lentilles acceptées" et "Lentilles refusées" ne sont pas cumulatives. Le forfait est versé pour l'une ou l'autre des prestations. Lorsque le forfait en euros des lentilles acceptées par la Sécurité Sociale est épuisé, la prise en charge se fera à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale.**

<sup>(6)</sup> Forfait par année d'adhésion et par bénéficiaire

<sup>(7)</sup> Plafond par année d'adhésion et par bénéficiaire. **Si le plafond est atteint, les postes de garanties seront limités à 100% du tarif de responsabilité.**

<sup>(8)</sup> Le complément alimentaire Bio est une denrée dont le but est de fournir un complément de nutriments ou de substances ayant un effet nutritionnel ou physiologique (vitamines, sels minéraux, acides gras et acides aminés) manquants ou en quantité insuffisante dans le régime alimentaire normal d'un individu. La phytothérapie est un produit naturel sous forme de gélules à base de plantes cryobroyées, d'oligoéléments ou minéraux, vitamines orthomoléculaires. Mode d'administration : voie orale. Les factures originales devront comporter le nom complet du produit.

<sup>(9)</sup> **Limitation à 1700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) y compris le remboursement de la Sécurité Sociale. La fréquence de remboursement pour un équipement par oreille est tous les quatre ans à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.**

<sup>(\*)</sup> **OPTAM** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / **OPTAM-CO** : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique. En adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Le site [ameli.fr](http://ameli.fr) permet de vérifier si le professionnel de santé est adhérent à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrise (OPTAM) et à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

<sup>(\*\*)</sup> **Tels que définis réglementairement.**

**RÉGIMES MÉDICAUX PRÉVOYANCE** : Souscripteur du contrat

Association loi de 1901 - 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX

**MATEO** : Intermédiaire d'assurance, Co-concepteur et Distributeur du contrat

Siège social : 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX - Tél. : 04 13 97 01 77

Société par Actions simplifiée au capital de 500 000 € - RCS AVIGNON 840 862 411 - N°Orias : 18 005 930 ([www.oriass.fr](http://www.oriass.fr))

- ASSUREMA est une marque de la société MATEO.

**ASRAMA GESTION** : Gestionnaire du contrat

Société par Actions Simplifiée au capital de 425 000 € - Siège social : 25 Cours A Thomas, 69003 LYON - RCS LYON 842 565 111 - N°Orias : 18 006 620 ([www.oriass.fr](http://www.oriass.fr)) - Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie financière conformes au Code des Assurances.

Centre de gestion situé au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX - Tél. : 04 84 85 72 40 - Mail : [contact@asrama.fr](mailto:contact@asrama.fr)

**MILTIS** : Assureur du contrat

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • [www.mutuelle-miltis.fr](http://www.mutuelle-miltis.fr)

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)

## ANNEXE À VOTRE CONTRAT « HUMANIA »

### Information sur les frais de gestion et le rapport prestations/cotisations assureur

Madame, Monsieur,

Conformément à la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé, nous vous prions de trouver ci-après le rapport prestations/cotisations ainsi que le montant et la composition des frais de gestion : de votre futur contrat d'assurance santé.

- Le rapport prestations/cotisations (1) est de 68,70%
- Le taux des frais de gestion (2) s'établit à 35,19% répartis comme suit :

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

#### **MILTIS** • Assureur du contrat

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)

#### **MATEO** • Distributeur du contrat

Intermédiaire d'assurance - 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX - Tél : 04 13 97 01 77

Société par Actions Simplifiée au capital de 500 000€ - RCS AVIGNON 840 862 411 - N° ORIAS : 18 005 930 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))

ASSUREMA est une marque de la société MATEO

#### **ASRAMA GESTION** • Gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • Email : [contact@asrama.fr](mailto:contact@asrama.fr)

Société par Actions Simplifiée au capital de 425 000 € • RCS Lyon 842 565 111 - N° ORIAS : 18 006 620 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))

Centre de gestion situé au 243 Avenue Cugnot - ZAC des Escampades - 84170 MONTEUX

Tél. : 04 84 85 72 40 - Mail : [contact@asrama.fr](mailto:contact@asrama.fr)

#### **RÉGIMES MÉDICAUX PRÉVOYANCE** • Souscripteur du contrat

Association loi de 1901 - 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX

## EXEMPLE DE REMBOURSEMENT HUMANIA<sup>1</sup>

Ces exemples de remboursement, sans valeur contractuelle, vous permettent d'estimer pour une situation et un tarif donné, les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux au titre de votre contrat complémentaire ainsi que vos éventuels restes à charge. Les remboursements effectués par votre contrat diffèrent selon le niveau de garanties souscrits.

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)		Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>HOSPITALISATION</b>						
<b>Forfait journalier hospitalier (hébergement)</b>	20 € (15€ en service psychiatrique)	0€	0€	Niveau 1	20€(15€)	<b>0,00€</b>
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6		
<b>Chambre particulier (sur demande du patient)</b>	NC <sup>4</sup>	Non remboursé	Non remboursé	Niveau 1	Non pris en charge.	<b>Selon les frais engagés</b>
				Niveau 2	Selon les frais engagés	
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6		
<b>Séjour avec actes lourds</b>						
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que les honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>						
<b>Frais de séjour</b>	Différent selon public/privé	BRSS	BRSS - 24€		24,00 €	<b>0,00 €</b>
<b>Frais de séjour en secteur privé</b>	Tarif moyen de 745,54 €	745,54 €	721,54 €	Niveau 1	24,00 €	<b>0,00€</b>
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6		
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO</b>	Dépassements maîtrisés	BRSS	100% BRSS		Dépassement si prévu au contrat	<b>Selon contrat</b>
<b>Opération en secteur privé : honoraires chirurgien</b>	Tarif moyen de 355,00 €	271,70 €	271,70 €	Niveau 1	0,00 €	<b>83,30€</b>
				Niveau 2	83,30 € <sup>5</sup>	<b>0,00€</b>
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6		
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)</b>	Honoraires libres	BRSS	100% BRSS		Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BRSS)	<b>Selon contrat</b>

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Farid le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Reste à charge
<b>HOSPITALISATION</b>						
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	Tarif moyen de 447,00 €	271,70 €	271,70 €	Niveau 1	0,00 €	175,30 €
				Niveau 2	67,93 €	107,38 €
				Niveau 3		107,38 €
				Niveau 4	135,85	39,45 €
				Niveau 5	175,30	0,00 €
				Niveau 6		
<b>Séjour sans actes lourds</b> L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que les honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.						
<b>Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>						
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BRSS	80% BRSS		20% BRSS	0,00 €
Frais de séjour en secteur public	Tarif moyen de 3 270,12 €	3 270,12 €	2 616,10 €	Niveau 1	654,02 €	0,00 €
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6		
<b>SOINS COURANTS</b>						
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BRSS	70% BRSS - 1€		30% BRSS	1€ de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	25,00 €	25,00 €	16,50 €	Niveau 1	7,50 €	1€ de participation forfaitaire
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6		
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	Niveau 1	9,60 €	0,00 €
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6		
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	30,00 €	30,00 €	20,00 €	Niveau 1	9,00 €	1€ de participation forfaitaire
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6		

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Faire le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge			
<b>SOINS COURANTS</b>								
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BRSS	70% BRSS - 1€		30% BRSS + dépassement si prévu au contrat	1€ de participation forfaitaire plus dépassement selon		
Ex : consultation pédiatre pour enfant de moins de 6 ans	32,00 €	32,00 €	22,40 €	Niveau 1	9,60 €	0,00 €		
				Niveau 2				
				Niveau 3				
				Niveau 4				
				Niveau 5				
				Niveau 6				
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	Niveau 1	8,00 €	15,00 €		
				Niveau 2				
				Niveau 3	15,50 €	7,50 €		
				Niveau 4				
				Niveau 5	22,00 €	1,00 €		
				Niveau 6				
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BRSS	70% BRSS - 1€		30% BRSS + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BRSS)	1€ de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat		
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 16 ans	55,00 €	23,00 €	16,10 €	Niveau 1	5,90 €	33,00 €		
				Niveau 2				
				Niveau 3			7,05 €	31,85 €
				Niveau 4			12,80 €	26,10 €
				Niveau 5				
				Niveau 6			24,30 €	14,60 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, etc.)	57,00 €	23,00 €	15,10 €	Niveau 1	5,90 €	35,00 €		
				Niveau 2				
				Niveau 3			7,05 €	33,85 €
				Niveau 4			12,80 €	28,10 €
				Niveau 5				
				Niveau 6			24,30 €	16,60 €
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,80 €	24,40 € (12,20€ pour une béquille)	14,64 €	Niveau 1	9,76 €	1,40 €		
				Niveau 2				
				Niveau 3				
				Niveau 4				
				Niveau 5				
				Niveau 6				

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Farid le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)		Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>DENTAIRE</b>						
<b>Soins et prothèses 100% Santé</b>	Prix moyen national	BRSS	70% BRSS		30% BRSS + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	<b>0,00 €</b>
<b>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</b>	500,00 €	120,00 €	84,00 €	Niveau 1	416,00 €	<b>0,00 €</b>
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6		
<b>Soin (hors 100% Santé)</b>	Tarif de convention	BRSS	70% BRSS		30% BRSS + dépassement si prévu au contrat	<b>Selon contrat</b>
<b>Ex : détartrage</b>	43,38 €	43,38 € (détartrage complet)	30,36 €	Niveau 1	13,02 €	<b>0,00 €</b>
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6		
<b>Prothèses (hors 100% Santé)</b>	Prix moyen national	BRSS	70% BRSS		30% BRSS + dépassement si prévu au contrat	<b>Selon contrat</b>
<b>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</b>	537,48 €	120,00 €	84,00 €	Niveau 1	36,00 €	<b>417,48 €</b>
				Niveau 2	66,00 €	<b>387,48 €</b>
				Niveau 3	96,00 €	<b>357,48 €</b>
				Niveau 4	156,00 €	<b>297,48 €</b>
				Niveau 5		
				Niveau 6	216,00 €	<b>237,48 €</b>
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b>	720,00 €	193,50 €	193,50 €		Dépassement si prévu au contrat	<b>Selon contrat</b>
<b>Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)</b>	720,00 €	193,50 €	193,50 €	Niveau 1	0,00 €	<b>526,50 €</b>
				Niveau 2	48,38 €	<b>478,13 €</b>
				Niveau 3	96,75 €	<b>429,75 €</b>
				Niveau 4	193,50 €	<b>333,00 €</b>
				Niveau 5		
				Niveau 6	290,25 €	<b>236,25 €</b>
<b>OPTIQUE</b>						
<b>Équipement 100% Santé</b>	Prix moyen national	BRSS	60% BRSS		40% BRSS + dépassement dans la limite des PLV	<b>0,00 €</b>
<b>Ex : verres simples et monture</b>	41€ (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	Niveau 1	33,35 € par verre + 24,60 €	<b>0,00 €</b>
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6		

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Faîd le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)		Reste à charge
<b>OPTIQUE</b>						
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	Niveau 1	Non pris en charge.	0,00 €
				Niveau 2	73,80 € par verre + 24,60 €	
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6		
Équipement (hors 100% Santé)	Prix moyen national	BRSS	60% BRSS		40% BRSS + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples et monture	100 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	Niveau 1	0,06 €	338,85 €
				Niveau 2	100,00 €	238,91 €
				Niveau 3	120,00 €	218,91 €
				Niveau 4	150,00 €	188,91 €
				Niveau 5	200,00 €	138,91 €
				Niveau 6	250,00 €	88,91 €
Ex : verres progressifs et monture	231 € (par verre) + 139 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	Niveau 1	0,06 €	600,85 €
				Niveau 2	200,00 €	400,91 €
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6	250,00 €	350,91 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)		Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	Niveau 1	Selon les frais engagés	Selon les frais engagés
				Niveau 2		
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6		
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé		Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : opération correctrice de la myopie	NC	Non remboursé	Non remboursé	Niveau 1	Non pris en charge.	Selon les frais engagés
				Niveau 2	Selon les frais engagés	
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6		

Contrat d'assurance santé responsable <sup>2</sup>	Farid le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS) <sup>3</sup>	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)		Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>AIDES AUDITIVES</b>						
Équipement 100% Santé	Prix moyen national	BRSS	60% BRSS		40% BRSS + dépassement dans la limite des PLV <sup>5</sup>	0,00€
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950,00 €	400,00 €	240,00 €	Niveau 1	Non pris en charge.	0,00€
				Niveau 2	710,00€	
				Niveau 3		
				Niveau 4		
				Niveau 5		
				Niveau 6		
Équipement (hors 100% Santé)	Prix moyen national	BRSS	60% BRSS		40% BRSS + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1476,00 €	400,00 €	240,00 €	Niveau 1	160,00€	1076,00€
				Niveau 2		
				Niveau 3	260,00 €	976,00€
				Niveau 4	360,00 €	876,00€
				Niveau 5		
				Niveau 6	560,00 €	676,00€

1. Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.
  2. Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.
  3. La BRSS est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
  4. Non connu.
  5. Prix limite de vente.
- Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam.

**MATEO** : Intermédiaire d'assurance, Co-concepteur et Distributeur du contrat  
 Siège social : 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy - 84170 MONTEUX - Tél. : 04 13 97 01 77  
 Société par Actions simplifiée au capital de 500 000 € - RCS AVIGNON 840 862 411 - N°Orias : 18 005 930 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))  
 - ASSUREMA est une marque de la société MATEO.

**MILTIS** : Assureur du contrat  
 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • [www.mutuelle-miltis.fr](http://www.mutuelle-miltis.fr)  
 Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)

L'Adhèrent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'assistant, doit communiquer son propre numéro d'Adhèrent.

## ▶ DOMAINE D'APPLICATION

### 1. BÉNÉFICIAIRES

La présente notice d'information a pour objet de définir la garantie d'assistance dont peuvent prétendre les Bénéficiaires concernés. Sont couverts par la présente notice d'information :

- l'Adhèrent au contrat souscrit via ASSUREMA ou ses partenaires distributeurs,
- les ayants droit du contrat santé géré par le gestionnaire d'ASSUREMA.

### 2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties santé souscrites par l'intermédiaire d'ASSUREMA ou de ses partenaires distributeurs.

La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par l'Adhèrent auprès d'ASSUREMA ou ses partenaires distributeurs, aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

### 3. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement en France<sup>o</sup> ou dans les DROM\* (au-delà de 50 kilomètres du domicile, pour la prestation "Transfert médical").

*\*Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.*

*\*Pour les DROM, le Bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.*

### 4. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente notice d'information :

- une hospitalisation dès l'ambulatorio,
- une maternité,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement,
- un traitement anticancéreux,
- une situation d'aidant,

survenant au Bénéficiaire.

L'Assisteur propose au Bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance, à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information. Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Les prestations d'informations, d'accompagnement psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

### 5. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

**POUR CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION,  
24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7**

par téléphone :



APPEL NON SURTAXE

pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger  
par téléphone : 00 33 972 723 913

**Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à [medecinconseil@rmasistance.fr](mailto:medecinconseil@rmasistance.fr)**

#### SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro d'Adhèrent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre premier appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

La plateforme Mon@ssistance est également à votre disposition depuis votre espace personnel. Via la plateforme Mon@ssistance vous pouvez prendre connaissance de vos garanties d'assistance, faire une pré-demande d'assistance en ligne, envoyer vos justificatifs, remplir un formulaire de demande d'accompagnement psycho-social... **Toute demande d'assistance doit nous être formulée au maximum dans les vingt (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande. Pour les traitements anticancéreux, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la séance.**

**Pour le conseil et le transfert médical, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.** Au-delà des 48 heures, l'Assisteur pourra accompagner et orienter le Bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Le Bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies.

### 6. INTERVENTION

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

**La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.**

Pour évaluer les besoins du Bénéficiaire, l'Assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées sur les jours ouvrés.

L'urgence, qui justifie l'intervention de l'Assisteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le Bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du Bénéficiaire. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.** Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

### 7. APPLICATION DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteur ne participera pas après coup aux dépenses que le Bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le Bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur en outre-mer, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteur.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des Bénéficiaires, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats. L'Assisteur se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Toutes les dépenses que le Bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage ...).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.

## 8. DÉFINITIONS

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par :

**Accident** : tout événement soudain, imprévisible, extérieur au Bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants :

- les accidents vasculaires cérébraux,
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzage artificiel,
- les éventrations,
- les hernies abdominales,
- les hydrocutions,
- les infarctus du myocarde,
- les lésions méniscales,
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires,
- les lombalgies, les lumbagos,
- les ruptures d'anévrisme,
- les sciatiques.

**Adhérent** : personne physique ayant adhéré à titre individuel ou collectif à un contrat santé par l'intermédiaire d'ASSUREMA ou de ses partenaires distributeurs.

**Aidant** : est considéré comme proche aidant d'une personne, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. L'aidant peut être le Bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.

**Aide à domicile** : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du Bénéficiaire. La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.

**Animaux de compagnie** : sont considérés comme animaux de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du Bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, dans la limite de 2 animaux par Bénéficiaire.

**Ascendant** : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'Adhérent. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement de l'Adhérent et vivant sous le même toit.

**Attentat** : tout acte de violence, constituant une attaque criminelle ou illégale, intervenu contre des personnes et/ou des biens, dans le pays dans lequel le Bénéficiaire voyage ou réside, ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation et la terreur.

Cet attentat devra être recensé par l'Etat français.

**Autorité médicale** : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le Bénéficiaire se trouve.

**Auxiliaire de vie sociale** : l'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (à l'exclusion des soins infirmiers). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties et les courses.

**Ayants droit** : les ayants droit de l'Adhérent, sont ceux inscrits comme tels par cet Adhérent au titre de sa garantie complémentaire santé.

**Bénéficiaire** : la personne ayant adhéré à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif par l'intermédiaire d'ASSUREMA ou de ses partenaires distributeurs et ses ayants droit.

**Catastrophe naturelle** : phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.

**Centre de convalescence** : structure de soins qui contribue à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.**

**Chimiothérapie** : traitement du cancer par des substances chimiques qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Ils peuvent être administrés par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés.

**Consolidation** : stabilisation durable de l'état de santé du Bénéficiaire victime d'un accident, de blessures ou souffrant d'une maladie ; cet état n'évoluant

ni vers une amélioration ni vers une aggravation médicalement constatée.

**Dépendance** : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit de l'Adhérent, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition de l'Adhérent portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.

**Dispositif de téléassistance** : désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'alerte avec son support (collier ou bracelet).

**Domicile ou résidence habituelle** : le lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France ou dans les DROM.

Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire ; on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an.

Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent Adhérent.

En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

**Dommages corporels** : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

**DROM** : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du Bénéficiaire en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge du Bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.

**Etablissement de soins** : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.

**Etat d'urgence sanitaire** : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.

**Faits générateurs** : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis par la présente notice d'information. Ils sont les suivants :

- une hospitalisation dès l'ambulatorio,
- une maternité,
- une immobilisation,
- une maladie, un accident ou une blessure lors d'un déplacement,
- un traitement anticancéreux,
- une situation d'aidant.

**Frais d'hébergement** : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.

**France** : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

**Fratrie** : enfants à charge du même foyer fiscal issus d'une même famille, d'un même couple et par extension des enfants ayant un seul parent en commun ou ayant des liens d'adoption.

**Grossesse pathologique** : caractérise une grossesse où la mère et/ou l'enfant courent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifique. Ne sont pas considérés comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.

**Handicap** : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

**Hospitalisation** : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public, privé ou à domicile dans le cadre d'une Hospitalisation à domicile, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

**Hospitalisation à domicile (HAD)** : permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

**Hospitalisation en ambulatoire** : toute hospitalisation avec une chirurgie réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.

**Immobilisation** : désigne toute immobilisation imprévue de plus de 5 jours

ou prévue de plus de 10 jours consécutives à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement et pour laquelle l'Assisteur évalue le cadre au retour au domicile (Bénéficiaire vivant seul ou en couple, enfants de moins de 10 ans ou personnes dépendantes à charge, soutien de proximité aides déjà en place...). La grossesse pathologique (hors congés pathologiques légaux) est considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement.

**Maladie** : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

**Maternité** : tout séjour de plus de 4 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance prématurée ou multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.

**Membre de la famille** : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacsé, père, mère, sœur, frère, enfant, ou tuteur légal du Bénéficiaire.

**Personne dépendante** : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir de l'Adhérent ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge de l'Adhérent et vivant sous le même toit que lui.

**Pièces justificatives** : ensemble des documents pouvant être demandé par l'Assisteur afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, factures).

**Proche** : les ascendants et descendants au 1<sup>er</sup> degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du Bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du Bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par l'Assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le Bénéficiaire.

**Radiothérapie** : traitement du cancer par des rayons qui détruisent les cellules cancéreuses ou stoppent leur développement. Contrairement à la chimiothérapie qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement local.

**Responsabilité civile** : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

**Soins médicalement nécessaires** : dans le cadre de la carte Européenne d'Assurance maladie, il s'agit des traitements qui évitent à un Bénéficiaire de rentrer dans le pays où il est domicilié pour se faire soigner et lui permettent de terminer son séjour dans des conditions médicales sûres.

**Téléassistance** : désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boîtier d'interphonie, d'être mis en relation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.

**Traitement** : seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie ou radiothérapie en lien direct avec une pathologie cancéreuse réalisés lors de séances en établissement de soins ou à domicile sont considérés. **Les soins de support ne sont pas considérés comme des traitements.**

**Transport** : sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touristique (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et dans la limite de 500 euros TTC pour les transports en France ou dans les DROM. L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

## ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION

### 9. ÉCOUTE, CONSEIL & ORIENTATION

Le service Ecoute, Conseil & Orientation est un service dédié aux Bénéficiaires afin d'assurer une écoute, des conseils, une orientation et un soutien permanent à chaque moment important de la vie.

L'Assisteur peut notamment informer sur les garanties d'Assistance, les dispositifs de services à la personne, les aides légales ou extra légales existantes au regard des besoins et de la situation des Bénéficiaires.

L'Assisteur peut également, sur demande, réaliser l'intermédiation avec les acteurs et prestataires de proximité qui pourront aider et réaliser les services dont le Bénéficiaire a besoin. Le coût de la prestation reste à la charge du Bénéficiaire.

### 10. INFORMATION JURIDIQUE

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

**Réglementaire** :

- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/ allocations / retraites,
- fiscalité,
- famille.

**Pratique** :

- consommation,
- vacances/loisirs,
- formalités/cartes/permis,
- enseignement/Formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations de conseils et d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.

### 11. CONSEILS ET INFORMATIONS MÉDICALES

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteur ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le Bénéficiaire pourra en faire. En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

**Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :**

- infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST),
- contraception,
- interruption volontaire de grossesse (IVG),
- hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation).

**Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :**

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- hygiène de vie, sport,
- pathologies liées au vieillissement,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- diététique, régimes,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales.

**Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos :**

- maladies professionnelles,
- troubles musculo squelettiques (TMS),
- risques psychosociaux (RPS),
- bilans de santé.

### 12. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE À LA PARENTALITÉ

Ce service permet aux parents ou futurs parents de bénéficiaire, à leur demande, d'informations, de conseils et de soutien par téléphone (soins, éducation, modes de garde, développement de l'enfant, socialisation, hygiène, santé et nutrition) concernant le jeune enfant de 0 à 6 ans.

Sur demande, l'Assisteur met à disposition des Bénéficiaires un interlocuteur qualifié et prend en charge le coût de ses conseils.

### 13. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE EN CAS DE DÉCÈS

#### A. ENREGISTREMENT ET RESPECT DES VOLONTÉS

Il s'agit de la volonté manifestée par le Bénéficiaire, quant aux indications d'organisation de ses obsèques.

Le Bénéficiaire dispose d'un service permettant d'enregistrer ses volontés quant à ses obsèques, à savoir : le mode de sépulture, le type de cérémonie, la nature du culte, le lieu d'inhumation ou la destination des cendres, la présence de fleurs, ainsi que les personnes à prévenir.

Cet enregistrement peut être fait dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat. Sur simple appel téléphonique auprès de l'Assisteur, il communiquera ses volontés essentielles qui seront confirmées par courrier et notifiées sur un formulaire d'enregistrement sous un code confidentiel. Ce code confidentiel sera nécessaire lors de tout appel ultérieur, soit pour que le Bénéficiaire puisse modifier le contenu de l'enregistrement de ses volontés, soit au moment de son décès, sur demande d'un ayant droit ou de la personne de confiance désignée par le défunt, détenant les informations d'accès. Lors du décès d'un des Bénéficiaires, et sur demande de l'un des autres Bénéficiaires désignés à l'article « DOMAINE D'APPLICATION - 1. BÉNÉFICIAIRES » ou de la personne de confiance, désignée par le défunt, l'Assisteur communiquera le contenu de cet enregistrement.

#### B. CONSEIL DEVIS OBSÈQUES

Ce service permet au Bénéficiaire de recueillir des conseils quant aux futures prestations qu'il souhaite pour l'organisation de ses obsèques.

Si le Bénéficiaire souhaite anticiper l'organisation matérielle de ses obsèques,

l'Assisteur peut le conseiller à partir des devis que le Bénéficiaire aura obtenu auprès du (ou des) organisme(s) de pompes funèbres de son choix ou bien avoir la possibilité de comparer avec les devis d'un prestataire recommandé par l'Assisteur. Ce service ne constitue pas un service de Pompes Funèbres. Ce service est également accessible pour les ayants droit, au moment du décès.

### C. ORGANISATION DES OBSÈQUES

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux Bénéficiaires, l'Assisteur propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'Assisteur conseille et organise, pour le compte des Bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. Le coût des obsèques reste à la charge des Bénéficiaires.

### D. ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

En cas de décès de l'un des Bénéficiaires, ce service permet à l'entourage du Bénéficiaire de bénéficier, à sa demande, du programme suivant :

- analyse de la situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (bilan des ressources et dépenses, droits acquis...),
- information sur l'ensemble des droits aux prestations, démarches administratives et dossiers sociaux à constituer,
- aide et accompagnement dans les démarches et formalités à accomplir,
- évaluation des dépenses correspondant aux services à mettre en œuvre,
- assistance à la mise en place de la solution psycho-sociale proposée.

La prestation est soumise au secret professionnel et l'Assisteur ne se substitue pas aux intervenants habituels (professionnels médicaux, agents administratifs et sociaux...).



## ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Lorsqu'un Bénéficiaire fait face à :

- une dépendance/perte d'autonomie,
- un aléa de santé,
- un arrêt de travail,
- un risque suicidaire,
- une rupture familiale,
- un isolement social,
- une addiction comportementale ou à un produit,
- la perte de son emploi,
- la souffrance au travail,
- l'inadaptation du logement,
- un risque de précarité financière,
- le décès d'un proche.

L'Assisteur propose la mise en relation avec une équipe de spécialistes pour l'écouter, le conseiller et l'accompagner dans la durée à chaque aléa de vie. L'équipe est composée d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale et de psychologues. Chaque prise en charge est assurée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels. Toutefois, chaque fois que cela est utile, une prise en charge multiple (dimensions sociale et psychologique) pourra être proposée par le professionnel référent.

**Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. Les entretiens téléphoniques individuels sont limités à 5 par Bénéficiaire et par année civile. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire.**

L'Assisteur s'engage à :

- fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact,
- assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,
- apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistant social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur et psychologue.

### 14. UN SERVICE D'APPELS DE CONVIVIALITÉ

Ce service permet de :

- rompre l'isolement,
- apporter du réconfort,
- aider à restaurer le lien social,
- ouvrir un espace de parole,
- être le dépositaire d'histoires de vie.

### 15. UN SERVICE DE CONSEIL SOCIAL

Les travailleurs sociaux procurent :

- information, conseil, orientation,
- accès aux droits,
- orientation vers un réseau de service à domicile, recherche d'établissement,
- informations sur les secours financiers,

- soutien budgétaire (outils de gestion du budget mensuel, gestion au quotidien, gestion bancaire),
- soutien à la vie quotidienne (alimentation, retour vers l'emploi, logement...),
- conseils, échanges, informations à visée éducative, dont l'objectif est l'autonomie de la personne.

### 16. UN SERVICE DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Les psychologues prodigent :

- une aide à la prise de distance,
- un soutien psychologique ponctuel,
- une écoute et des conseils dans les situations problématiques,
- des outils de gestion du stress, de l'anxiété.



## PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITÉ, D'IMMOBILISATION, DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX

### 17. PRESTATIONS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE

**Acheminement des médicaments ou Accompagnement aux courses**

Si le Bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du Bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. **Les médicaments et les courses restent à la charge du Bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 50 kilomètres du domicile du Bénéficiaire.**

Cette prestation est limitée à trois fois par année civile.

### 18. PRESTATIONS DÈS UNE HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE, EN CAS DE MATERNITÉ DE PLUS DE 4 JOURS OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS OU PRÉVUE DE PLUS DE 10 JOURS

L'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

Ces prestations s'appliquent pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation à tous les Bénéficiaires, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants.

#### A. AIDE À DOMICILE

L'Assisteur met à disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, à concurrence de 10 heures.

**Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.**

#### B. PRESTATIONS DE BIEN-ÊTRE ET DE SOUTIEN

Si le Bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- petit jardinage,
- séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

#### C. GARDE DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS OU ENFANTS HANDICAPÉS SANS LIMITE D'ÂGE

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, d'enfants handicapés ou s'il s'agit de l'hospitalisation ou de l'immobilisation d'un enfant ayant une fratrie, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation. Pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche ;
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche

résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;

- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

#### D. GARDE DES PERSONNES DÉPENDANTES

Si le Bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité ou pendant l'immobilisation ;
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

#### E. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Si le Bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.

**Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centres de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centres de convalescence, en maisons de repos et centres de cure thermale.**

#### F. DISPOSITIF DE TÉLÉASSISTANCE

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum. L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

#### G. PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile du Bénéficiaire ou jusqu'à son lieu d'hospitalisation.

### 19. PRESTATION EN CAS DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX DE CHIMIOTHÉRAPIE OU DE RADIOTHÉRAPIE DU BÉNÉFICIAIRE

L'Assisteur met à la disposition du Bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile. Cette prestation s'organise :

- dans le cadre des chimiothérapies protocolisées, à raison de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent chaque séance de chimiothérapie, dès lors qu'elles sont espacées d'au minimum 15 jours, et ce pendant toute la durée du traitement ;
- dans le cadre des radiothérapies, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin ;
- lorsque le traitement est un traitement de chimiothérapie à prise journalière, le nombre d'heures attribuées ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin.

**Pour pouvoir bénéficier de ces prestations, le Bénéficiaire doit contacter l'Assisteur dans un délai de 48 heures après chaque séance.**

### 20. PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE D'UN ENFANT BÉNÉFICIAIRE

#### A. GARDE D'ENFANTS MALADES OU BLESSÉS À DOMICILE DE MOINS DE 16 ANS

Afin de permettre au Bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où l'un de ses enfants est malade ou blessé au domicile, l'Assisteur propose au Bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile pour une période de 5 jours ouvrables maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour ou si le Bénéficiaire le souhaite, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants. **Cette prestation ne s'appliquera qu'au-delà des jours de congés de garde d'enfants malades accordés par la convention collective du Bénéficiaire salarié.**

##### Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par mail à [medecinconseil@rmassistance.fr](mailto:medecinconseil@rmassistance.fr) ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'Assistance ASSUREMA - à l'attention du médecin-conseil - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

Le Bénéficiaire devra impérativement communiquer au médecin-conseil de l'Assisteur les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation

avec lui.

Le Bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre le médecin-conseil de l'Assisteur par téléphone (autant que nécessaire).

#### B. ÉCOLE À DOMICILE

La prestation « École à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, à compter du 14<sup>e</sup> jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant. Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Éducation Nationale. **Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.**

L'Assisteur oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge :

- soit les coûts non défiscalisables occasionnés ou l'organisation de la prestation dans la limite d'un maximum de 10 heures de cours par semaine, tous cours confondus (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant), en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie ;
- soit l'accès à la plateforme de soutien scolaire de l'Assisteur.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> langues vivantes.

**Si des cours sont demandés par le Bénéficiaire au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'Assisteur, ils seront financièrement à sa charge.**

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours sont effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier, les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de la prestation.

##### Justificatifs

Le Bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'Assisteur un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

##### Délai de mise en place

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

### 21. PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE, SUITE À UNE MALADIE, UN ACCIDENT OU UNE BLESSURE LORS D'UN DEPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM

#### A. CONSEIL MÉDICAL EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT OU DE BLESSURE

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un Bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le Bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

#### B. TRANSFERT MÉDICAL

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- le transfert du Bénéficiaire vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- en cas d'accident ayant nécessité un passage aux urgences ou une hospitalisation entraînant une immobilisation, l'organisation et la prise en charge du retour au domicile du Bénéficiaire, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteur et si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé.

L'Assisteur prend en charge les frais correspondants restant à charge du Bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente

préalable ait été faite auprès de la Sécurité Sociale. **Les transferts médicaux d'un établissement hospitalier vers un autre établissement de soins, pour raisons de confort ou rapprochement familial, sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur.** Ainsi, l'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du Bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

#### **Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :**

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et la famille du Bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

**IMPORTANT : Tout refus par le Bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne la nullité du bénéfice de la prestation.**

#### **C. RETOUR DES ACCOMPAGNANTS**

Lorsqu'un Bénéficiaire est transporté dans le cas d'un accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation, entraînant une immobilisation, l'Assisteur organise et prend en charge le transport des proches se déplaçant avec lui jusqu'au domicile de celui-ci si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé par ces proches.

### **22. PRESTATION EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS LORS D'UN DEPLACEMENT A PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM**

#### **Déplacement et hébergement d'un proche**

Dans le cas où l'état du Bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'Assisteur organise et prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le Bénéficiaire a son domicile principal. L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais à concurrence de 125 euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits. Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le Bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'Assisteur organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. L'Assisteur participe aux frais d'hébergement à concurrence de 125 euros TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits. L'Assisteur prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur, dans les meilleurs délais.

**Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.**



## **PRESTATIONS D'ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRES ET SPÉCIFIQUES AUX AIDANTS**

### **23. BILAN PSYCHO-SOCIAL DE LA SITUATION**

A tout moment, lorsque le Bénéficiaire se trouve en situation d'aidant, il peut solliciter l'expertise du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pour faire le point sur la situation. À l'issue de cet entretien, un accompagnement téléphonique sera proposé :

- pour un soutien moral par des psychologues dans la limite de 10 entretiens par année civile,
- pour une aide aux démarches sociales avec des assistantes sociales,
- pour une aide à la gestion du quotidien avec des conseillères en économie sociale et familiale,
- pour des appels de convivialité par un écoutant social.

Les professionnels de l'équipe sont soumis à la confidentialité et le coût des accompagnements est pris en charge par l'Assisteur.

En complément, l'Assisteur met à disposition l'accès à une plateforme digitale dédiée aux aidants permettant aux Bénéficiaires, selon leur profil et leur secteur d'habitation, de recevoir des informations personnalisées, actualisées et évolutives :

- portail d'informations et d'actualités géolocalisées et personnalisées, accès à des services en ligne, avec possibilité de renvoi vers l'Assisteur pour un contact avec des professionnels.

### **24. ASSISTANCE PRÉVENTIVE**

A tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur sur son sentiment d'épuisement. Un accompagnement pourra être initié ou repris à cette occasion chaque fois que nécessaire.

De même, si l'aidant le souhaite, les professionnels du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pourront organiser des appels systématiques à intervalles définis ensemble.

Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois par année civile.

#### **A. PRÉVENTION DE L'ÉPUISEMENT DE L'AIDANT**

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) à hauteur d'une enveloppe financière maximum de 300 euros TTC, soit :

- une session de formation, en fonction de l'existant sur le secteur d'habitation, portant sur le rôle d'aidant et/ou sur les gestes et postures ;
- l'acquisition de matériel paramédical ou aides techniques adaptés ;
- une session de médiation avec un professionnel titulaire d'un Diplôme d'État (DE).

#### **B. SANTÉ ET BIEN-ÊTRE DE L'AIDANT**

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif), soit :

- l'accès à une activité physique adaptée à domicile ou dans un club, à concurrence de 3 séances ;
- la mise en place d'une présence à domicile pendant l'absence de l'aidant pour des rendez-vous médicaux pour un maximum de 12 heures ;
- l'accès à un conseil médical par téléphone.

#### **C. SOUTIEN POUR LA VIE QUOTIDIENNE**

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- la mise en place d'un service de téléassistance et le financement des frais d'installation et l'abonnement à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée maximale de 6 mois ;
- l'accès à un soutien moral entre pairs par l'inscription à une association ;
- l'accès à un réseau d'entraide et d'échanges par le financement de l'inscription le cas échéant ;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, à concurrence de 5 entretiens par année civile.

#### **D. SOUTIEN AU MAINTIEN DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DE L'AIDANT**

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- la mise en place d'une présence responsable et son financement à hauteur d'un maximum de 12 heures ;
- la mise en place d'un portage de repas et son financement à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été prise en charge pour la présence responsable.

### **25. ASSISTANCE EN CAS DE SITUATION DE CRISE**

L'ensemble des prestations est délivré dans le cadre d'un accompagnement du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur :

- par un psychologue, en complément du suivi visant à mieux vivre la situation, à travailler autour des émotions générées par la situation et sur la relation aidant/aidé,
- par un travailleur social, en adéquation avec les démarches visant notamment la Gestion des impacts de la maladie sur le quotidien, un accès au répit et à son financement et à la mise en relation avec un réseau d'aide de proximité.

#### **A. EMPÊCHEMENT DE L'AIDANT LIÉ À SON ÉTAT DE SANTÉ**

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge (sur justificatif) l'une des prestations suivantes :

- une prestation d'aide à domicile à concurrence d'un maximum de 15 heures ;
- une prestation de bien-être et de soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 euros TTC maximum, telle(s) que :
  - auxiliaire(s) de vie,
  - entretien(s) du linge,
  - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
  - petit jardinage,
  - séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
  - service(s) de portage de repas,
  - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition
- l'organisation et le financement du coût du transport d'un proche au domicile si l'aidant partage habituellement le domicile de la personne aidée dans la limite de 500 euros TTC ;
- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places

disponibles, et le financement de son coût à concurrence d'un maximum de 300 euros TTC.

**Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.**

## B. EPUISEMENT DE L'AIDANT

En cas de situation d'épuisement de l'aidant attestée par un certificat médical d'une part et par l'analyse du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur d'autre part, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge (sur justificatif) l'une des prestations suivantes :

- une prestation de garde de nuit à domicile à hauteur de 2 nuits consécutives ;
- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit ;
- l'organisation d'un accueil de jour, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit.

**Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.**

## C. DÉGRADATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA PERSONNE AIDÉE

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de la personne aidée qui engendre une diminution de ses capacités attestées médicalement, l'Assisteur évalue la situation du Bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, organise et prend en charge (sur justificatif), l'une des prestations suivantes :

- une aide à domicile à concurrence d'un maximum de 15 heures ;
- une prestation de bien-être et de soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 euros TTC maximum, telle(s) que :
  - auxiliaire(s) de vie,
  - entretien(s) du linge,
  - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
  - petit jardinage,
  - séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
  - service(s) de portage de repas,
  - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition
- une prestation de garde de nuit à domicile à hauteur de 2 nuits consécutives ;
- une prestation d'ergothérapeute à concurrence d'un maximum de 4 heures d'intervention à domicile.

**Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du Bénéficiaire.**

## 26. FIN DE LA SITUATION D'AIDANT

A tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur sur son besoin de soutien à ce nouveau changement. Un soutien (administratif, psychologique et juridique) renforcé pourra être initié à cette occasion.

**Toutefois, les prestations décrites ci-dessous ne pourront être délivrées qu'une seule fois dans l'année qui suit la fin de situation d'aidance.**

### A. LORSQUE LA PERSONNE AIDÉE RETROUVE SES CAPACITÉS

Lorsque la personne aidée est en état de rémission ou guérison médicalement constatée, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- le coût d'une activité de loisirs permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses à concurrence de 3 séances ;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, à hauteur d'un maximum de 5 entretiens par année civile ;
- l'accès pour l'aidant à une activité physique dans un club, à concurrence d'un maximum de 3 séances.

### B. LORSQUE LA PERSONNE AIDÉE DÉCÈDE

En cas de décès de la personne aidée et sur présentation de l'acte de décès, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- le coût de l'inscription à une association permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses à hauteur du coût de la cotisation annuelle ;
- l'accès à un conseil Gestion du budget et organisation du quotidien, à hauteur d'un maximum de 5 entretiens.

## ► CADRE JURIDIQUE

## 27. ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 46 rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682.

## 28. CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES

### A. COMPORTEMENT ABUSIF

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le Bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire du contrat. L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au Bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

### B. RESPONSABILITÉ

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le Bénéficiaire de soins ou d'examens préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur. L'Assisteur ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique. L'Assisteur ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique ou pandémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales, nationales et/ou internationales.

L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

### C. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

## 29. EXCLUSIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par le Bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants ou produits médicamenteux non prescrits par un médecin,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge des services de l'Assisteur matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au Bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

## 30. NULLITÉ DE LA PRESTATION

Si le Bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations

ou les prescriptions proposées par l'Assisteur, le Bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant déchargé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le Bénéficiaire.

### 31. RECOURS

Le Bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

### 32. SUBROGATION

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'Assisteur l'estime opportun.

### 33. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'exécution de la présente notice d'informations 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, du fait du Bénéficiaire, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'Adhérent, du Bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 du Code de la mutualité).

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. 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.

### 34. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles du Bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des Bénéficiaires. A défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des Bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du Bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du Bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au Bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le Bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé

Les données de santé du Bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du Bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiqués qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le Bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des Bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le Bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le Bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de RMA.

Le Bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante : [dporma@rmasistance.fr](mailto:dporma@rmasistance.fr) ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex.

En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le Bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le Bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par Internet à l'adresse suivante : <http://bloctel.gouv.fr>.

### 32. RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le Bénéficiaire doit contacter, à l'adresse du siège social : RMA - Direction Assistance et Accompagnement - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU Cedex.

Si un désaccord subsiste, le Bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15.

### 33. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Ressources Mutuelles Assistance (RMA) est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - 75436 PARIS Cedex. 09.

**PROTECTION JURIDIQUE  
SANTÉ LIGHT**



**CONDITIONS GENERALES**

Accord cadre n° M0ODC207112

## 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 **MATEO**, cabinet de courtage agissant sous la marque commerciale ASSUREMA, Société par Actions Simplifiée au capital de 500.000 €, ayant son siège social 243 avenue Cugnot – ZAC des Escampades – 84170 MONTEUX, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés d'AVIGNON sous le numéro 840 862 411 et auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances (ORIAS) sous le matricule 18 005 930 (dénommée ci-après l'**INTERMEDIAIRE**),
- auprès de **CFDP ASSUREANCES**, 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° **M00DC207112**,
- pour le compte des Bénéficiaires définis ci-dessous.

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

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

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

### LES DEFINITIONS :

**LE BENEFICIAIRE, L'ASSURE OU VOUS** : Le particulier, personne physique, titulaire d'un contrat santé ou prévoyance 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 ou prévoyance, 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.

### UN ACCUEIL SUR RENDEZ-VOUS AU PLUS PROCHE DE VOUS

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

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

### 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 défendeur dans les mêmes conditions,
- Vous proposer une médiation indépendante des parties. Le médiateur sera désigné sur une liste par une association ou un groupement professionnel sur demande de l'Assureur et avec votre acceptation. Il prendra contact avec les parties, les réunira et les mettra en condition de trouver par elles-mêmes la solution au Litige en cours.

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

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

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

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

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

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

#### LA PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE PROCEDURE JUDICIAIRE

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

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

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

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

#### LE SUIVI JUSQU'À LA PARFAITE EXECUTION DES DECISIONS

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

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

L'intervention de l'Assureur cesse :

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

#### LES MONTANTS ET PLAFONDS CONTRACTUELS GARANTIS

BAREME APPLICABLE AUX HONORAIRES D'AVOCAT & D'EXPERT	En € TTC
<b>PHASE AMIABLE</b>	
<b>Démarches amiables</b>	
Intervention amiable	110
Protocole ou transaction	340
<b>Consultation &amp; expertise</b>	
Consultation de spécialiste	390
Expertise amiable contradictoire	1 120
<b>MARD (Modes Amiables de Résolution des Différends)</b>	
Conciliateur de justice (assistance)	390
Médiation de la consommation	
Médiation conventionnelle	
Médiation judiciaire	560
Arbitrage	
Procédure participative	
<b>PHASE JUDICIAIRE</b>	
<b>Assistance</b>	
Assistance préalable à procédure pénale	
Assistance à une instruction	390
Expertise judiciaire : assistance et dires (forfait)	
<b>Commissions ou juridictions de première instance</b>	
Démarche au Parquet (forfait)	
Saisine du SARVI (forfait)	130
Commissions diverses (y compris CIVI)	560
Conseil de l'ordre	
Ordonnance sur requête (forfait)	450
Référé	670
Référé heure à heure	840

Tribunal de Police	560*
Tribunal Correctionnel	900*
Tribunal / Chambre de proximité	840*
Tribunal Judiciaire	
Tribunal Administratif	1 120*
Autres juridictions du 1er degré	
Conseil de Prud'hommes :	
-Référé, Phase de conciliation, Départage	560*
-Phase de Jugement, y compris audiences de mise en état	840*
Incidents d'instance et demandes incidentes	670
<b>Cours ou juridictions de recours</b>	
Cour ou Juridiction d'Appel	1 820*
Recours devant le 1 <sup>er</sup> Président de la Cour d'Appel	560
Cour de Cassation	
Conseil d'Etat	2 100*
Cour d'Assises	
<b>Autres juridictions</b>	
Juridictions européennes (CJUE, CEDH)	1 120*
Juridictions monégasques ou andorranes	
Juge de l'exécution	670
Juge de l'exéquatour	
<b>PLAFONDS, FRANCHISE &amp; SEUIL D'INTERVENTION</b>	
<b>En € TTC</b>	
Plafond de prise en charge par Sinistre (France, Andorre, Monaco) :	25 000
Dont plafond pour démarches amiables :	560
expertise judiciaire :	5 500
Plafond de prise en charge par Sinistre (hors France, Andorre, Monaco) :	2 800
Seuil d'intervention :	0
Franchise :	0

Les montants ci-dessous comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation...) et constituent la limite de la prise en charge même en cas de pluralité ou de changement d'avocats.

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

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

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

#### ARTICLE 3

##### LA PROTECTION JURIDIQUE SANTE LIGHT

##### 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.

## 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 LES MANIFESTATIONS INITIALES SONT ANTERIEURES ET CONNUES 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 FRAUDULEUX OU DOLOSIF QUE VOUS AVEZ COMMIS VOLONTAIREMENT CONTRE LES BIENS ET LES PERSONNES EN PLEINE CONSCIENCE DE LEURS CONSEQUENCES DOMMAGEABLES OU NUISIBLES,
- SURVENANT LORSQUE VOUS ETES EN ETAT D'IVRESSE PUBLIQUE ET MANIFESTE OU LORSQUE LE TAUX D'ALCOOLEMIE EST EGAL OU SUPERIEUR A CELUI LEGALEMENT ADMIS DANS LE PAYS OU A LIEU LE SINISTRE, OU SOUS L'INFLUENCE DE SUBSTANCES OU DE PLANTES CLASSEES COMME STUPEFIANTS OU LORSQUE VOUS REFUSEZ DE VOUS SOUMETTRE A UN DEPISTAGE,
- RELATIFS A L'INDEMNISATION DE RISQUES SERIELS, D'AFFECTIIONS LIEES A L'AMIANTE OU AUX PRIONS, OU FAISANT SUITE A DES EXPERIENCES MEDICALES OU BIOMEDICALES,
- GARANTIS PAR UNE ASSURANCE DOMMAGES OU RESPONSABILITE CIVILE ET CEUX RELEVANT DU DEFAUT DE SOUSCRIPTION PAR VOUS D'UNE ASSURANCE OBLIGATOIRE,
- RELATIFS A L'EXECUTION DE TOUT CONTRAT ASSORTI DE GARANTIES « INDEMNITES JOURNALIERES » OU « INVALIDITE »,
- VOUS OPPOSANT A VOTRE EMPLOYEUR OU A TOUT ORGANISME GESTIONNAIRE D'UN REGIME DE SECURITE SOCIALE OU COMPLEMENTAIRE, OU EN CHARGE DES PRESTATIONS FAMILIALES.

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

- LES FRAIS ENGAGES SANS SON ACCORD PREALABLE, SAUF URGENGE 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 84 85 72 46 (prix d'un appel local)

✉ [contact@asrama.fr](mailto:contact@asrama.fr)

📍 ASRAMA – 243 avenue Cugnot – ZAC des Escampades –  
84170 MONTEUX

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

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

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

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

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

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

## ARTICLE 6

### LA VIE DU CONTRAT

#### L'APPLICATION DANS LE TEMPS

##### La durée de l'adhésion :

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

Par la suite, l'adhésion au Contrat suit le sort du contrat santé ou prévoyance 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 ou prévoyance 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 ou prévoyance 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 Litige 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 à hauteur du plafond de prise en charge spécifique prévu pour les pays autres que la France et les Principautés d'Andorre et de Monaco.

### ARTICLE 7

#### LA PROTECTION DE VOS INTERETS

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

Les personnes qui ont 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](mailto: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+le+médiateur>.

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 Tribunal judiciaire, statuant selon la procédure accélérée au fond, peut en décider autrement lorsque Vous mettez en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si Vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenu une solution plus favorable que celle qui Vous avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, l'Assureur Vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants et plafonds 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 intermédiaires en assurance,
- les gestionnaires des souscripteurs,
- 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@cfdp.fr](mailto:dpd@cfdp.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 et joindre une copie recto-verso d'un justificatif d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport).

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

Le Délégué à la Protection des Données de l'Assureur 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, Vous pouvez Vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique :

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

#### **L'AUTORITE DE CONTROLE**

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