

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

Zen Santé Flexi Senior

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	5
ARTICLE 1 : DÉFINITION	6
ARTICLE 2 : OBJET DU CONTRAT	15
ARTICLE 3 : CONTRAT RESPONSABLE	16
ARTICLE 4 : DATE D'EFFET ET DURÉE	16
ARTICLE 5 : AYANTS-DROIT	16
5.1. Conditions d'adhésion	16
5.2 Date d'effet	17
5.3 Cessation des droits	17
5.3.1 Résiliation à l'échéance	17
5.3.2 Perte de la qualité d'Ayant droit	17
5.3.3 Résiliation en cours d'année	17
ARTICLE 6 : RÉSILIATION	18
6.1 Formalisme à respecter	18
6.2 Résiliation à l'initiative de l'Adhérent	18
6.2.1 Résiliation à l'échéance	18
6.2.2 Résiliation infra annuelle	18
6.2.3 Résiliation ou disparition de la Contractante	18
ARTICLE 7 : MODIFICATION DU CONTRAT	19
ARTICLE 8 : MODALITÉS D'ADHÉSION	19
8.1 Conditions d'adhésion	19
8.2 Date d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion	19
8.3 Renonciation	20
ARTICLE 9 : CESSATION DE L'ADHÉSION	20
ARTICLE 10 : FONCTIONNEMENT DES GARANTIES	21
10.1 Fonctionnement de la garantie principale	21
10.1.1 Adhésion à la garantie principale et prise d'effet	21
10.1.2 Changement de garantie principale	21
10.1.3 Résiliation de la garantie principale	21
10.2 Fonctionnement des renforts	22
10.2.1 Adhésion au renfort	22
10.2.2 Changement de renfort	22
10.2.3 Résiliation du renfort	22

10.3	Prise d'effet des garanties	22
10.4	Cessation des garanties.....	22
ARTICLE 11 : PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ.....		23
11.1	Nature des remboursements	23
11.2	Contrat responsable	23
11.3	Description des prestations	24
11.3.1	Optique	24
11.3.2	Audiologie.....	26
11.3.3	Dentaire	26
11.3.4	Hospitalisation	27
11.3.5	Soins courants.....	27
11.3.6	Prévention et bien être.....	28
11.4	Les renforts	28
11.5	Prestations annexes.....	29
11.5.1	Garantie d'assistance en inclusion.....	29
11.5.2	Tiers-payant	29
11.6	Etendue territoriale des garanties	30
11.7	Montant des remboursements	30
11.8	Exclusions	30
11.9	Calcul des prestations.....	31
11.10	Règlement des prestations	32
11.10.1	Demandes de remboursement et versement des prestations.....	32
11.10.2	Pièces justificatives	32
11.10.3	Contrôle médical	32
11.11.	Déchéance des garanties – Fausses déclarations - Recours subrogatoire.....	33
11.11.1	Déchéance de garanties	33
11.11.2	Fausses déclarations	33
11.11.3	Recours subrogatoire.....	33
ARTICLE 12 : COMMUNICATION DES FRAIS DE GESTION ET DU RATIO PRESTATIONS / COTISATIONS		34
ARTICLE 13 : COTISATIONS		34
13.1	Fixation et paiement	34
13.2	Ajustement annuel.....	35
13.3	Impayés.....	35
ARTICLE 14 : VIE DU CONTRAT		36

14.1 Assurances cumulatives	36
14.2 Réclamation et médiation	36
14.2.1 Réclamation	36
14.2.2 Médiation	36
14.3 Données personnelles	37
14.3.1 Recueil des informations	37
14.3.2 Conservation et portabilité des données	37
14.3.3 Droits de l'assuré	37
14.4 Dématérialisation des échanges relatifs au contrat d'assurance	38
14.5 Dispositif de Lutte contre le blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme - Fraude	38
14.6 Prescription	38
14.7 Révision	40
ANNEXE 1 CONDITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION	41
ANNEXE 2 : TABLEAU DE GARANTIES	42
ANNEXE 3 : MENTIONS LÉGALES DE L'ASSOCIATION DES ASSURÉS DE ZENIOO	48
ANNEXE 4 : STATUTS D'UNMI'MUT	49
ANNEXE 5 : RÈGLEMENT INTÉRIEUR	50
ANNEXE 6 : MENTIONS LÉGALES ZENIOO	51

PRÉAMBULE

Les présentes Conditions générales valant notice d'information ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre du Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n°ZENSANTEFLEXISENIOR_HORSMADELIN_092023 et n°ZENSANTEFLEXISENIOR_MADELIN_092023 (ci-après le « Contrat ») souscrit par l'Association AAZ auprès d'UNMI'Mut.

Intervenants au Contrat :

UNMI'MUT : Mutuelle relevant des dispositions du livre II du Code de la mutualité, SIREN 851 629 162, dont le siège social est situé 50 avenue Daumesnil, 75012 PARIS. Mutuelle soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09. UNMI'Mut est désignée par le terme « Organisme assureur » les présentes Conditions Générales valant Notice d'Information.

Association AAZ » : Association loi 1901, située au 33 rue de la République – 69200 Lyon et dont l'objet social est notamment de souscrire et promouvoir au profit de ses Adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurances collectives. Le fonctionnement de l'Association AAZ est régi par ses statuts dont la dernière version est accessible à l'adresse suivante <https://www.aaz-asso.fr/statuts/>. L'Association AAZ est désignée par les termes « Association » ou la « Contractante » dans les présentes Conditions Générales valant Notice d'Information.

ZENIOO : Société de courtage d'assurances exerçant sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09, dont le siège social est situé au 6 cours André Philip, 69100 Villeurbanne, immatriculée au RCS de Lyon sous le n° B 884 782 582 et à l'ORIAS sous le n°20 005 879. ZENIOO est désignée par le terme le « Distributeur » dans les présentes Conditions Générales valant Notice d'Information.

CPMS : Organisme Gestionnaire du Contrat. CPMS est une SA de courtage d'assurances au capital de 189 450.75 €, dont le siège social est situé 4 rue Auber 75009 Paris immatriculé au RCS de Paris sous le n°414 357 889 et à l'ORIAS n°07 001 007 soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09). CPMS est également désignée par le terme le « Gestionnaire » dans les présentes Conditions Générales valant Notice d'Information.

Adhérent : Personne physique ou morale, membre de l'Association, qui adhère au Contrat référencée ci-dessus. Le terme « Assuré » désigne l'ensemble des personnes qui bénéficient des garanties des présentes Conditions Générales valant Notice d'Information. Les Assurés sont inscrits au Certificat d'adhésion.

Les moyens de joindre CPMS sont :

- par téléphone : 01 76 24 42 94 (du lundi au vendredi de 9h à 17h hors jours fériés et chômés - appel non surtaxé - prix d'un appel local)
- par e-mail : zenioo@cpms.fr
- par courrier : CPMS GESTION ZENIOO – TSA 11029 – 75009 PARIS

ARTICLE 1 : DÉFINITION

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

ADHÉRENT

Membre de l'association Contractante âgé, à jour de ses cotisations et :

- > être âgé à l'adhésion d'au moins 55 ans pour l'Adhérent principal,
- > répondant aux conditions d'adhésion prévues à l'article « Modalités d'adhésion »,
- > relevant d'un Régime obligatoire de protection sociale français,
- > résidant en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique ou Réunion,
- > exerçant une activité professionnelle en France métropolitaine (salarié, fonctionnaire, travailleur non salarié) ou n'exerçant pas ou plus d'activité professionnelle (étudiant, chômeur, retraité etc).

AIDES AUDITIVES

Appareils améliorant l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif.

Synonymes : audioprothèses, prothèses auditives, appareils auditifs.

AN (PAR AN) OU, (PAR PÉRIODE D'1 AN), (PAR PÉRIODE DE 2 ANS) (PAR PÉRIODE DE 4 ANS)

Pour les postes « Optique » et « Aides auditives », la réglementation impose une période minimale de renouvellement, pendant laquelle il n'est pas possible de changer d'équipement.

En ce qui concerne les frais d'acquisition de lunettes, la période d'1 an, de 2 ans, ou de 6 mois prise en considération est décomptée à partir de la date d'acquisition de l'équipement complet par la personne assurée ou du dernier élément de l'équipement (soit les verres, soit la monture) en cas d'achat décalé dans le temps de chacun de ces éléments par la personne assurée.

En ce qui concerne les frais d'acquisition d'un appareil auditif, la période de 4 ans prise en considération est décomptée à partir de la date d'acquisition de celui-ci.

Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Pour les autres frais et sauf stipulation contraire expresse, la mention « par an » signifie « 12 mois civils » décomptés à partir de la date anniversaire de l'adhésion.

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Il s'agit de l'ensemble des actes (prélèvements, analyses...) généralement réalisés par un laboratoire de biologie médicale.

Synonymes : examens de laboratoire, biologie médicale, analyses médicales.

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le Régime obligatoire de protection sociale.

Synonymes : professionnel paramédical.

AYANT(S) DROIT(S)

Pour l'application des dispositions du contrat, sont considérés comme Ayant(s) droit, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat : le conjoint, partenaire de PACS ou concubin de l'Adhérent et les Enfants à charge (tels que définis ci-après).

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Tarif servant de référence au Régime obligatoire de protection sociale pour déterminer le montant de son remboursement.

On distingue :

- > le tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance Maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance Maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- > le tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance Maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- > le tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Synonymes : base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, tarif de remboursement du Régime obligatoire.

100 % SANTÉ

Dispositif par lequel certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires sont intégralement remboursées par le Régime obligatoire de protection sociale et les contrats complémentaire santé responsables (donc sans frais restant à la charge des personnes assurées) sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés (prix limites de vente pour les équipements d'optique et les aides auditives et Honoraires limites de facturation pour les prothèses dentaires).

Pour ces soins identifiés sous le terme de panier « 100 % santé », qui sont définis règlementairement, les opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100 % santé ».

Les contrats complémentaire santé responsables doivent obligatoirement rembourser la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste et le montant remboursé par le Régime obligatoire de protection sociale, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100 % santé ».

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100 % santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100 % santé », sous réserve qu'il en existe un qui réponde au besoin de santé.

CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Désigne les différentes techniques chirurgicales (telle notamment l'opération de la myopie au laser) qui permettent de corriger les défauts visuels. Le Régime obligatoire de protection sociale ne prend pas en charge ces opérations.

CONCUBINAGE

Union de fait caractérisée par une vie commune notoire et permanente pendant une durée d'au moins 2 ans, sauf si un enfant au moins est né de la vie commune entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

CONCUBIN

Personne vivant en concubinage avec l'Adhérent, bénéficiant d'un Régime obligatoire de protection sociale français, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où :

- > l'Adhérent et le concubin partagent le même domicile de manière notoire et permanente pendant une durée d'au moins 2 ans, consécutifs, sauf si un enfant est né de cette union et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité – PACS),
- > une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'Adhérent et celui de son concubin est adressée à l'Organisme assureur.

En cas de concubins multiples, seul le concubin qui se trouve à la charge effective, totale et permanente de l'Adhérent sera pris en considération. A défaut ou en cas de pluralité de concubins répondant à cette dernière définition, seul le plus âgé, sera retenu.

En cas de mariage de l'Adhérent ou de conclusion d'un PACS par l'Adhérent, le concubin n'est plus considéré comme Ayant droit.

L'Organisme assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de la situation de concubinage, notamment une attestation du Régime obligatoire de protection sociale ainsi que toutes pièces libellées au nom des 2 concubins ou de chacun d'entre eux, de nature contractuelle ou émanant d'un Organisme administratif, datées de moins de 3 mois et faisant mention du domicile, telles que contrat de bail, facture, relevé bancaire, avis d'imposition, permettant de justifier de l'existence du domicile commun.

CONJOINT

Personne mariée avec l'Adhérent non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, bénéficiant d'un Régime obligatoire de protection sociale français, exerçant ou non une activité professionnelle.

CONTRAT « SOLIDAIRE ET RESPONSABLE »

Un contrat complémentaire santé est qualifié de « solidaire » lorsque s'agissant d'un contrat d'assurance de groupe, l'Organisme assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts.

Un contrat complémentaire santé est qualifié de « responsable » lorsqu'il répond aux conditions définies par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et les textes publiés pour son application (articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.)

Un contrat complémentaire santé « responsable » doit :

- > prendre en charge l'intégralité du ticket modérateur (exception possible pour certains frais ou actes limitativement énumérés par l'article L.871-2 précité) ;
- > prendre intégralement en charge, dans la limite des prix limites de vente et Honoraires limites de facturation, les frais d'acquisition d'aides auditives, de lunettes (soit pour un équipement complet : une monture et deux verres) et de prothèses dentaires appartenant au panier « 100 % santé » ;
- > lorsqu'il prévoit la prise en charge des dépassements d'Honoraires des médecins :

- prévoir des montants de remboursement complémentaires inférieurs lorsque le médecin n'adhère pas à l'un des DPTAM définis ci-après ;
- limiter, en tout état de cause, le remboursement des dépassements d'Honoraires de ce médecin à un plafond spécifique ;
- > prendre en charge le forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée ;
- > lorsqu'il prévoit la prise en charge des frais d'acquisition de lunettes (soit pour 1 équipement complet : une monture et deux verres) n'appartenant pas au panier « 100 % santé » au-delà de la base de remboursement retenue par le Régime obligatoire, fixer le montant de son remboursement complémentaire à l'intérieur des planchers et plafonds de garantie prévus par la réglementation (intégrant un remboursement plafonné de la monture) et respecter les fréquences de prise en charge de ces frais.
- > lorsqu'il prévoit la prise en charge des frais d'acquisition d'aides auditives n'appartenant pas au panier « 100 % santé » au-delà de la base de remboursement retenue par le Régime obligatoire, fixer le montant de son remboursement complémentaire dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation pour ces frais et respecter la fréquence de prise en charge de ces derniers.

Un contrat complémentaire santé « responsable » doit également permettre à la Personne assurée de bénéficier auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent ce dispositif, d'un système de Tiers Payant tel que défini à l'article « tiers-payant ».

En revanche, un contrat complémentaire santé « responsable » ne rembourse pas :

- > **les majorations du ticket modérateur appliquées à titre de sanction par le Régime obligatoire de protection sociale, lorsque l'assuré social ou l'un de ses Ayants droit âgé de 16 ans ou plus n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un médecin hors parcours de soins ;**
- > **tout ou partie des dépassements d'Honoraires que certains médecins spécialistes sont autorisés à appliquer pour les consultations et actes réalisés hors parcours de soins coordonnés ;**
- > **la participation forfaitaire, applicable pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une Hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale ainsi que prévu au II de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale ;**
- > **les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport, ainsi que prévu au III de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale.**

DATE D'ANNIVERSAIRE DE L'ADHÉSION

La date d'anniversaire de l'adhésion correspond à la date d'effet de l'adhésion au contrat telle qu'indiquée au certificat d'adhésion.

DENTAIRE

Ce terme désigne les actes et prestations bucco-dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste, un orthodontiste ou un stomatologue et qui comprennent : les soins dentaires, (consultation, détartrage...), les prothèses dentaires, l'orthodontie, la parodontologie, l'implantologie etc.

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement du Régime obligatoire de protection sociale et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

DEVIS

Document établi par certains professionnels de santé, présentant les soins ou les prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE - DPTAM

Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-Co) qui sont des options ouvertes à certains médecins par Le Contrat avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires.

En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par Le Contrat.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1^{er} janvier 2013). L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (Optam-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'Optam ou l'Optam-co, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

ENFANT À CHARGE

Enfant de l'Adhérent, de son Conjoint ou de son Concubin, qu'il soit légitime, naturel, adoptif, reconnu ou recueilli :

- > jusqu'à son 18^{ème} anniversaire, sans conditions,
- > jusqu'à son 28^{ème} anniversaire, sous condition, soit :
 - Qu'il poursuive des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - Qu'il soit en apprentissage ;
 - Qu'il poursuive une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - Qu'il soit, préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrit auprès du Pôle emploi comme demandeur d'emploi ou stagiaire de la formation professionnelle ;
 - Qu'il soit employé dans un Etablissement ou une Structure d'Aide par le Travail (ESAT) en tant que travailleur handicapé.

Quel que soit son âge, s'il est infirme et titulaire de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant son 28^{ème} anniversaire, justifié par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé.

ÉVOLUTION DE LA VUE

La justification d'une évolution de la vue (selon les seuils définis par la réglementation et figurant dans la liste mentionnée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale) entraînant la prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale et l'Organisme assureur d'une paire de lunettes (soit une monture et deux verres) par période d'un An au lieu de deux pour les adultes et enfants de 16 ans et plus, et sans délai, uniquement pour les verres, pour les enfants de moins de 16 ans résulte :

- > soit de la prescription médicale précisant le changement de la correction,
- > soit, dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec adaptation à la vue par l'opticien, du devis ou de la facturation qu'il réalise et qui précise la nouvelle correction. Celle-ci doit être comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet, pour la personne considérée, d'un remboursement par la complémentaire santé.

Par ailleurs, pour tous les assurés, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la vue liée à une situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellement anticipés autorisés fixée à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, sous réserve que cette évolution fasse l'objet d'une nouvelle prescription médicale.

FORFAIT

Le forfait est une prestation dont le montant de remboursement est fixé en euros et plafonné à un maximum, auquel tout bénéficiaire a droit dans la limite des frais de soins réellement engagés par l'assuré au cours d'une année civile (ticket modérateur inclus).

HONORAIRES

Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral.

Les honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet. Les honoraires médicaux (perçus par les médecins et les sage-femmes) se distinguent des honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION (HLF)

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné.

HOSPITALISATION

Séjour comportant au moins une nuitée dans un établissement de santé (public ou privé) y compris établissement de rééducation fonctionnelle, en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient.

HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

Alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient.

HOSPITALISATION AMBULATOIRE

Séjour d'une durée inférieure à 24 heures consécutives et sans nuitée dans un établissement de santé (hôpital, clinique), le patient arrivant et repartant le même jour.

Synonyme : hospitalisation de jour.

IMPLANTOLOGIE DENTAIRE

L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles est ensuite fixée une prothèse. Hormis la prothèse, l'implantologie n'est qu'exceptionnellement remboursée par le Régime obligatoire de protection sociale.

INLAYS ET ONLAYS

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Les inlays et onlays ne sont pas des prothèses.

MALADIE

Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

MATÉRIEL MÉDICAL

Biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par le Régime obligatoire de protection sociale.

Il s'agit notamment de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...

Synonyme : dispositifs médicaux (DM), appareillage (petit ou grand).

MATERNITÉ

Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est considérée ni comme une maladie, ni comme un accident.

MÉDECIN TRAITANT

Médecin généraliste ou spécialiste choisi par l'assuré social ou par chaque Ayant droit âgé de 16 ans ou plus ou encore par l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale pour les Ayants droit âgés de moins de 16 ans, et dont le nom est communiqué à l'Organisme Gestionnaire du Régime obligatoire de protection sociale de chacun des intéressés.

MÉDECIN CORRESPONDANT

Médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant.

MÉDECIN À ACCÈS DIRECT AUTORISÉ

Pour certains actes précisés relevant de leur spécialité, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins coordonnés.

NOMENCLATURE

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- > pour les actes cliniques (consultations, visites) des sage-femmes, des chirurgiens-dentistes et des médecins ainsi que pour les actes des auxiliaires médicaux et les actes d'orthodontie : la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),
- > pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...) : la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- > pour les actes de biologie médicale : la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),

- > pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage...) : la Liste des Produits et Prestations (LPP),
- > pour les soins hospitaliers : Les Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

OPTIQUE

Les équipements optiques sont des dispositifs médicaux qui permettent de corriger les troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie ou encore la presbytie.

Il peut s'agir de lunettes (une monture + deux verres) ou de lentilles.

La chirurgie réfractive permet également de corriger certains troubles visuels.

Dès le 1^{er} janvier 2020, les équipements entrant dans le panier « 100 % santé » sont remboursés intégralement par les contrats Complémentaires santé responsables, en sus du remboursement du Régime obligatoire de protection sociale, dans la limite des prix maximum que les opticiens s'engagent à respecter. L'offre « 100 % santé » n'est pas exclusive : il est possible d'opter pour un équipement « mixte » composé de verres de l'offre « 100 % santé » et d'une monture « Hors 100 % santé », ou inversement.

ORTHODONTIE

Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes.

Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations ou les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

PACTE CIVIL DE SOLIDARITE – PACS

Un pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil).

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Circuit que les patients doivent respecter (hors hospitalisation) pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement, sans application de sanctions.

Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un Régime obligatoire de protection sociale âgés de plus de 16 ans. Un patient est considéré comme étant toujours dans le parcours de soins, lorsque se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique de son lieu de résidence habituelle, ainsi que prévu à l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, il consulte un autre médecin que son médecin traitant.

PARODONTOLOGIE

Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).

Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus.

Le Régime obligatoire de protection sociale ne rembourse qu'une partie de ces traitements.

PARTENAIRE

Personne liée à l'Adhérent par un PACS, bénéficiant d'un Régime obligatoire de protection sociale, exerçant ou non une activité professionnelle.

PERSONNES ASSURÉES

L'Adhérent et, le cas échéant, ses Ayants droits inscrits au contrat.

PLAFONDS

Les remboursements ou les forfaits prévus peuvent être plafonnés par personne, par famille ou par an (année civile) ou année d'adhésion, selon les niveaux de garanties choisis, conformément au tableau de garanties et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes. Le cumul des divers remboursements obtenus par un bénéficiaire ne peut excéder la dépense réelle.

PRIX LIMITE DE VENTE (PLV)

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix de vente est libre.

RÉGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE – « RO »

Régime obligatoire de Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés. Il est rappelé que le Régime obligatoire de protection sociale de Travailleur non salarié n'est pas pris en considération.

SOINS COURANTS

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux. Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires... Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont considérées comme des soins de ville.

Synonymes : soins ambulatoires, soins de ville, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires.

SOINS DENTAIRES

Ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Le praticien conventionné a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'assurance maladie obligatoire française pour ces soins, pour lesquels il ne peut donc pas pratiquer de dépassements d'honoraires (hormis pour les inlays-onlays).

TÉLÉMÉDECINE

Relèvent de la télémédecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication.

Constituent, entre autres, des actes de télémédecine effectués par un professionnel médical :

- > la téléconsultation, qui est une consultation à distance. Il convient de distinguer la téléconsultation médicale prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale pour laquelle l'Organisme assureur intervient en complément, de celle qui peut être incluse dans les services proposés par l'assureur, indépendamment du Régime obligatoire de protection sociale,

- > la téléexpertise, qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux sur la prise en charge d'un patient,
- > la télésurveillance médicale, qui permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient.

TIERS PAYANT

Système de paiement qui évite à l'Adhérent de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le Régime obligatoire de protection sociale et/ou l'Organisme assureur pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

TRANSPORT SANITAIRE

Frais de transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, à des fins de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transport terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.

Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les personnes assurées par Le Contrat (qu'il s'agisse des Adhérents eux-mêmes et/ou de leurs Ayants droits inscrits au contrat) à mieux comprendre les garanties dont ils bénéficient au titre du présent contrat complémentaire santé.

Les Organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats Complémentaire santé.

Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante : <http://www.unocam.fr>.

ARTICLE 2 : OBJET DU CONTRAT

Le présent Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, complémentaire au Régime obligatoire, a pour objet le versement de prestations, dans la limite des frais réels, en remboursement des frais de santé engagés par l'Adhérent pendant la période de garantie et engagés par ses Ayant droit, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat, par les membres de sa famille ci-après définis.

Le Contrat prévoit des formules de garanties accordant des niveaux différents de remboursement et de prestation.

Les tableaux de garanties figurent en ANNEXE 4 des présentes Conditions générales valant Notice d'information.

La formule retenue par l'Adhérent, applicable tant à lui-même qu'à ses Ayants droit le cas échéant, est indiquée dans le certificat d'adhésion.

Ce Contrat satisfait aux conditions exigées par les Pouvoirs publics pour répondre aux définitions de « **Contrat solidaire** » et « **Contrat responsable** » au sens de l'article « contrat responsable ».

Les frais pris en compte par l'Organisme assureur sont décrits à l'article « Garanties frais de santé ».

Les Adhérents ayant le statut de travailleurs non-salariés non agricoles peuvent bénéficier du régime fiscal Madelin (LOI n° 94-126 du 11 février 1994 – article 154 Bis du code général des impôts) au titre du Contrat n°ZENSANTEFLEXISENIOR_MADELIN_092023 pour les niveaux de garanties responsables.

L'éligibilité au dispositif Madelin, et la production d'une attestation de cotisations déductibles, est conditionnée au respect des conditions suivantes :

- Être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français ;
- Être à jour du paiement des cotisations de son Régime obligatoire.

ARTICLE 3 : CONTRAT RESPONSABLE

Le Contrat est un contrat de type « solidaire » et « responsable » c'est-à-dire qu'il s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L.871-1 et L.862-4 et suivants du Code de la Sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

En conséquence, aucune exclusion mentionnée au sein des présentes Conditions Générales valant Notice d'information ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévues aux articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et les frais de santé donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale sont garantis à minima à hauteur de 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (remboursement Sécurité sociale inclus).

Ce Contrat respecte les planchers minimaux et les plafonds maximums de garanties du « Contrat responsable » ainsi que les conditions dans lesquelles peuvent être pris en charge les dépassements d'Honoraires des médecins non Adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

De même, en application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, les dépenses de santé exposées dans le cadre du panier de soins « 100% santé » seront intégralement prises en charge dans les conditions et selon le calendrier déterminé au décret susvisé.

Les garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables et solidaires ».

ARTICLE 4 : DATE D'EFFET ET DURÉE

Le Contrat produit ses effets pendant douze mois et est renouvelée chaque année à la Date anniversaire de l'adhésion (qui correspond à la date d'effet indiquée sur le certificat d'adhésion), par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article « résiliation ».

ARTICLE 5 : AYANTS-DROIT

5.1. Conditions d'adhésion

Les ayants droits de l'Adhérent sont :

- > Leur conjoint ou concubin ou toute personne leur étant liée par un pacte civil de solidarité (PACS),
- > Enfant à charge : Enfant de l'Adhérent et de son Conjoint ou de son Concubin, qu'il soit légitime, naturel, adoptif, reconnu ou recueilli :
 - Jusqu'à son 18ème anniversaire, sans condition ;
 - Jusqu'à son 28ème anniversaire et sous condition, soit :
 - Qu'il poursuive des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - Qu'il soit en apprentissage ;
 - Qu'il poursuive une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes associant d'une part des enseignements généraux professionnels et technologiques dispensés pendant le temps de travail, dans des organismes publics ou privés de formation, et d'autre part l'acquisition d'un savoir-faire par l'exercice en entreprise d'une ou plusieurs activités professionnelles en relation avec les enseignements reçus ;
 - Qu'il soit, préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, inscrit auprès du Pôle emploi comme demandeur d'emploi ou stagiaire de la formation professionnelle ;

- Qu'il soit employé dans un Etablissement ou une Structure d'Aide par le Travail (ESAT) en tant que travailleur handicapé.
- Quel que soit son âge, s'il est infirme et titulaire de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant son 28ème anniversaire, justifié par un avis médical ou tant qu'il bénéficie de l'allocation d'adulte handicapé

5.2 Date d'effet

L'inscription au Contrat des Ayants droits de l'Adhérent est laissée, et ce pour chacun d'entre eux individuellement, au libre choix de l'Adhérent. Celui-ci peut demander l'inscription de certains ou de l'ensemble de ses Ayants droits postérieurement à son adhésion au Contrat dans les mêmes conditions définies ci-dessus et sous réserve de fournir les pièces justificatives nécessaires.

L'inscription des Ayants droit prend effet :

- > à la même date que l'adhésion de l'Adhérent lui-même, lorsqu'il demande l'inscription des intéressés concomitamment à sa propre adhésion,
- > au jour de l'événement, en cas de modification de la situation matrimoniale de l'Adhérent (mariage, conclusion d'un PACS ...) ou naissance/adoption d'un enfant, **sous réserve que cette modification ait été portée à la connaissance de l'Organisme assureur dans un délai de deux (2) mois suivant la date de la modification ou de la naissance/adoption ;**
- > au 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel est intervenu l'ajout d'un ayant-droit, dans les autres cas.

5.3 Cessation des droits

La cessation des droits de l'Adhérent entraîne automatiquement la cessation de ceux de ses Ayants droit.

La cessation prend effet le premier jour du mois civil qui suit la réception de ladite demande écrite accompagnée des justificatifs le cas échéant. Les cotisations réglées pour une période postérieure à la date d'effet de la résiliation sont remboursées au membre cotisant.

5.3.1 Résiliation à l'échéance

L'Adhérent peut mettre fin chaque année à l'affiliation d'un Ayant droit. Cette demande doit être adressée au moins 2 mois avant la date d'échéance du Contrat dans les modalités prévues à l'article « Résiliation à l'initiative de l'Adhérent ».

5.3.2 Perte de la qualité d'Ayant droit

L'Ayant droit qui ne répond plus aux conditions d'adhésion mentionnées à l'article « Ayants droit » perd cette qualité et est radié à la fin du mois civil qui suit le changement de situation.

5.3.3 Résiliation en cours d'année

L'Adhérent peut résilier l'adhésion en cours d'année des ayants droits inscrits au Contrat, sous réserve de disposer d'une ancienneté de souscription minimale de douze (12) mois (sauf en cas de perte de la qualité d'Ayant droit telle que prévue ci-dessus). La résiliation intervient un mois après que le gestionnaire en a reçu notification par l'Adhérent. En tout état de cause l'affiliation de l'Ayant droit cesse en cas de résiliation du Contrat.

Toute nouvelle demande d'adhésion de l'Ayant droit résilié ne pourra être faite qu'à compter d'un an à compter de sa résiliation.

ARTICLE 6 : RÉSILIATION

Toute résiliation entraîne la cessation des garanties. Toute nouvelle adhésion au contrat ne pourra être demandée qu'à compter d'un an après la résiliation du contrat.

6.1 Formalisme à respecter

Le formalisme à respecter s'applique quel que soit le type de résiliation décrit ci-dessous.

Lorsque les parties ont le droit de dénoncer l'adhésion au présent Contrat, la notification de la dénonciation ou de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'intéressée :

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Organisme assureur ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit, par le même mode de communication que celui utilisé pour la souscription d'un Contrat à distance.

6.2 Résiliation à l'initiative de l'Adhérent

6.2.1 Résiliation à l'échéance

L'Adhérent peut résilier son adhésion tous les ans en adressant au Gestionnaire au moins deux (2) mois avant la date d'échéance du Contrat une notification respectant le formalisme précisé à l'article précédent.

6.2.2 Résiliation infra annuelle

Conformément à l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité, l'Adhérent peut résilier son adhésion après l'expiration d'un délai d'un (1) An à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. Le gestionnaire confirme par écrit la notification de la résiliation.

La résiliation prend effet un mois après que le Gestionnaire en a reçu la notification.

L'Adhérent n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Dans le cas où le Gestionnaire reçoit une résiliation de la part d'un autre Organisme pour résilier le Contrat en lieu et place de l'Adhérent, le Gestionnaire procède à la résiliation, si la demande est conforme aux textes réglementaires applicables. La résiliation prendra effet un mois après la réception de la notification de la résiliation. Le Gestionnaire confirme alors la résiliation par un courrier de résiliation.

L'utilisation de la carte d'Adhérent après la prise d'effet de la résiliation est frauduleuse. Toute prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices subis, par tous moyens légaux à disposition de l'Organisme assureur.

L'Organisme assureur se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.

6.2.3 Résiliation ou disparition de la Contractante

En cas de résiliation ou de disparition de la Contractante, les adhésions en cours à cette date sont maintenues dans le cadre d'une couverture individuelle conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi Evén.

ARTICLE 7 : MODIFICATION DU CONTRAT

Les modifications convenues entre la Contractante et l'Organisme assureur pourront prendre effet en cours d'exercice, à effet du 1^{er} jour d'un mois civil et donner lieu à l'émission par l'Organisme assureur d'un avenant au Contrat.

L'Organisme assureur remet de nouvelles Conditions Générales valant Notice d'Information à la Contractante au moins 3 (trois) mois avant la prise d'effet des garanties. Les Adhérents disposent d'un délai d'un mois pour refuser les modifications.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Adhérents, la Contractante est également tenue d'informer chaque Adhérent en lui remettant de nouvelles Conditions Générales valant Notice d'Information ou un avenant à la précédente établie à cet effet par l'Organisme assureur.

La preuve de la remise des Conditions Générales valant Notice d'Information au participant et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à l'Organisme Gestionnaire.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-6 alinéa 2 du Code de la mutualité, l'Adhérent peut, en raison des modifications effectuées, dénoncer son adhésion et celle de ses Ayants droit dans un délai d'un mois à compter de la remise des Conditions Générales valant Notice d'Information.

ARTICLE 8 : MODALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion au Contrat est réservée aux membres de la Contractante demandant à adhérer au Contrat.

8.1 Conditions d'adhésion

Pour adhérer au Contrat, le membre de la Contractante doit remplir et signer une demande d'adhésion (BIA) comportant une autorisation de prélèvement, par laquelle il fournit les renseignements concernant la formule de garanties demandée et les personnes à garantir au titre de l'adhésion.

La personne physique doit être âgée à l'adhésion d'au moins 55 ans pour l'Adhérent principal.

Il doit en parallèle fournir :

- > le code IBAN de son compte bancaire français ou de celui du Bénéficiaire des soins pour le versement des prestations et le prélèvement des cotisations le cas échéant,
- > son attestation d'assuré social et celle de ses Ayants droit inscrits au Contrat.

L'adhésion est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion indiquant notamment :

- > la date d'effet de l'adhésion,
- > les Ayants droit inscrits à l'adhésion,
- > la formule de garanties souscrite,
- > le taux de cotisation correspondant.

8.2 Date d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion prend effet le 15^{ème} jour après la date de réception de la demande d'adhésion complète.

Sous réserve des dispositions prévues à l'article « Impayés » et à l'article « Révision » du Contrat, l'adhésion :

- > est souscrite pour une durée de 12 mois suivant la date à laquelle elle a pris effet,
- > **elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction à la date anniversaire de cette prise d'effet pour des périodes successives d'un an.**

L'adhésion prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues à l'article « Résiliation ».

Autres cas de résiliation

L'adhésion peut être résiliée conformément aux dispositions prévues :

- > en cas de refus de la modification proposée par l'assureur en vertu de l'article « Modification » du Contrat,
- > en cas de refus de l'évolution de la cotisation proposée par l'assureur en application de la clause d'ajustement annuel (en vertu de l'article « Ajustement annuel » du Contrat).

L'adhésion au Contrat peut également prendre fin à l'initiative de l'Organisme assureur :

- > en cas de non-paiement des cotisations (Article « Impayés » ci-après),
- > en cas de constat d'une fausse déclaration (Article « Déchéance des garanties – Fausses déclarations - Recours subrogatoire » ci-après).

8.3 Renonciation

Si l'adhésion au Contrat a été effectuée à la suite d'un démarchage à domicile

En application de l'article L221-18-1 du Code de la mutualité, l'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion au Contrat par courrier ou par courriel pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de son certificat d'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Si l'adhésion au Contrat a été effectuée à distance

En application de l'article L221-18 du Code de la mutualité, l'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion au Contrat par courrier ou par courriel pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de son certificat d'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Dans ces deux cas, cette renonciation doit reproduire le texte suivant :

« Je soussigné(e) _____ déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat Complémentaire santé n° et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L221-18 (ou L221-18-1) du code de la Mutualité. » (Date et signature)

L'adhésion au Contrat et le bénéfice des garanties cessent à la date de réception de la lettre de renonciation et les cotisations déjà versées seront remboursées à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

Si des prestations ont déjà été versées à l'Adhérent ou à ses Ayants-droits au titre de l'adhésion au Contrat, il n'est plus possible d'exercer le droit à renonciation.

ARTICLE 9 : CESSATION DE L'ADHÉSION

Une fois admis au Contrat, l'Adhérent ne peut en être exclu contre son gré tant qu'il fait partie du groupe assuré, sauf en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi et à la condition que les cotisations soient réglées.

L'adhésion au Contrat cesse pour chaque Adhérent :

- > à la Date anniversaire de l'adhésion qui suit la date d'effet de la résiliation du Contrat,
- > 1 mois après la date de réception de la notification en cas de résiliation infra annuelle, dans les conditions de l'article « Résiliation »,
- > à la date prévue à l'article 6.2.3 en cas de résiliation du Contrat de groupe,
- > à la date à laquelle il cesse d'être membre de la Contractante, cette dernière devant en aviser l'Organisme assureur dans un délai d'un (1) mois,
- > s'il bénéficie à titre obligatoire d'un régime complémentaire santé d'entreprise, de même nature, le lendemain de l'affiliation audit régime complémentaire d'entreprise, sous réserve d'en avoir apporté la preuve à l'Organisme assureur au plus tard dans les deux mois suivants ce rattachement,

- > à la date à laquelle il cesse de bénéficier de son Régime obligatoire de protection sociale, dans les conditions prévues à l'article « Impayés » si les cotisations le concernant ne sont pas réglées,
- > à la date à laquelle il cesse de répondre aux conditions d'adhésion.

ARTICLE 10 : FONCTIONNEMENT DES GARANTIES

10.1 Fonctionnement de la garantie principale

10.1.1 Adhésion à la garantie principale et prise d'effet

Selon le choix de l'Adhérent indiqué sur le bulletin d'adhésion, et sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, les garanties du Contrat sont accordées :

- > à l'Adhérent
- > à ses Ayants droits inscrits sur la demande d'adhésion

Chaque Adhérent souscrit, tant pour lui-même que pour l'ensemble de ses Ayants droit inscrits au Contrat, une formule de son choix.

Le choix de la formule de garantie applicable tant pour lui-même que pour ses Ayants droit éventuellement inscrits au certificat d'adhésion doit être effectué par chaque Adhérent lors de son adhésion au Contrat et devra être indiqué sur le bulletin individuel d'affiliation complété et signé par l'Adhérent.

L'adhésion à la garantie principale prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion.

10.1.2 Changement de garantie principale

Tout changement de la garantie principale entraînera la souscription d'une nouvelle adhésion (ce qui a pour conséquence de refaire partir un délai de douze (12) mois avant lequel aucune résiliation infra-annuelle n'est possible). Ce changement est autorisé en cours d'année tant pour l'Adhérent que pour ses Ayants droit éventuellement inscrit au Contrat sous réserve d'une durée d'adhésion dans la précédente garantie de douze (12) mois.

Le changement de garantie principale prend effet dans les conditions suivantes :

- > **La première modification peut être demandé par l'Adhérent au plus tôt à la date anniversaire de son adhésion au contrat et au maximum 1 fois tous les 12 mois. La nouvelle formule prend effet à la date souhaitée par l'Adhérent sans pouvoir être à effet rétroactif.**

Pour toute demande de modification, l'Adhérent devra compléter et signer un bulletin modificatif fourni par l'Organisme Gestionnaire sur lequel il indiquera la nouvelle formule de garanties et le cas échéant la (ou les) modifications de sa situation de famille.

Dans tous les cas, l'Adhérent et l'ensemble de ses Ayants droits inscrits au certificat d'adhésion doivent bénéficier de la même formule de garanties.

L'Adhérent doit être à jour de ses cotisations pour demander un changement de formule.

10.1.3 Résiliation de la garantie principale

La garantie principale est résiliée selon les mêmes modalités que décrites dans l'article « Résiliation ».

10.2 Fonctionnement des renforts

L'Adhérent qui souscrit à une garantie principale peut ajouter un renfort afin d'améliorer ses remboursements.

Les garanties « renforts » suivent les mêmes règles que la garantie principale souscrite.

Les renforts, rattachés aux présentes conditions générales valant Notice d'information, sont uniquement proposés aux Adhérents et à leurs ayants droit. Les renforts peuvent être souscrits pour chacune des formules. Ils concernent les postes hospitalisation, soins courants, prévention et bien-être, ainsi que le dentaire.

Plusieurs renforts peuvent être souscrits pour la même formule.

10.2.1 Adhésion au renfort

Adhésion concomitante à la garantie principale : L'adhésion à un renfort peut être concomitante à celle de la garantie principale, dans ce cas l'adhésion prendra effet à la date indiquée au bulletin d'adhésion. Elle vaut pour l'Adhérent et ses ayants droit inscrits au Contrat.

Autres cas : L'ajout d'un ou plusieurs renforts peut être demandé par l'Adhérent au plus tôt à la date anniversaire de son adhésion au contrat et au maximum 1 fois tous les 12 mois. Le renfort prend effet à la date souhaitée par l'Adhérent sans pouvoir être à effet rétroactif.

Elle vaut pour l'Adhérent et ses ayants droit inscrits au Contrat.

10.2.2 Changement de renfort

Le changement de renfort n'est possible qu'en cas de changement de garantie principale.

Le changement de renfort suit le changement de garantie principale.

10.2.3 Résiliation du renfort

La résiliation du renfort suit les mêmes modalités citées à l'article « Résiliation » des présentes conditions générales valant Notice d'information. La résiliation :

- > Est possible en cours d'année sous réserve de disposer d'une ancienneté de souscription minimale de 12 (douze) mois. Elle prend effet un mois après réception de la notification,
- > vaut pour l'Adhérent et ses ayants droit inscrits au Contrat.

En cas de résiliation d'un renfort, une nouvelle souscription à un de ces renforts ne pourra intervenir qu'après deux (2) ans suivant la date d'effet de la résiliation de cette option. La résiliation de la garantie principale responsable frais de santé entraîne la résiliation du renfort.

10.3 Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet pour chaque Adhérent et ses Ayants droits à la date d'adhésion et/ou d'inscription au Contrat, telles que prévues ci-dessus.

Il est précisé que l'Organisme assureur ne prend en charge, tant pour l'Adhérent que pour ses Ayants droit, que les soins réalisés au titre d'actes prescrits à compter de la date d'effet des garanties.

10.4 Cessation des garanties

Les garanties prennent fin pour chaque Adhérent et ses Ayants droit à la date de la cessation de l'adhésion, telle qu'elle est prévue ci-dessus à l'article « cessation de l'adhésion ».

Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause pour les Ayants droit de l'Adhérent inscrits au Contrat :

- > au dernier jour du mois au cours duquel la radiation d'un Ayant droit aura été demandée, **étant précisé que toute radiation d'un Ayant droit est définitive**,
- > pour son Conjoint, Partenaire de PACS ou Concubin, s'il bénéficie à titre obligatoire d'un régime complémentaire d'entreprise, de même nature, à la date à laquelle l'ayant droit est affilié au contrat collectif,
- > à la date de cessation du paiement des cotisations les concernant dans les conditions prévues à l'article « Impayés »,
- > à la date de cessation de l'adhésion au Contrat de l'Adhérent. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable en cas de décès de l'Adhérent, son Conjoint, Partenaire ou Concubin survivant pouvant demander à acquérir la qualité d'Adhérent au Contrat, sous réserve d'en faire la demande à l'Organisme assureur dans les 2 mois suivant la date du décès de l'Adhérent.

En outre, les garanties cessent :

- > pour le Conjoint : à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire,
- > pour le Partenaire lié par un PACS : à la date de rupture du PACS,
- > pour le Concubin : à la date à laquelle cesse le Concubinage.
- > pour les Enfants : dès qu'ils cessent d'être à charge au sens du Contrat. Toutefois, les enfants handicapés continuent à être garantis tant qu'ils bénéficient des allocations légales d'adultes handicapés.

Il est précisé que l'Organisme assureur ne prend en charge, tant pour l'Adhérent que pour ses Ayants droit, que les soins réalisés antérieurement à la date de cessation des garanties.

ARTICLE 11 : PRESTATIONS FRAIS DE SANTÉ

Le détail des prestations figure au tableau des garanties.

11.1 Nature des remboursements

L'Organisme assureur rembourse, dans le cadre de la formule retenue et dans les limites indiquées à l'article « Exclusions », **les frais donnant lieu à prestation en nature de la part du Régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance Maladie et Maternité.**

Les actes et frais pris en compte par l'Organisme assureur sont définis au tableau des garanties.

11.2 Contrat responsable

Le Contrat respecte les dispositions relatives aux Contrats responsables prévues par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et à l'ensemble de la réglementation relative à ces contrats.

Il répond ainsi aux obligations, plafonds et exclusions de prise en charge prévus par le cahier des charges du Contrat responsable et couvre ainsi les dispositifs d'Optique médicale, Aides auditives et les soins prothétiques dentaires relevant du « 100% santé ».

Spécificités relatives aux contrats responsables :

- > remboursement différent des dépassements d'Honoraires selon que le professionnel adhère ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM),
- > prise en charge obligatoire du ticket modérateur de l'ensemble des catégories de soins à l'exception des cures thermales, des médicaments remboursés à 30% et 15%. Aucun délai d'attente n'est appliqué pour la prise en charge de celui-ci.

Les montants minimums et maximums de prise en charge ainsi que les durées de renouvellement des équipements d'optique médicale et des Aides auditives évoluent conformément au cahier des charges du Contrat responsable. Les remboursements de frais s'effectueront conformément à celui-ci.

Ces modifications sont intégrées dans le tableau des garanties.

Sur l'ensemble des postes de garanties, l'Organisme assureur prend obligatoirement en charge le ticket modérateur de l'ensemble des actes remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire (à l'exclusion des cures thermales, des médicaments remboursés à 15%, des médicaments remboursés à 30% et de l'homéopathie), le ticket modérateur de l'ensemble des actes de prévention remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire ainsi que le ticket modérateur forfaitaire.

Aucun délai d'attente n'est appliqué pour la prise en charge du ticket modérateur sur les actes remboursables.

Le forfait journalier en établissement hospitalier est pris en charge sans limitation de durée.

Les planchers et plafonds de prise en charge des dépassements de tarifs, s'ils sont couverts, figurent au tableau de garanties.

Si le Contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'Honoraires des médecins, les conditions de prise en charge et le niveau de remboursement diffèrent selon que le médecin est adhérent ou non au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé (DPTAM). Le DPTAM rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'Honoraires des professionnels de santé conventionnés par l'Assurance Maladie Obligatoire : OPTAM et OPTAM-CO. L'OPTAM désigne l'option par laquelle les médecins s'engagent à respecter une pratique tarifaire maîtrisée. L'OPTAM-CO a le même objectif mais cette option est ouverte aux médecins spécialistes en chirurgie et obstétrique.

Si le Contrat prévoit la prise en charge des dépassements de tarifs en Optique, ces planchers et plafonds (ticket modérateur inclus) sont différenciés par type d'équipement.

La prise en charge des dépassements de tarifs en Optique est précisée au tableau des garanties.

Le tableau de garanties précise les conditions de prise en charge, le cas échéant, des actes non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire, et des actes hors Nomenclature ; des cures thermales ; des médicaments remboursés à 15% et 30% (dont l'homéopathie).

11.3 Description des prestations

11.3.1 Optique

Les forfaits « lunettes » prennent en charge un seul équipement d'optique médicale composé de deux verres correcteurs et d'une monture par période de 2 (deux ans suivant la date de facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire).

Lorsque l'Adhérent acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres ou monture) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Conformément au cahier des charges du contrat « responsable » et au tableau de garanties, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique fait l'objet d'un plafonnement et le montant global de prise en charge varie en fonction du niveau de correction et de la complexité des verres de la manière suivante :

Verres simples :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6 à +6 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre est \leq à + 4 dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est \leq à 6 dioptries

Verres complexes :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6 à + 6 dioptries

- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6 et 0 dioptries et dont le cylindre est $> + 4$ dioptries
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est $< - 6$ dioptries et dont le cylindre est $\geq 0,25$ dioptrie
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est $> \text{à } 6$ dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4 et + 4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8 et 0 dioptries et dont le cylindre est $\leq \text{à } + 4$ dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est $\leq \text{à } 8$ dioptries

Verres très complexes :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4 à + 4 dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8 et 0 dioptries et dont le cylindre est $> + 4$ dioptries
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est $< - 8$ dioptries et dont le cylindre est $\geq 0,25$ dioptrie
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est $> \text{à } 8$ dioptries

Le droit au forfait est subordonné à l'existence d'une prescription médicale et d'un remboursement préalable par le Régime obligatoire. Tous les forfaits s'entendent comme incluant le montant du ticket modérateur.

La période d'utilisation de chacun des forfaits « lunettes » débute à la date de facturation de l'équipement et s'achève deux ans après. Cette période est fixe. Ainsi, sauf dérogation prévue par la réglementation, tout renouvellement de l'équipement d'optique dans un délai inférieur à 24 mois suivant la date de facturation du dernier équipement ne pourra donner lieu à une prise en charge par l'Organisme assureur.

Dérogations à la durée biennale de la période d'utilisation des forfaits :

Les enfants de moins de 16 ans et les personnes devant changer d'équipement optique en raison de l'évolution de la vue constatée par une prescription médicale délivrée par un ophtalmologue ou par l'opticien, peuvent bénéficier d'un forfait optique une fois par an. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, la périodicité de renouvellement est de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité sociale ; la nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'Organisme assureur.

Aucun délai de renouvellement des verres n'est requis :

- > pour les enfants de moins de 16 ans, lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires,
- > en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Pour les Adhérents présentant un défaut de vision de près et un déficit de vision de loin et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties prennent en charge deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement).

Les forfaits « lunettes » s'appliquent, en fonction de la garantie souscrite, à chacun des deux équipements considérés individuellement.

Si la demande de remboursement est faite simultanément pour les deux équipements, il ne pourra y avoir de remboursement par l'Organisme assureur l'année qui suit, sauf pour les mineurs, et les majeurs en cas d'évolution de la vue justifiant un changement d'équipement.

Équipements 100% santé mixtes :

L'Adhérent peut opter pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le remboursement sera conforme au remboursement prévu règlementairement.

Lentilles optiques : selon la garantie souscrite, le forfait « Lentilles » prend en charge les lentilles correctrices remboursées ou non par le Régime obligatoire, uniquement sur prescription médicale. La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses et dans la limite des frais réels.

Forfait Chirurgie réfractive : pour les garanties qui le prévoient, le forfait est versé sur la période d'un An et n'est pas subordonné à une prise en charge préalable par le Régime obligatoire.

Les dépenses d'acquisition de dispositifs d'Optique médicale « 100% santé » exposées par le participant sont prises en charge en sus des tarifs de responsabilités dans la limite des Honoraires de facturation. S'agissant des dispositifs « hors 100% santé » la prise en charge des équipements d'optique médicale respecte les planchers et les plafonds de remboursement prévus par le Contrat responsable.

11.3.2 Audiologie

Le Contrat responsable distingue deux classes d'Aides auditives :

- > Les équipements de Classe I (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP doivent être remboursés à hauteur de 100% des frais réels,
- > Les équipements de Classe II (« à tarifs libres ») pris en charge à hauteur du ticket modérateur. Si le Contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale. La prise en charge des Aides auditives de Classe II est précisé dans le tableau des garanties et ne peut en tout état de cause excéder 1700 € par oreille (incluant la part des dépenses prise en charge la Sécurité sociale et le ticket modérateur, hors prestations annexes telles que les consommables, piles ou accessoires).

Quel que soit le niveau de garanties souscrit, la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil (Classe I et II). L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

L'appréciation de la période de quatre ans se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'Organisme assureur s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un Contrat responsable de son portefeuille durant ladite période.

Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'Aides auditives « 100% santé » exposées par l'Adhérent sont prises en charge en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des Honoraires de facturation. Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'Aides auditives « hors 100% santé » exposées par l'Adhérent respectent les plafonds de remboursement prévus par le Contrat responsable.

11.3.3 Dentaire

Les actes Dentaires sont remboursés selon leur codification dans la « classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire » et leur association aux différentes garanties « DENTAIRE ».

Les actes relevant du « 100% santé » tels que définis règlementairement sont remboursés par la l'Organisme assureur, dans la limite des Honoraires limites de facturation (HLF).

S'agissant des actes « hors 100% santé », le remboursement dépend du détail du type de l'acte réalisé et de la formule souscrite. Il intervient dans la limite des remboursements définis au tableau de garanties.

Les soins Hors Nomenclature (HN) effectués à l'étranger sont exclus.

Plafond dentaire : Selon la formule souscrite, un plafond des prestations dentaires peut être prévu au tableau de garanties. Ce plafond est annuel et est évalué à partir de la date d'effet du Contrat. La part non consommée une année n'est pas reportée sur l'année suivante. Ce plafond intervient à compter de la première année de souscription. Il évolue d'année en année et reste au niveau atteint lors de la troisième année et pour les années suivantes. Au-delà du plafond, les actes remboursés par le Régime obligatoire de protection sociale seront pris en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement.

Bonus fidélité : Un bonus fidélité est instauré pour le poste dentaire « actes prothétiques remboursés par le régime obligatoire ». Ce bonus permet d'améliorer les remboursements : Il intervient lors de la deuxième année de souscription, selon un montant défini au tableau des garanties. Il reste au niveau atteint lors de la deuxième année, pour les années suivantes.

11.3.4 Hospitalisation

Les frais d'Hospitalisations sont pris en charge conformément au tableau des garanties.

En fonction de la garantie souscrite, ce poste comprend la prise en charge :

- > Des Honoraires OPTAM ou OPTAM-CO,
- > Des honoraires hors OPTAM ou OPTAM-CO,
- > De la participation forfaitaire de 24 € sur les actes techniques supérieurs à 120€,
- > De la chambre particulière dans la limite d'un forfait journalier défini au tableau de garanties pour les séjours en soins de suite (maison de repos, convalescence, rééducation fonctionnelle). La prise en charge de la chambre particulière est illimitée en maladie chirurgie et est exclue pour l'ambulatoire et la psychiatrie. La prise en charge de la chambre particulière en cas de soins de suite y compris en cas de rééducation fonctionnelle est limitée à 40 jours,
- > Des frais de séjour que ce dernier ait été réalisé dans un secteur conventionné ou non conventionné,
- > Du confort à l'hôpital (wifi, téléphone et télévision),
- > Des frais de transport sanitaire pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale,
- > Du forfait journalier hospitalier (hors établissements médico-sociaux) laissé à la charge des assurés par le Régime obligatoire de protection sociale pour son montant fixé par l'arrêté prévu par l'article L174-4 du code de la Sécurité sociale,
- > Des frais d'Hospitalisation à l'étranger,
- > Du forfait patient urgence,
- > Des frais d'hospitalisation à domicile, des frais d'hospitalisation à l'étranger.

Ne donnent pas lieu à remboursement par l'Organisme assureur, les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Bonus fidélité : Un bonus fidélité est instauré pour le poste hospitalisation « honoraires OPTAM ou OPTAM-CO ». Ce bonus permet d'améliorer les remboursements : Il intervient à compter de la deuxième année de souscription, puis évolue lors de la troisième année selon des montants définis au tableau des garanties. Au bout de la troisième année, le bonus reste au niveau atteint.

11.3.5 Soins courants

En fonction de la garantie souscrite, ce poste comprend la prise en charge :

- > Des Honoraires médicaux OPTAM ou OPTAM-CO,

- > Des Honoraires médicaux hors OPTAM ou OPTAM-CO,
- > Des Honoraires paramédicaux,
- > Des Analyses et examens de laboratoire,
- > Des médicaments remboursés par la sécurité sociale : pharmacie prescrite prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale,
- > Du matériel médical remboursés par la sécurité sociale prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses..),
- > Des frais de séances de psychologie remboursées par le Régime obligatoire de protection sociale et dispensées par des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ».

Bonus fidélité : Un bonus fidélité est instauré pour le poste soins courants « honoraires médicaux OPTAM ou OPTAM-CO ». Ce bonus permet d'améliorer les remboursements : Il intervient lors de la deuxième année de souscription, selon un montant défini au tableau des garanties. Il reste au niveau atteint lors de la deuxième année, pour les années suivantes.

11.3.6 Prévention et bien être

En fonction de la garantie souscrite, ce poste comprend la prise en charge :

- > **Si le renfort « prévention et bien être a été souscrit » : La cure thermique (honoraires et frais remboursés par la sécurité sociale, forfait transport remboursés ou non par la sécurité sociale, hébergement et dépassements de soins remboursés ou non par la sécurité sociale).** Pour chaque cure thermique prise en charge par le Régime obligatoire, l'Organisme assureur verse une indemnité sur présentation de justificatifs de frais d'hébergement et/ou de transport :
 - Forfait transport : facture acquittée, ticket de péage et d'essence, billet de transport en commun, si les périodes correspondent à la date de la cure thermique
 - Forfait hébergement : facture acquittée d'un établissement habilités à recevoir du public (ERP)
 - Dépassement d'honoraire : la facture détaillée et acquittée de l'établissement réalisant la cure
- > **Le forfait prévention qui inclue l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation des contrats responsables (actes de dépistage, traitements préventifs, vaccination...). La prise en charge est forfaitaire et annuelle dans les conditions définies au tableau de garanties.**
- > **Les consultations non remboursées par la Sécurité Sociale et les séances de médecine naturelle définies au tableau de garanties, - La prise en charge est forfaitaire dans les conditions définies au tableau de garanties.** Les séances de médecine naturelle doivent être réalisées par un praticien disposant d'un numéro ADELI, RPPS ou d'un numéro d'enregistrement sur le répertoire national de la discipline prévue au tableau de garanties et d'un diplôme enregistré dans la discipline.
- > **Les médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale (si le renfort prévention et bien-être a été souscrit).**

Bonus fidélité : Un bonus fidélité est instauré pour le poste prévention et bien être « médecine naturelle ». Ce bonus permet d'améliorer les remboursements : Il intervient lors de la deuxième année de souscription, selon un montant défini au tableau des garanties. Il reste au niveau atteint lors de la deuxième année, pour les années suivantes.

Ce bonus diffère selon la formule souscrite.

11.4 Les renforts

Renfort Hospitalisation : La souscription de ce renfort permet d'améliorer les remboursements suivants :

- > Les honoraires OPTAM / OPTAM-CO & hors OPTAM / OPTAM-CO. Le renfort sera le même quelle que soit la garantie principale souscrite ;

- > La Chambre particulière : le renfort sera le même pour les formules 125 & 150, et pour les formules 200 & 250 ;
- > Le confort à l'hôpital : le renfort sera le même pour les formules 125 & 150, et pour les formules 200 & 250.

Renfort soins courant : Le renfort soins courants est le même quelle que soit la formule souscrite. La souscription de ce renfort permet d'améliorer les remboursements suivants :

- > Les honoraires OPTAM / OPTAM-CO & hors OPTAM / OPTAM-CO ;
- > Les honoraires paramédicaux ;
- > Les analyses et examens de laboratoire ;
- > Le matériel médical remboursé par la sécurité sociale

Renfort prévention et bien-être : Le renfort prévention et bien être diffère d'une formule à l'autre. La souscription de ce renfort permet d'améliorer les remboursements suivants :

- > Médecine naturelle ;
- > Cure thermique ;
- > Médicaments non remboursés par la sécurité sociale.

Renfort dentaire : La souscription de ce renfort permet d'améliorer les remboursements suivants :

- > Les soins dentaires remboursés par la sécurité sociale : Le renfort sera le même quelle que soit la garantie principale souscrite ;
- > Les inlays onlays remboursés par la sécurité sociale : Le renfort sera le même quelle que soit la garantie principale souscrite ;
- > Les actes prothétiques remboursés par le régime obligatoire : Le renfort sera le même quelle que soit la garantie principale souscrite ;
- > L'implantologie, l'orthodontie, les prothèses et la parodontologie non remboursés par la sécurité sociale : Le renfort diffère d'une formule à l'autre.

11.5 Prestations annexes

11.5.1 Garantie d'assistance en inclusion

L'Adhérent qui bénéficie de la garantie santé a droit, pour lui-même et ses ayants droit, à la garantie d'assistance comprenant des services d'assistance définies dans une Notice d'information distincte et dans le résumé des prestations remise à l'Adhérent préalablement à son Adhésion.

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Fil assistance, dans le cadre d'un Contrat collectif souscrit par la Mutuelle, au bénéfice des Adhérents. La garantie d'assistance est comprise dans les présentes conditions générales valant Notice d'information. L'adhésion à cette garantie est obligatoire, conformément aux dispositions de l'article L221-3 du Code de la mutualité. Les cotisations complémentaires santé incluent la cotisation au titre de cette garantie.

11.5.2 Tiers-payant

Un service de Tiers payant est mis à la disposition de l'Adhérent au titre du Contrat. Ce service permet aux personnes assurées de bénéficier auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent ce dispositif, de la dispense d'avance des frais :

- > au moins à hauteur de la Base de remboursement, en ce qui concerne les prestations faisant l'objet des garanties du Contrat et remboursées par le Régime obligatoire de protection sociale,
- > pour l'intégralité de son montant et sans limitation de durée en ce qui concerne le forfait journalier appliqué par les établissements hospitaliers.

L'Organisme Gestionnaire délivre à chacun des Adhérents, une attestation de Tiers payant qui devra être restituée à l'Organisme Gestionnaire ou à l'Organisme assureur dans toutes les circonstances suivantes :

- > en cas de résiliation du Contrat,
- > si l'Adhérent ou l'Ayant droit ne remplit plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre du Régime obligatoire de protection sociale dont il relève,
- > en cas d'utilisation ou de tentative d'utilisation frauduleuse du système,
- > et en tout état de cause, en cas de cessation de l'adhésion ou dès lors que l'Ayant droit ne répond plus à la définition d'Ayant droit de l'article « définitions ».

L'Organisme Gestionnaire ou l'Organisme assureur se réserve le droit de réclamer, tant à l'Adhérent ou l'Ayant droit, et le cas échéant qu'au professionnel de santé, tout indu ou tout document relatif au système de Tiers payant.

11.6 Etendue territoriale des garanties

Les garanties s'exercent :

- > en France ou dans l'un des Etats membres de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange sous réserve de la prise en charge des frais par un Régime obligatoire de protection sociale en application des dispositions de la législation sociale française ou selon les dispositions de la législation et les formalités en vigueur dans le pays où les frais ont été engagés,
- > dans les pays autres que ceux visés ci-dessus pour lesquels le Régime obligatoire de protection sociale français accepte d'accorder des prestations.

En tout état de cause, les frais engagés dans ces pays et qui ne donnent pas lieu à remboursement par le Régime obligatoire de protection sociale français, ne sont pas pris en charge par l'Organisme assureur.

11.7 Montant des remboursements

- > **Dispositions applicables dans le cadre des contrats « responsables » :** Il est rappelé que les montants minimum de remboursement ainsi que les limites et / ou montants maximum de remboursement, prévus par la réglementation définissant la notion de « Contrat responsable », sont applicables dans le cadre du Contrat.
- > **Autres limites concernant le montant des remboursements :**
 - En ce qui concerne les actes pour lesquels les dépassements d'Honoraires ne sont pas autorisés, l'Organisme assureur établit son remboursement sur la base du tarif retenu par le Régime obligatoire de protection sociale pour calculer ses prestations,
 - En aucun cas l'Organisme assureur ne peut prendre en charge les dépassements d'Honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration au Régime obligatoire de protection sociale,
 - La prestation de l'Organisme assureur pour les actes médicaux et d'Hospitalisation engagés lors d'une cure thermale prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale est limitée au montant du ticket modérateur.

11.8 Exclusions

Actes non pris en charge par le Régime obligatoire d'assurance maladie

Sont exclus des remboursements accordés par l'Organisme assureur les actes non pris en charge par les régimes obligatoires, à l'exception toutefois des actes spécifiques mentionnés à l'article « Contrat responsable ».

Ne donnent pas lieu à Garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Organisme assureur, les sinistres non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale, résultant notamment de

cures, traitement et opérations de rajeunissement et de chirurgie esthétique, thalassothérapie et tous soins non pris en charge par le Régime obligatoire d'assurance maladie.

Ne donnent pas lieu à remboursement par l'Organisme assureur, les actes hors Nomenclature.

Le fait que l'Organisme assureur ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

L'ensemble des soins réalisés antérieurement à la date d'adhésion ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie ne donnent pas droit à la prise en charge de la part de l'Organisme assureur.

Séjours en milieu hospitalier

Ne donnent pas lieu à remboursement par l'Organisme assureur, les séjours en maison de retraite, en établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) ainsi que les séjours en milieu hospitalier non conventionné par le Régime obligatoire d'assurance maladie.

Cas particulier des produits achetés via internet et des produits non remboursés par le Régime obligatoire d'assurance maladie achetés à l'étranger

Ne sont pas pris en charge par l'Organisme assureur :

- > les produits non remboursés par le Régime obligatoire d'assurance maladie français et achetés à l'étranger ;
- > les produits achetés via Internet ne sont pas pris en charge sauf :
 - o les médicaments achetés via le site Internet d'une pharmacie d'officine référencée par l'Ordre National des Pharmaciens sur son site ;
 - o les produits optiques relevant du monopole de vente des opticiens-lunetiers achetés via un site Internet français dirigé ou géré par une personne remplissant les conditions requises pour l'exercice de cette profession.

11.9 Calcul des prestations

La prise en charge des prestations « complémentaire santé » est subordonnée au respect de l'ensemble des conditions de la présente notice d'information. En cas de non-respect de ces dernières, l'Organisme assureur peut être amené à ne pas suivre le remboursement de la Sécurité sociale. La prise en charge des prestations « complémentaire santé » s'effectue :

- > soit sur la base du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les prestations exprimées en pourcentage de la Base de remboursement du Régime obligatoire incluent la part de remboursement du Régime obligatoire en vigueur à la date d'ouverture du droit aux prestations,
- > soit sur des bases forfaitaires. En cas de dépenses de soins prises en charge par le Régime obligatoire, le ticket modérateur est inclus dans le forfait, sauf indication contraire figurant au tableau de garanties.

Les prestations dues par l'Organisme assureur sont calculées acte par acte pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, engagés au titre de Maladies, Accidents ou Maternité postérieurement à l'affiliation du participant et pendant la durée de cette affiliation.

Les taux et bases de remboursement pris en considération sont ceux applicables à la date d'exécution des soins.

Pour les prothèses et l'Optique, la prise en charge est accordée en considération de la date de facturation des soins.

Le montant des remboursements prévus, ne peut excéder le montant de la dépense réellement effectuée, compte tenu des prestations servies par la Sécurité sociale, un Organisme d'assurance complémentaire ou éventuellement un tiers responsable.

Sauf mention contraire au tableau de garanties, le forfait ou le reliquat du forfait non utilisé ne peuvent pas être reportés à l'année suivante.

Les frais de Chambre particulière sont soumis à une limitation de durée.

Pour connaître les taux et bases de remboursement et de prise en charge : se reporter au tableau de garanties.

11.10 Règlement des prestations

11.10.1 Demandes de remboursement et versement des prestations

Les demandes de remboursement doivent, en application des dispositions de l'article « prescription », être présentées au délégataire dans un délai maximum de deux ans suivant les soins ou la date de la facture d'Hospitalisation.

Les prestations dues par l'Organisme assureur au titre du Contrat sont payables en France et en euros. Elles seront versées dans un délai de 15 jours ouvrés suivant la date de réception par le délégataire des pièces justificatives nécessaires à leur règlement.

11.10.2 Pièces justificatives

Sauf dans le cas de télétransmission par l'Organisme Gestionnaire du Régime obligatoire de protection sociale dont relève la Personne assurée, du décompte de ses prestations, le remboursement via l'Organisme Gestionnaire intervient sur présentation :

- > du décompte du remboursement du Régime obligatoire de protection sociale, ou le cas échéant le document justifiant le refus de prise en charge ou l'absence de prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale,
- > la facture datée, acquittée et détaillée de l'établissement concerné, du fournisseur ou du praticien précisant la date et la nature des soins en cas de dépassements d'honoraires ou d'hospitalisation, et portant les éléments permettant l'identification de l'établissement, fournisseur ou du praticien (noms, prénoms, qualification voire la situation : conventionné ou non, numéro ADELI voire Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS), selon la qualité du praticien).
- > Éventuellement, la copie du décompte de prestations établi par un autre organisme complémentaire,

Pour les actes et traitements dentaires à Honoraires libres ou ceux non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale, le remboursement de l'assureur est en tout état de cause subordonné à la fourniture :

- > d'un accord de prise en charge au traitement,
- > et de la note d'Honoraires détaillée suite au traitement.

Pour les cures thermales, le remboursement de l'assureur est subordonné en sus des pièces justificatives ci-dessus à la fourniture d'une attestation de cure avec la date de début et de fin de cure pour les soins.

Selon la nature des soins engagés ou en cas de nécessité, des documents complémentaires avant ou après paiement et/ou avant ou après exécution des soins pourront être demandés.

11.10.3 Contrôle médical

L'Organisme assureur se réserve la possibilité de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires, tout justificatif à caractère médical devant être adressé au médecin conseil ou au professionnel de santé consultant de l'assureur sous pli confidentiel.

L'Organisme assureur se réserve également la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales, effectués par un professionnel de santé indépendant choisi par l'assureur dont les Honoraires sont à sa charge pour les frais dentaires, d'Optique, d'Hospitalisation et d'Aides auditives.

Lors de ces contrôles ou expertises, la Personne assurée pourra se faire assister, à ses frais, du professionnel de santé de son choix ou opposer les conclusions de son propre praticien.

Si une Personne assurée refuse de transmettre les justificatifs réclamés ou de se soumettre à l'expertise médicale demandée par l'assureur, celui-ci pourra refuser la mise en jeu de la garantie et le remboursement des frais considérés.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, la Personne assurée devra adresser au médecin conseil de l'assureur, dans les trente (30) jours suivant la notification, sous enveloppe confidentielle, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre les éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal judiciaire de la résidence de la Personne assurée, sur requête de la partie la plus diligente. Chaque partie supporte les Honoraires de son médecin, ceux du troisième ainsi que les frais de sa désignation sont supportées à parts égales par les deux parties.

En cas de récupération de la part du Régime obligatoire de protection sociale, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'Organisme assureur se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées à l'Adhérent ou Ayant droit, au titre du Contrat.

11.11. Déchéance des garanties – Fausses déclarations - Recours subrogatoire

11.11.1 Déchéance de garanties

L'Organisme assureur pourra refuser le bénéfice des garanties à l'Adhérent et/ou le cas échéant à ses Ayants droit assurés, dès lors qu'il constate que ces derniers ont, intentionnellement, soit effectué une fausse déclaration de sinistre impactant une garantie du Contrat, soit fourni de faux renseignements ou utilisé des documents faux, inexacts ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement.

11.11.2 Fausses déclarations

Les déclarations faites de base à la garantie. L'Organisme assureur se réserve ainsi la possibilité de vérifier les données communiquées.

Réticence et fausse déclaration intentionnelle

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, la garantie qui a été accordée est nulle conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité. Les cotisations payées demeurent acquises à l'Organisme assureur. L'annulation du Contrat s'accompagne de la restitution de l'ensemble des prestations payées à ce titre.

Réticence et fausse déclaration non intentionnelle

En cas de réticence ou de fausse déclaration non intentionnelle à l'initiative de l'Adhérent ou de la Contractante, l'Organisme assureur se réserve le droit :

- > soit de maintenir le Contrat en vigueur en contrepartie d'une augmentation de la cotisation,
- > soit de procéder à la résiliation du Contrat 10 jours après la notification adressée à la Contractante. L'Organisme assureur restitue alors la portion des cotisations payées pour le temps ou l'assurance ne court plus (article L.221-15 du Code de la mutualité).

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Organisme assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

11.11.3 Recours subrogatoire

Il s'agit du droit pour l'Organisme assureur de récupérer auprès du responsable d'un sinistre les sommes qu'il a prises en charge.

Lorsque l'Adhérent et/ou le cas échéant ses Ayants droit assurés sont atteints d'une affection ou sont victimes d'un Accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'Organisme assureur dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur.

L'Adhérent et/ou le cas échéant ses Ayants droit assurés atteints de blessures imputables à un tiers doivent impérativement en informer l'assureur lors de la demande de prestations.

Lorsque l'Adhérent et/ou le cas échéant ses Ayants droit assurés sont victimes d'un Accident de la circulation (impliquant un véhicule automobile), ils doivent, sous peine de déchéance, déclarer à l'Organisme assureur de l'auteur de l'Accident qui le sollicite, le nom de leur assureur complémentaire santé en tant que tiers payeur.

Conformément au Code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'Organisme assureur dans ses droits en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

Dans les cas de refus de garanties prévus ci-dessus, l'Organisme assureur prendra néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimum de prestations prévus par la réglementation applicable au Contrat responsable, compte tenu du montant des dépenses réellement engagées par la Personne assurée.

ARTICLE 12 : COMMUNICATION DES FRAIS DE GESTION ET DU RATIO PRESTATIONS / COTISATIONS

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale, l'Organisme assureur communique avant la souscription puis annuellement au souscripteur le montant et la composition des frais de gestion ainsi que le ratio Prestations / Cotisations.

Frais de gestion : Les frais de gestion de la Mutuelle 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.

Ratio frais de Gestion / Cotisations : 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.

Ratio Prestations / Cotisations : 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.

ARTICLE 13 : COTISATIONS

13.1 Fixation et paiement

Les garanties de l'adhésion sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle déterminée par personne garantie (Adhérent et chacun des Ayants droit inscrit à l'adhésion) :

- > en fonction de l'âge (calculé par différence de millésime) à la date de l'adhésion au Contrat et à chaque renouvellement annuel de celle-ci (tarif à l'âge atteint) de chaque Personne assurée,
- > en fonction du département de résidence de l'Adhérent,
- > et selon la formule de garanties retenue identique pour l'ensemble des personnes assurées,
- > et des options complémentaires éventuelles.

La cotisation est payable mensuellement et d'avance.

La première année d'adhésion, un prorata sera calculé sur la période comprise entre le 1^{er} jour de l'adhésion et l'échéance suivante.

La cotisation cesse d'être due à la date de cessation de l'adhésion.

Toute taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale qui deviendrait applicable au Contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait mise à la charge de l'Adhérent et payable en même temps que la cotisation.

13.2 Ajustement annuel

Les taux ou les montants de cotisation évoluent à la date anniversaire de l'adhésion.

La cotisation évolue contractuellement :

- **de 2 % pour les assurés jusqu'à 69 ans,**
- **de 3 % pour les assurés de plus de 70 ans.**

A ce taux peut s'ajouter l'augmentation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'année d'adhésion, de l'âge de chaque assuré, de la zone géographique de la résidence, de la composition de la famille assurée, du Régime obligatoire de protection sociale et des garanties souscrites.

À compter du jour où il a connaissance d'une majoration du montant de sa cotisation, l'Adhérent aura la possibilité de résilier son adhésion au Contrat dans un délai de trente (30) jours en adressant à l'Organisme Gestionnaire une lettre ou un courrier électronique. La résiliation prendra effet un (1) mois après la date d'expédition ou de remise de la notification.

13.3 Impayés

À défaut de paiement d'une cotisation, l'Organisme Gestionnaire adresse à l'Adhérent une mise en demeure l'informant que le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties.

Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

Lors de la mise en demeure, l'Adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion.

ARTICLE 14 : VIE DU CONTRAT

14.1 Assurances cumulatives

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une Maladie, une Maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Adhérent ou Ayant droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L861-3 du code de la Sécurité sociale.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs Organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, l'Adhérent ou Ayant droit peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'Organisme assureur de son choix.

Sous peine de déchéance, l'Adhérent doit faire la déclaration des assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'adhésion au Contrat.

La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'Organisme assureur pour chaque poste ou acte garanti.

14.2 Réclamation et médiation

14.2.1 Réclamation

En cas de désaccord avec l'Assureur concernant l'exécution des dispositions afférentes au Contrat, l'Assuré ou toute personne doit faire valoir sa contestation auprès de l'Organisme Gestionnaire :

- > par téléphone : 01.76.24.42.94 (du lundi au vendredi de 9h à 17h hors jours fériés et chômés - appel non surtaxé - prix d'un appel local)
- > par e-mail : zenioo@cpms.fr
- > par courrier : CMPS GESTION ZENIOO - TSA 11029 - 75009 PARIS

L'Organisme Gestionnaire accuse réception de cette réclamation dans un délai de dix jours suivant sa date d'envoi, sauf si durant ce même délai il est en mesure d'apporter une réponse à l'Assuré ou à toute autre personne. Par ailleurs, il dispose d'un délai de 2 (deux) mois pour répondre à la réclamation envoyée par l'Assuré ou par toute autre personne.

14.2.2 Médiation

L'Assuré ou toute autre personne peut saisir, en langue française uniquement, le médiateur de la Mutualité Française :

- > Soit par courrier à :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 RUE DE VAUGIRARD
75719 PARIS CEDEX 15

- > Soit par voie électronique sur le site du médiateur : www.mediateur-mutualite.fr

La proposition du médiateur ne préjuge pas des droits du réclamant et de l'Organisme Gestionnaire d'intenter une action en justice. En application de l'article 2238 du code civil, ce recours à la médiation suspend le délai de prescription.

14.3 Données personnelles

Les Parties s'engagent à respecter toutes les obligations résultant de la législation applicable relative à la protection des données à caractère personnel et de la vie privée, en particulier leurs obligations découlant de l'application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et du règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

14.3.1 Recueil des informations

Les informations recueillies auprès des Adhérents ou Ayants droits sont strictement nécessaires à la gestion des garanties prévues au Contrat d'assurance. Ces informations sont indispensables à la gestion desdites garanties et au paiement des prestations qui en découleraient en cas de sinistre.

Ces données sont également collectées et traitées au titre de l'exercice du recours à la gestion des réclamations et du contentieux.

Les informations recueillies permettront l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude ou à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

14.3.2 Conservation et portabilité des données

Les données seront conservées pendant toute la durée du Contrat d'assurance et au maximum pendant 5 ans après sa résiliation (en effet la durée de conservation des données est liée à celle de la prescription des garanties souscrites ou de celle de la transmission des capitaux décès à la caisse des dépôts et consignations).

Les destinataires des données des Adhérents/Ayants droits peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités du traitement : les personnels de l'Organisme assureur, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les Organismes professionnels habilités, et les souscripteurs du Contrat d'assurance mais uniquement dans le cadre strict de la gestion et de l'exécution celle-ci.

Lors de la résiliation du Contrat d'assurance, l'Adhérent pourra demander à l'Organisme assureur quitté, la portabilité des données collectées auprès du nouvel assureur dans les conditions prévues par la législation.

14.3.3 Droits de l'assuré

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016, l'Adhérent ainsi que toute personne concernée bénéficient d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations les concernant. Ces personnes peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de ces données. Toutefois, les données indispensables à la gestion du Contrat d'assurance telles que celles nécessaires à l'appel des cotisations et au paiement des prestations ne pourront donner lieu à suppression.

Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits en adressant leur demande aux coordonnées suivantes : DPO AGEO - 7, rue de Turbigo 75001 Paris ou par courriel à l'adresse suivante : infos.cnil@ageo.fr

Les Ayants droits disposent également d'un droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle compétente, la CNIL (www.cnil.fr).

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées aux Adhérents ou, le cas échéant, aux Ayants droit, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique.

Conformément à l'article L. 223-2 du Code de la consommation, dans le cas où il serait recueilli auprès des Adhérents des données téléphoniques, il est rappelé qu'ils disposent d'un droit d'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en s'inscrivant sur le site : www.bloctel.gouv.fr.

14.4 Dématérialisation des échanges relatifs au contrat d'assurance

S'agissant des informations et documents relatifs à son adhésion au contrat, l'Adhérent est informé que l'Organisme Gestionnaire peut échanger de façon dématérialisée et notamment lui fournir ou mettre à sa disposition ces informations et documents sur support autre que le papier et notamment par courrier électronique et/ou via son espace client sécurisé.

Par la communication de son adresse électronique, l'Adhérent reconnaît que cette dématérialisation est adaptée à sa situation.

L'Adhérent peut, à tout moment, s'opposer à la dématérialisation et demander à l'Organisme Gestionnaire, par tout moyen, qu'un support papier soit utilisé et ce, sans frais à sa charge.

Pour ce faire, l'Adhérent, peut adresser un courrier (papier ou électronique) ou un appel à l'Organisme Gestionnaire. Il peut également faire son choix à partir de son espace client sécurisé.

L'Adhérent s'engage à informer sans délai l'Organisme Gestionnaire de toute modification de son adresse électronique et, plus généralement, de tout changement de sa situation pouvant avoir une quelconque incidence sur la gestion de son adhésion au contrat.

14.5 Dispositif de Lutte contre le blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme - Fraude

Afin de satisfaire à ses obligations légales et réglementaires en matière de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme, l'Organisme assureur se doit de connaître au mieux ses Adhérents et leurs Ayants droit éventuels.

Il est ainsi fondé à demander par le biais de l'Organisme Gestionnaire aux Adhérents et leurs Ayants droit, la justification et/ou la vérification de leur identité, de leur situation professionnelle économique ou financière ; des informations relatives à la provenance ou la destination des fonds liés au contrat d'assurance, ou toute autre information qui pourrait lui permettre d'avoir une meilleure connaissance de la relation d'affaires.

A défaut d'obtenir les documents demandés, aucune souscription ne sera réalisée. Si la relation d'affaires a été établie, il sera alors mis fin à celle-ci.

L'Organisme assureur a l'obligation de déclarer à TRACFIN les sommes ou opérations dont il sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté.

14.6 Prescription

Toute action dérivant de la présente adhésion est irrecevable au terme des délais fixés par les articles suivants du Code de la mutualité :

Article L.221-11 : « Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, 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 du participant, 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 le membre participant ou l'Ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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

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

Article L.221-12 : « 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, adressé par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'Ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article L.221-12-1 : « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective 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. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- > la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- > la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- > une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- > l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil),
- > l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil),
- > cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

14.7 Révision

Les garanties sont définies en prenant en considération la réglementation actuelle du Régime obligatoire de protection sociale français.

Si ultérieurement une nouvelle réglementation ou des dispositions prises par l'UNOCAM en application des dispositions législatives ou réglementaires alors en vigueur entraîne(nt) une modification des engagements de l'association Contractante et de l'assureur, les dispositions suivantes seront applicables en cours d'exercice, selon le contexte et les contraintes réglementaires :

- > Lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au Contrat son caractère « responsable » : l'Organisme assureur indiquera les modifications nécessaires pour maintenir au contrat son caractère « responsable ». En cas de refus, formulé par écrit dans un délai de trente (30) jours à compter de la proposition, l'Organisme assureur adressera à l'Adhérent une lettre recommandée l'informant de la résiliation de son adhésion au Contrat.
- > Lorsque la modification est motivée par d'autres évolutions de la législation ou réglementation de la Sécurité sociale : l'Organisme assureur procédera à l'ajustement de la cotisation. Si l'Adhérent refuse expressément la nouvelle cotisation, l'Organisme assureur peut résilier son adhésion au Contrat, 10 jours après notification par lettre recommandée.

L'Organisme assureur se réserve aussi la faculté d'établir son remboursement en référence à la législation en vigueur lors de l'adhésion au Contrat.

Par ailleurs, l'Organisme assureur pourra éventuellement procéder, si les résultats du régime devenaient déficitaires, à une révision tarifaire ou à une diminution des garanties. Dans ce cas, l'Adhérent en serait informé au moins un (1) mois avant le renouvellement de son adhésion.

ANNEXE 1 :

**CONDITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE
VALANT NOTICE D'INFORMATION**

CONTRAT COLLECTIF n° FIC23SAN0015

« ZEN SANTE FLEXI SENIOR »

CONDITIONS GENERALES DES GARANTIES D'ASSISTANCE VALANT NOTICE D'INFORMATION
CONTRAT COLLECTIF n° FIC23SAN0015
« ZEN SANTE FLEXI SENIOR »

ZENIOO, Société par actions simplifiée, au capital de 1 267 431 euros, immatriculé au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 884 782 582, dont le siège social se situe au 75 B Rue du Seze, 69006 LYON a souscrit le contrat collectif n° **FIC23SAN0015**.

Les garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (ci-après dénommée « **FILASSISTANCE** »), Société Anonyme au capital de 4 100 000 €, entreprise régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, enregistrée sous l'identifiant unique ADEME : FR329780_03MDEX, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Les garanties de protection juridique sont assurées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, Société Anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, enregistrée sous l'identifiant unique ADEME : FR329780_03MDEX, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex et gérées par le gestionnaire de protection juridique CIVIS situé au 90, avenue de Flandre, 75019 PARIS (RCS de PARIS n° 323 267 740).

Téléphone	09 77 40 85 25 (depuis la France) +33 9 77 40 85 25 (depuis l'étranger)
Mail	assistance.personnes@filassistance.fr
Adresse	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
Télécopie	09 77 40 17 87

1) Où s'appliquent les garanties ?

Les garanties d'assistance du Contrat, **sauf stipulations contraires expressément prévues à l'article III. TABLEAU DES GARANTIES**, ne sont dues qu'à compter du moment où le fait générateur a lieu en France.

Sauf stipulations contraires, les garanties ne sont délivrées qu'au sein de la Zone de résidence de l'Adhérent.

2) Quelle est la période des garanties ?

Les garanties sont acquises à tout Bénéficiaire dès lors que l'Evènement à l'origine de la demande d'assistance survient pendant l'adhésion au Contrat et durant la période de validité de ce dernier.

Les durées des adhésions sont strictement équivalentes à la durée du Contrat collectif d'assistance n° **FIC23SAN0015** auquel elles se rattachent, à défaut de stipulation expresse contraire.

Les garanties prennent fin :

- En cas de cessation de l'adhésion au contrat d'assurance « **ZEN SANTE FLEXI SENIOR** » à adhésion facultative » ;
- En cas de résiliation du Contrat collectif d'assistance n° **FIC23SAN0015**.

I. DEFINITIONS

Sauf stipulations contraires, les termes définis ci-après seront interprétés de la manière suivante dès lors qu'ils commencent par une majuscule.

Accident : Blessure non intentionnelle et indépendante de la volonté du Bénéficiaire, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure et dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du Bénéficiaire ou d'engendrer à brève échéance une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Actes de la vie quotidienne : Se lever/se coucher, s'habiller, se laver, se nourrir, aller aux toilettes, se déplacer dans son Domicile.

Adhérent : Toute personne physique, assurée au titre du contrat d'assurance « **ZEN SANTE FLEXI SENIOR** » à adhésion facultative et domiciliée en France telle que définition en est donnée aux termes du présent article.

Aidant : L'Adhérent ou son Conjoint qui assiste la personne en état de Dépendance totale ou partielle. L'Aidant apporte une aide quotidienne au Proche parent aidé pour les Actes de la vie quotidienne. **Sauf clause contraire**, l'Aidant devra avoir le même Domicile ou visiter quotidiennement à domicile du Proche parent aidé.

Aide à domicile : Personne assurant les travaux courants d'entretien du logement au Domicile de l'Adhérent, tels que le ménage, les courses de proximité, le repassage et l'aide aux repas.

Animaux de compagnie : Chiens et chats remplissant les obligations d'identification et de vaccination fixées par la réglementation **à l'exclusion de tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ».** L'animal garanti ne devra pas faire l'objet d'un élevage ou être détenu dans le cadre d'une activité professionnelle ou commerciale quelle qu'elle soit.

Atteinte corporelle grave : Une dégradation significative de l'état de santé du Bénéficiaire consécutive à un Accident ou une Maladie et assortie d'un risque élevé de séquelles invalidantes ou de décès.

AGGIR : Outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques.

Autorité médicale : Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

Bénéficiaire : Toute personne vivant sous le même toit que l'Adhérent et résidant en France telle que définie au terme du Contrat susceptible de bénéficier de tout ou partie des prestations et garanties prévues au Contrat.

Conjoint : Le conjoint marié à l'Adhérent, non séparé de corps ; le concubin tel que défini à l'article 515-8 du Code civil ; ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à l'Adhérent.

Contrat : Le Contrat collectif d'assistance n° **FIC23SAN0015**.

Dépendance : Etat de perte d'autonomie d'une personne justifiant son classement dans le Groupe GIR 1 à 4 de la grille AGGIR.

Proche parent aidé : Le Proche parent qui est reconnu dépendant (équivalent GIR 4 au sens de la grille AGGIR).

Domicile : Le foyer fiscal ou le lieu de résidence principale et habituelle de l'Adhérent, mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Equipe médico-psycho-sociale : Médecins de **FILASSISTANCE**, assistantes sociales, psychologues ou conseillers en économie sociale et familiale de **FILASSISTANCE**.

Etablissements de soins publics ou privés : Hôpitaux, cliniques, établissements de convalescence, établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), centres de rééducation, établissements d'HAD (Hospitalisation à domicile), etc... au sein desquels le Bénéficiaire peut recevoir des soins prodigués par une Autorité médicale.

Etranger : Tout pays situé hors de France, **à l'exclusion des zones formellement déconseillées par le ministère des affaires étrangères français dont la liste, par pays, est accessible sur le site :**
<https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays-destination/>.

Evènement : Toute situation prévue par la présente notice justifiant d'une demande d'intervention auprès de **FILASSISTANCE**. L'Evènement applicable pour chaque garantie est précisé au sein de ces dernières.

France : France métropolitaine, les Départements-Régions d'Outre-Mer français (Martinique, Guadeloupe et Réunion) et les Collectivités d'Outre-Mer françaises (Saint Barthélemy, Saint Pierre et Miquelon et Saint-Martin).

Franchise : Part des frais qui reste définitivement à la charge du Bénéficiaire.

Handicap : Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie 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. Le handicap doit être reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Hospitalisation : **Sauf stipulation contraire**, tout séjour d'une durée **supérieure à 48 heures**, dans un Etablissement de soins public ou privé, pour un traitement médical ou chirurgical suite à un Accident ou une Maladie.

Hospitalisation imprévue : Toute Hospitalisation qui n'était pas connue dans les cinq (5) jours précédant la date d'entrée mentionnée sur le bulletin d'hospitalisation.

Immobilisation : Etat d'une personne se trouvant dans l'incapacité physique totale ou partielle de se déplacer constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile.

Maladie : Toute altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

Proches parents : les ascendants et descendants du 1^{er} degré et/ou le Conjoint de l'Adhérent tel que défini ci-dessus.

Titre de transport : dans la limite des disponibilités, pour les trajets dont la durée est inférieure à 5 heures en train, il est remis un billet de train, 1^{ère} classe. Pour les trajets supérieurs à cette durée, il est remis un billet d'avion classe économique. A défaut de précision spécifique pour une garantie donnée, le Titre de transport se définit comme un billet aller/ retour.

Zone de résidence :

- Pour l'Adhérent résidant en France métropolitaine : zone couvrant la France métropolitaine.
- Pour L'Adhérent résidant dans les Départements-Régions d'Outre-Mer français : zone limitée au Département-Région dans lequel se trouve le Domicile de l'Adhérent.
- Pour l'Adhérent résidant dans les Collectivités d'Outre-Mer : zone limitée à la Collectivité d'Outre-Mer française dans laquelle se trouve le Domicile de l'Adhérent.

II. MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS

1) Délivrance des prestations

FILASSISTANCE est accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et met en œuvre les prestations garanties, après accord préalable, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures (**hors jours fériés**).

En cas de rapatriement prévu par les garanties d'assistance, FILASSISTANCE met en œuvre cette prestation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Le Bénéficiaire ou son entourage doivent impérativement contacter **FILASSISTANCE**, au numéro de téléphone indiqué au début de la notice, préalablement à toute intervention ou mise en œuvre d'une garantie **dans un délai maximum de cinq (5) jours calendaires** suivant soit :

- (i) la date de survenance de l'Évènement qui donne lieu au bénéfice des présentes garanties,
- (ii) uniquement dans le cadre des garanties de rapatriement, la date de l'attestation médicale aux termes de laquelle est constatée une aggravation de santé consécutive à l'Évènement donnant lieu au bénéfice des garanties.

Le Bénéficiaire obtiendra ensuite un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge de la part de **FILASSISTANCE**.

Les prestations accessibles à l'Étranger sont acquises uniquement en cas de survenance de l'Évènement garanti avant le terme du 60^{ème} jour calendaire suivant la date de départ de France du Bénéficiaire.

À défaut de respecter cet accord préalable et ce délai, aucune dépense effectuée d'autorité par le Bénéficiaire (ou son entourage) ne sera remboursée.

Il appartient au Bénéficiaire de fournir toute pièce demandée par **FILASSISTANCE** permettant de justifier la réalité de l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

En cas d'accident ou d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers, le SAMU ou le médecin traitant.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par le Bénéficiaire lors de la durée de la garantie ne peuvent donner lieu au versement d'une indemnité compensatoire.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations d'assistance ainsi que le nombre d'heures mentionnées dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation nécessitant l'intervention au Domicile d'un Bénéficiaire lorsque celui-ci, eu égard à son état de dégradation, est considéré comme étant soit insalubre soit comme présentant un danger ou risque pour la santé ou pour la sécurité de l'intervenant de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE pourra suspendre la mise en œuvre de toute prestation en cas de comportement pénalement répréhensible (agressions, comportements racistes, insultes, ...) ou violent d'un Bénéficiaire à l'égard de **FILASSISTANCE** ou du prestataire intervenant à son Domicile.

En cas de fausse déclaration sur les circonstances du sinistre, d'exagération frauduleuse des préjudices, de dissimulation d'existence d'autres prestations indemnitaires ou d'utilisation ou de production de documents/justificatifs frauduleux ou inexacts, les Bénéficiaires perdront tout droit à indemnisation pour le sinistre.

2) Délivrance des prestations de protection juridique

Le Bénéficiaire doit déclarer à **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, au numéro indiqué en début de notice et avant toute initiative, tout sinistre susceptible d'ouvrir droit à garantie, ou tout refus opposé à une réclamation dont il est l'auteur **dans un délai de 60 jours** à compter de sa connaissance **sauf cas fortuit ou de force majeure, et, en tout état de cause avant toute initiative de sa part.**

Le Bénéficiaire communique immédiatement et ultérieurement, à la demande de **FILASSISTANCE** ou à la demande de son gestionnaire de protection juridique, toutes pièces, informations, justificatifs ou éléments de preuve nécessaires à la vérification des garanties, à la localisation du tiers, à l'instruction du dossier et à la recherche de sa solution.

Les frais engagés avant cette déclaration sans l'accord préalable de FILASSISTANCE ne seront pas pris en charge, à moins que le Bénéficiaire ne puisse justifier qu'une urgence légitimait leur engagement.

Cette déclaration devra parvenir à **FILASSISTANCE** avant tout engagement d'action judiciaire et avant toute saisine d'un mandataire (avocat, huissier, expert, ...), **sauf mesures**

conservatoires urgentes et appropriées. Dans le cas contraire, **FILASSISTANCE** serait fondée à ne pas prendre en charge les frais et honoraires engagés sans accord préalable.

En cas de déclaration inexacte et de mauvaise foi sur les faits, les événements ou la situation qui sont à l'origine du litige ou plus généralement sur tout élément pouvant servir à sa solution, le Bénéficiaire encourt une déchéance de garantie.

Le Bénéficiaire transmet au **GIE CIVIS - SERVICE DÉCLARATION DE LITIGE**, 90 avenue de Flandre, 75019 Paris ou giecivis@civis.fr - toutes pièces, informations, justificatifs ou éléments de preuve nécessaires à la vérification des garanties, à la localisation du tiers, à l'instruction du dossier et à la recherche de sa solution.

3) Remboursement des prestations

Lorsque les garanties le prévoient expressément ou que l'intervention d'un prestataire auprès du Bénéficiaire n'est pas possible, **FILASSISTANCE** peut autoriser le Bénéficiaire à organiser lui-même la prestation.

Dans ce cas, **FILASSISTANCE** rembourse au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais, par virement, les frais engagés sous réserve de la transmission des justificatifs suivants :

- un RIB au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais afférent à un compte bancaire ouvert auprès d'une banque située sur le territoire de l'Union Européenne,
- une facture acquittée, au nom du Bénéficiaire ou au nom de la personne ayant engagé les frais, reprenant l'ensemble des mentions obligatoires imposées par la réglementation en vigueur et l'objet correspond exactement à la prestation qui aurait été mise en œuvre par **FILASSISTANCE** au profit du Bénéficiaire,
- les pièces justifiant la réalité de l'évènement qui conduit le Bénéficiaire à sa demande d'assistance ainsi que le respect des conditions d'octroi des garanties.

Le remboursement est conditionné à l'obtention par le Bénéficiaire de l'accord préalable de **FILASSISTANCE**.

Le remboursement est toujours fait dans la limite de ce que **FILASSISTANCE** aurait pris en charge si elle avait organisé elle-même la prestation. Le Bénéficiaire s'engage à payer le cas échéant le reste à charge à son prestataire.

Le remboursement sera versé soit au Bénéficiaire ou à la personne ayant engagé les frais dans un délai de trente (30) jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble desdites pièces, sauf contestation notifiée à la personne concernée.

4) Conditions d'ordre médical

Le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à une demande d'assistance, relève de la décision de l'équipe médicale de **FILASSISTANCE**, qui recueille si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

La durée de mise en œuvre des garanties est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille du Bénéficiaire, par l'équipe médicale de FILASSISTANCE.

Afin de permettre à l'équipe médicale de **FILASSISTANCE** de prendre sa décision, cette dernière se réserve la possibilité de demander au Bénéficiaire de fournir toute pièce médicale originale qui justifie l'évènement qui le conduit à sa demande d'assistance.

Les pièces médicales devront être adressées sous pli confidentiel à l'attention du service médical de **FILASSISTANCE**.

5) Conditions spécifiques aux prestations d'assistance informations

Les prestations d'informations sont délivrées uniquement par téléphone **du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 (hors jours fériés)** sur simple appel du Bénéficiaire. **En aucun cas, les réponses aux demandes d'informations ne feront l'objet d'une confirmation écrite.**

FILASSISTANCE s'engage à fournir une réponse dans un **délai maximal de 72 heures**.

La responsabilité de **FILASSISTANCE** ne pourra en aucun cas être recherchée en cas :

- d'interprétation inexacte du ou des renseignements que le Bénéficiaire aura obtenu(s),
- des difficultés qui pourraient surgir ultérieurement du fait d'une utilisation inappropriée ou abusive, par le Bénéficiaire, des informations communiquées.

Les prestations d'informations relatives à la santé ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le Bénéficiaire et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. **Les informations fournies ne peuvent se substituer**

à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

Les informations seront toujours données dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

En cas d'urgence médicale, le Bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

Les prestations d'information juridique dispensées par **FILASSISTANCE** ne peuvent se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, notaires, etc.

Le contenu de l'information juridique délivrée est purement documentaire, **ne peut excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.**

La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du Bénéficiaire. **FILASSISTANCE** ne pourra pas être tenue responsable de la caducité des informations communiquées qui résulterait de l'évolution de la réglementation postérieure à cet appel.

Sont exclues de la garantie les demandes d'information ne relevant pas du droit français.

6) Conditions de prise en charge des Titres de transport

En cas de transfert sanitaire ou de transport organisé et pris en charge par **FILASSISTANCE**, le Bénéficiaire consent à utiliser en priorité ses titres de voyage initiaux, modifiés ou échangés.

A défaut de modification ou d'échange, le Bénéficiaire s'engage à accomplir toutes les démarches nécessaires au remboursement des titres non utilisés et à verser les sommes correspondantes à **FILASSISTANCE**, et ce dans les 90 jours de son retour.

Seuls les frais supplémentaires (résultant d'une modification, d'un échange ou d'un remboursement des titres de transport) par rapport au prix du titre initial acquitté par le Bénéficiaire pour son retour seront pris en charge par **FILASSISTANCE**.

7) Conditions d'avance de frais

Dans le cadre de certaines garanties stipulées par le Contrat, **FILASSISTANCE** peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

• Conditions préalables au versement de l'avance par Filassistance

À titre de garantie de remboursement par le Bénéficiaire de l'avance consentie, **FILASSISTANCE** adressera un certificat d'engagement au Bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins accompagné d'une copie d'une pièce d'identité en cours de validité à **FILASSISTANCE**. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par **FILASSISTANCE**.

• Délai de remboursement de l'avance à Filassistance

Le Bénéficiaire s'engage à rembourser à **FILASSISTANCE** la somme avancée par cette dernière **dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.**

• Sanctions

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et **FILASSISTANCE** pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

III. TABLEAU DES GARANTIES

PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHESION

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint.

Informations santé d'ordre général

Informations téléphoniques

Informations spécifiques à une pathologie

Informations téléphoniques

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ABSENCE OU D'INDISPONIBILITE DU MEDECIN TRAITANT

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Evènement : L'absence ou l'indisponibilité du médecin traitant.

Téléconsultation

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT D'UN BENEFICIAIRE AU DOMICILE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Evènement : La Maladie ou l'Accident au Domicile.

Transfert à l'hôpital et retour au Domicile

1 A/R maximum par Evènement (prise en charge en complément des remboursements de la Sécurité sociale et des organismes de protection sociale complémentaire)

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Evènement : L'Immobilisation au Domicile supérieure à 5 jours.

Livraison de médicaments

Avance du coûts des médicaments
Prise en charge des frais de livraison

Recherche d'un médecin

Mise en relation

Aide à Domicile

30 heures maximum par Evènement réparties pendant la période d'Immobilisation

Organisation de soins à Domicile

Organisation sans prise en charge

Présence d'un proche au chevet

1 Titre de transport par Evènement
2 nuits maximum à l'hôtel (petit-déjeuner inclus) à concurrence de 160 € TTC maximum par Evènement

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 2 JOURS D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Evènement : L'Hospitalisation supérieure à 2 jours.

Plan d'aide à la convalescence

Service téléphonique

Garde ou transfert des petits-enfants âgés de moins de 16 ans

- Garde à Domicile

10 heures réparties sur 2 jours maximum à concurrence de 150 € TTC maximum par Evènement

• OU Transfert chez un proche	1 Titre de transport par Bénéficiaire et par Evènement
• OU Venue d'un proche	1 Titre de transport par Bénéficiaire et par Evènement
• OU l'accompagnement à l'école, à la crèche ou chez la nourrice (Dans un rayon de 25 Km maximum du Domicile du Bénéficiaire)	10 A/R maximum à concurrence de 500 € TTC maximum pour l'ensemble des petits-enfants
Garde des ascendants	
• Garde à Domicile	10 heures maximum réparties sur 2 jours maximum à concurrence de 150 € TTC maximum par Evènement
• OU Transfert chez un proche	1 Titre de transport par Bénéficiaire et par Evènement
• OU Venue d'un proche	1 Titre de transport par Bénéficiaire et par Evènement
Aide à Domicile	30 heures maximum par Evènement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant la date de début ou de fin de l'Hospitalisation
Organisation de soins à Domicile	Organisation sans prise en charge
Présence d'un proche au chevet	1 Titre de transport par Evènement 2 nuits maximum à l'hôtel (petit-déjeuner inclus) à concurrence de 160 € TTC maximum par Evènement

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ATTEINTE CORPORELLE GRAVE D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint.
- par Evènement : L'Atteinte corporelle grave.

Informations relatives à la Maladie et au Handicap	Informations téléphoniques
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum par Evènement
Accompagnement médico-social	Informations téléphoniques
Services à la carte	Mise en relation sans prise en charge
Accompagnement dans les déplacements	150 € TTC maximum par Evènement et par année civile
Mise en relation avec corps de métier en charge de l'aménagement du logement ou du véhicule	Mise en relation sans prise en charge
Accompagnement budgétaire et social	Informations téléphoniques

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT DE CHIMIOOTHERAPIE D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint.
- par Evènement : Le traitement chimiothérapique.

Orientation vers des prestataires spécialisés	Mise en relation sans prise en charge
---	---------------------------------------

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint.
- par Evènement : Le décès.

Informations obsèques	Informations téléphoniques
Aide à la recherche d'un opérateur funéraire	Mise en relation sans prise en charge
Aide à l'organisation des obsèques	Informations téléphoniques
Avance des frais d'inhumation	1 000 € maximum
Présence d'un proche aux obsèques	1 Titre de transport par Evènement

	2 nuits maximum à l'hôtel (petit-déjeuner inclus) à concurrence de 70 € TTC maximum par nuit
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum par Evènement
Aide à Domicile	20 heures maximum par Evènement réparties sur les 15 jours ouvrés consécutifs suivant le décès
Garde des petits-enfants âgés de moins de 16 ans (Garanties à mettre en œuvre dans un délai d'un mois suivant le décès)	
<ul style="list-style-type: none"> • Garde à Domicile 	10 heures maximum par Evènement réparties sur 2 jours maximum
<ul style="list-style-type: none"> • OU Transfert chez un proche 	1 Titre de transport par Evènement
<ul style="list-style-type: none"> • OU Venue d'un proche 	1 Titre de transport par Evènement
<ul style="list-style-type: none"> • OU l'Accompagnement à l'école, à la crèche ou chez la nourrice (Dans un rayon de 25 Km maximum du Domicile du Bénéficiaire) 	10 A/R maximum à concurrence de 500 € TTC maximum pour l'ensemble des petits-enfants
Garde des ascendants (Garanties à mettre en œuvre dans un délai d'un mois suivant le décès)	
<ul style="list-style-type: none"> • Garde à Domicile 	10 heures maximum par Evènement réparties sur 2 jours maximum
<ul style="list-style-type: none"> • OU Transfert chez un proche 	1 Titre de transport par Bénéficiaire et par Evènement
<ul style="list-style-type: none"> • OU Venue d'un proche 	1 Titre de transport par Bénéficiaire et par Evènement
Aide à la vente d'un bien immobilier	Mise en relation avec les agences immobilière locales et notaires
Accompagnement social	Informations téléphoniques
Bilan de situation professionnelle et aide à la recherche d'emploi (Garantie à mettre en œuvre dans les 3 mois suivant le décès)	Informations téléphoniques
Accompagnement budgétaire et social	Informations téléphoniques

ASSISTANCE AU QUOTIDIEN

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint.

Mise en relation avec les prestataires du quotidien

Mise en relation sans prise en charge

ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE DEPENDANCE D'UN PROCHE PARENT : « L'AIDE AUX AIDANTS »

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'Aidant,
- par Evènement : La Dépendance d'un Proche parent survenue postérieurement à l'adhésion.

Informations sur la Dépendance	Informations téléphoniques
Bilan prévention autonomie	Service téléphonique
Bilan prévention mémoire	Service téléphonique
Service soutien mémoire	Service téléphonique
Bilan prévention et accompagnement de l'incontinence	Service téléphonique
Bilan 360°	Service téléphonique
Bilan de l'habitat (Cette garantie peut être mise en œuvre qu'une seule fois lors de la survenance de la Dépendance du Proche parent)	Venue d'un ergothérapeute dans la limite de 460 € TTC
Accompagnement dans les démarches administratives	Service téléphonique

Formation de l'Aidant (Cette garantie peut être mise en œuvre qu'une seule fois lors de la survenance de la Dépendance du Proche parent)	Organisation et prise en charge de la venue d'une infirmière
Aide à la constitution du dossier Dépendance de l'Aidé	Service téléphonique
Recherche d'établissements spécialisés	Mise en relation sans prise en charge
Recherche d'établissements temporaires	Mise en relation sans prise en charge
Aide au déménagement	Mise en relation sans prise en charge
Accompagnement psychologique	Service téléphonique
Services à la carte	Mise en relation sans prise en charge
Mise en relation avec les corps de métier de l'aménagement du logement	Mise en relation sans prise en charge
Enveloppe de services pour le répit de l'Aidant	500 € TTC maximum par année civile
<ul style="list-style-type: none"> Recherche et prise en charge d'une place en établissement temporaire Accompagnement du Proche parent aidé Venue d'un visiteur au Domicile du Proche parent aidé Garde des Animaux de compagnie 	

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT ENTRAINANT UNE HOSPITALISATION SUPERIEURE A 10 JOURS DE L'AIDANT

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : Le Proche parent aidé,
- par Evènement : La Maladie ou l'Accident entraînant une Hospitalisation supérieure à 10 jours de l'Aidant.

Garde du Proche parent aidé au Domicile	
<ul style="list-style-type: none"> Présence d'un proche au chevet 	1 Titre de transport par Evènement Frais d'hôtel dans la limite de 100 € TTC maximum par nuit et de 200 € TTC maximum par Evènement
<ul style="list-style-type: none"> OU Garde malade 	10 heures maximum par Evènement réparties sur les 5 jours consécutifs suivant le retour au Domicile

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT ENTRAINANT UNE HOSPITALISATION IMPREVUE SUPERIEURE A 24 HEURES DU PROCHE PARENT AIDE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'Aidant,
- par Evènement : La Maladie ou l'Accident entraînant une Hospitalisation imprévue supérieure à 24 heures du Proche parent aidé.

Retour anticipé de l'Aidant (de son lieu de séjour jusqu'au Domicile)	1 Titre de transport maximum par année civile
---	--

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE DECES DE L'AIDANT

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : Le Proche parent,
- par Evènement : Le décès de l'Aidant.

Accompagnement médico-social	Informations téléphoniques
Garde du Proche parent aidé au Domicile	1 Titre de transport par Evènement
<ul style="list-style-type: none"> Venue d'un proche 	1 Titre de transport Frais d'hôtel dans la limite de 100 € TTC maximum par nuit et de 300 € TTC maximum par Evènement

- **OU** Garde malade

15 heures maximum par Evènement réparties pendant les 5 jours consécutifs qui suivent le décès de l'Aidant

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE D'UN BENEFICIAIRE SURVENANT LORS D'UN DEPLACEMENT A TITRE PRIVE OU PROFESSIONNEL

(de moins de 60 jours consécutifs s'il s'agit d'un déplacement à l'Etranger)

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Evènement : La Maladie, l'Accident.

Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire malade ou blessé	Frais réels
Immobilisation à l'hôtel	7 nuits maximum par Evènement (petits-déjeuners inclus) à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit
Accompagnement du Bénéficiaire lors de son rapatriement	1 Titre de transport par Evènement (billet aller uniquement)
Rapatriement des membres de la famille du Bénéficiaire rapatrié ou transporté	1 Titre de transport par Evènement et par membre de la famille concerné (billet retour uniquement)
Présence d'un Proche parent auprès du Bénéficiaire (En cas d'Hospitalisation sur place supérieure à 10 jours)	1 Titre de transport par Evènement 10 nuits maximum par Evènement (frais de restauration et annexes exclus), à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit et de 700 € TTC maximum par Evènement
Accompagnement des enfants âgés de moins de 15 ans ou handicapés mineurs	1 Titre de transport par Evènement
Rapatriement des Animaux de compagnie (à l'Etranger uniquement)	320 € TTC maximum par Evènement pour l'ensemble des Animaux de compagnie
Impossibilité de conduire	1 Titre de transport (aller simple) par Evènement
Avance et remboursement complémentaire des frais médicaux engagés à l'Etranger	
• Avance des frais médicaux engagés à l'Etranger	8 000 € maximum par Evènement
• Remboursement des frais médicaux engagés à l'Etranger	8 000 € TTC maximum par Evènement déduction faite d'une Franchise de 16 € TTC
• Frais de soins dentaires d'urgence	153 € TTC maximum par Bénéficiaire et par Evènement après déduction d'une Franchise de 16 € TTC par dossier
Envoi des médicaments introuvables hors de l'Union européenne	Prise en charge des frais d'expédition
Transmission des messages urgents	

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE SURVENANT LORS D'UN DEPLACEMENT A TITRE PRIVE OU PROFESSIONNEL

(de moins de 60 jours consécutifs s'il s'agit d'un déplacement à l'Etranger)

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Evènement : Le décès.

Rapatriement du corps	
• Rapatriement	Frais réels
• Coût du cercueil ou de l'urne	763 € TTC maximum par Evènement
• Venue d'un proche pour des raisons administratives	1 Titre de transport 10 nuits maximum par Evènement dans la limite de 100 € TTC maximum par nuit et de 700 € maximum par Evènement
Rapatriement des membres de la famille du Bénéficiaire décédé	1 Titre de transport par Evènement et par membre de la famille concerné (billet retour uniquement)
Accompagnement des enfants âgés de moins de 15 ans ou handicapés mineurs	1 Titre de transport par Evènement

Impossibilité de conduire	1 Titre de transport (aller simple) par Evènement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE DECES D'UN PROCHE PARENT DU BENEFICIAIRE SURVENANT LORSQUE CE DERNIER EST EN DEPLACEMENT A TITRE PRIVE OU PROFESSIONNEL (de moins de 60 jours consécutifs s'il s'agit d'un déplacement à l'Etranger) <u>Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :</u> <ul style="list-style-type: none"> - <u>par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint en déplacement.</u> - <u>par Evènement : Le décès du Proche parent.</u> 	
Retour en cas de décès d'un proche	1 Titre de transport par Evènement
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ACCIDENT D'UN PROCHE PARENT DU BENEFICIAIRE SURVENANT LORSQUE CE DERNIER EST EN DEPLACEMENT A TITRE PRIVE OU PROFESSIONNEL (de moins de 60 jours consécutifs s'il s'agit d'un déplacement à l'Etranger) <u>Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :</u> <ul style="list-style-type: none"> - <u>par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint en déplacement.</u> - <u>par Evènement : L'Accident du Proche parent.</u> 	
Retour en cas d'Accident d'un Proche parent	1 Titre de transport par Evènement
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE POURSUITES JUDICIAIRES CONSECUTIVES A UNE VIOLATION NON INTENTIONNELLE PAR LE BENEFICIAIRE DE LA LEGISLATION DU PAYS ETRANGER SURVENANT LORS D'UN DEPLACEMENT A TITRE PRIVE OU PROFESSIONNEL (de moins de 60 jours consécutifs s'il s'agit d'un déplacement à l'Etranger) <u>Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :</u> <ul style="list-style-type: none"> - <u>par Bénéficiaires : L'Adhérent ou son Conjoint en déplacement.</u> - <u>par Evènement : L'Accident du Proche parent.</u> 	
Honoraires d'avocat à l'Etranger	763 € TTC maximum par Evènement
Caution pénale	7 623 € TTC maximum par Evènement
PROTECTION JURIDIQUE <u>Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre par Bénéficiaire : L'Adhérent ou son Conjoint.</u>	
Informations juridiques	Informations téléphoniques
Protection juridique (démarches amiable uniquement)	
<ul style="list-style-type: none"> • Expertise préalable à la saisine de la CRCI 	500 € TTC maximum par Litige
<ul style="list-style-type: none"> • Assistance d'un avocat 	4 000 € TTC maximum par Litige

IV. DETAIL DES GARANTIES

En cas de difficulté d'interprétation du tableau synoptique ci-avant, il convient de faire prévaloir la rédaction des garanties détaillées ci-après.

1) PRESTATION ACCESSIBLES DES L'ADHESION

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 1, il faut entendre par Bénéficiaire : L'Adhérent ou son Conjoint.

a. Informations santé d'ordre général

FILASSISTANCE répond aux questions des Bénéficiaires dans les domaines suivants :

- informations générales sur les pathologies, les analyses médicales et les examens médicaux,
- la santé au quotidien : pharmacie, les gestes de secours, trousse de secours, automédication, vaccinations...,
- bien vivre : des informations en matière de prévention, de bien-être et de médecine du voyage,
- la mise en forme,
- la diététique.

b. Informations spécifiques à une pathologie

FILASSISTANCE répond à toute question sur les pathologies (Parkinson, Alzheimer, SIDA, allergies, etc.) et de nature médicale, notamment dans les domaines suivants :

- Traitements et conséquences,
- Evolution de la maladie,
- Risque de transmission génétique, risque de contagion pour l'entourage.

2) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ABSENCE OU D'INDISPONIBILITE DU MEDECIN TRAITANT

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 2, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Evènement : L'absence ou l'indisponibilité du médecin traitant.

a. Téléconsultation

Le Bénéficiaire peut contacter **FILASSISTANCE** afin de bénéficier d'une téléconsultation délivrée par des médecins généralistes ou spécialistes.

Toute téléconsultation pour un majeur sous tutelle devra être effectuée par le tuteur.

La téléconsultation est dispensée dans le respect des dispositions du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 sur la télémédecine et des dispositions légales concernant le secret médical.

Les ordonnances délivrées dans le cadre de la téléconsultation seront rédigées exclusivement en français et seront valables uniquement au sein de l'Union Européenne.

Lors du premier appel du Bénéficiaire auprès de **FILASSISTANCE**, un lien vers une plateforme lui sera

communiqué. Afin de bénéficier de la téléconsultation, le Bénéficiaire devra s'y inscrire et y déposer sa carte d'identité.

Le Bénéficiaire pourra ensuite formuler sa demande de téléconsultation sur la plateforme.

A l'issue de la téléconsultation, le médecin apportera au Bénéficiaire une réponse médicale adaptée à sa situation. Cette réponse, rendue par écrit, téléphone ou visioconférence, prendra l'une des formes suivantes :

- Un conseil, un diagnostic, un avis complémentaire,
- Une orientation vers le médecin traitant,
- Une orientation vers un spécialiste,
- Une ordonnance.

Le médecin, inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins, délivrant la téléconsultation **est seul décisionnaire de la suite à y donner**. Dans le cas où il identifierait une urgence médicale, le Bénéficiaire sera réorienté vers les services d'urgence.

Le service de téléconsultation médicale ne pourra pas délivrer d'arrêts de travail, de certificats médicaux, de

renouvellements d'ordonnance d'une durée supérieure à 1 mois, d'ordonnances de kinésithérapie et pour des semelles orthopédiques.

L'accès à cette prestation est illimité et son coût est pris en charge par FILASSISTANCE.

3) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT D'UN BENEFICIAIRE AU DOMICILE

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 3, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Evènement : L'absence ou l'indisponibilité du médecin traitant.

a. Transfert à l'hôpital et retour au Domicile

FILASSISTANCE rembourse en complément des remboursements réalisés par la Sécurité Sociale et des organismes de protection sociale complémentaire (mutuelle, assureur ou institution de prévoyance santé), **un transport aller/retour maximum par Evènement**, en ambulance ou en véhicule sanitaire léger, **du Domicile jusqu'au lieu de son Hospitalisation**.

Le remboursement est conditionné à la réception par FILASSISTANCE du décompte de remboursement de la Sécurité Sociale et des organismes de protection sociale complémentaire.

Si le Bénéficiaire le souhaite, FILASSISTANCE le met en relation avec des ambulanciers proches de son Domicile.

4) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 4, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Evènement : L'Immobilisation au Domicile supérieure à 5 jours.

a. Livraison de médicaments

FILASSISTANCE organise et prend en charge la livraison des médicaments, prescrits médicalement, au Domicile.

FILASSISTANCE n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 Km autour du

Domicile, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

FILASSISTANCE fait l'avance du coût des médicaments, qui seront remboursés par le Bénéficiaire dès qu'ils lui seront apportés.

b. Recherche d'un médecin

En cas d'indisponibilité du médecin traitant habituel, FILASSISTANCE apporte son aide pour trouver un médecin de garde.

En aucun cas la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être engagée si aucun médecin, infirmière ou intervenant paramédical n'était disponible.

Les frais de visite ou autres restent à la charge du Bénéficiaire.

c. Aide à Domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat justifiant de la réalité de l'Evènement devra être adressé à FILASSISTANCE sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de FILASSISTANCE.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 30 heures par Evènement réparties pendant la période d'Immobilisation.**

d. Organisation de soins à Domicile

A la demande du Bénéficiaire et **sous réserve que les soins soient prescrits par un médecin, FILASSISTANCE** le met en relation avec un service de soins à Domicile (infirmière, Auxiliaire de vie).

Le coût de ce service reste à la charge du Bénéficiaire.

e. Présence d'un proche au chevet

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à sa disposition **un Titre de transport par Evènement**, afin de se rendre au chevet du Bénéficiaire.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place dans la limite de 2 nuits (petit-déjeuner inclus) à concurrence de 160 € TTC maximum par Evènement.

5) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 2 JOURS D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 5, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Evènement : L'Hospitalisation supérieure à 2 jours.

a. Plan d'aide à la convalescence

FILASSISTANCE réalise un entretien téléphonique avec le Bénéficiaire ou sa famille afin d'évaluer notamment sa situation médico-psycho-sociale et d'établir conjointement un plan d'aide à la convalescence.

Ce plan a pour objectif de faciliter la vie de la famille pendant et après l'Hospitalisation et aborde différents domaines :

- **Les besoins en services à Domicile**

FILASSISTANCE fait un bilan sur les services déjà en cours, fréquences et heures d'intervention et établit quels sont les services complémentaires qui faciliteraient la vie quotidienne du Bénéficiaire et de sa famille.

- **Les droits et les démarches**

FILASSISTANCE aide le Bénéficiaire dans ses démarches administratives et l'accompagne sur un plan administratif, juridique et social, dans la constitution de dossiers et la recherche de financements (aides financières publiques, etc...).

- **Les aides techniques**

FILASSISTANCE peut informer le Bénéficiaire sur les aides techniques éventuelles pouvant favoriser sa convalescence le cas échéant.

FILASSISTANCE peut mettre en relation le Bénéficiaire avec des distributeurs de matériels médicaux pouvant délivrer ces aides.

b. Garde ou transfert des petits-enfants âgés de moins de 16 ans

Si personne ne peut s'occuper des petits-enfants du Bénéficiaire restés seuls au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- la garde à Domicile **dans la limite de 10 heures réparties sur 2 jours maximum à concurrence de 150 € TTC maximum par Evènement.**
- **OU** le transfert des petits-enfants chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition **1 Titre de transport par Evènement.**
- **OU** la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **1 Titre de transport par Evènement.**
- **OU** l'accompagnement des petits-enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice **dans la limite de 10 allers/retours à concurrence de 500 € TTC maximum pour l'ensemble des petits-enfants et dans un rayon de 25 Km maximum du Domicile du Bénéficiaire.**

c. Garde des ascendants

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants du Bénéficiaire, vivant habituellement au Domicile et restés seuls, **FILASSISTANCE** organise et prend l'une des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- la garde à Domicile **dans la limite de 10 heures réparties sur 2 jours maximum à concurrence de 150 € TTC maximum par Evènement.**
- **OU** le transfert des ascendants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition **1 Titre de transport par Evènement.**
- **OU** la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **1 Titre de transport par Evènement.**

d. Aide à Domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat justifiant de la réalité de l'Evènement devra être adressé à **FILASSISTANCE** sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 30 heures par Evènement réparties sur les 15 jours ouvrés suivant la date de début ou de fin de l'Hospitalisation.**

e. Organisation de soins à Domicile

A la demande du Bénéficiaire et **sous réserve que les soins soient prescrits par un médecin**, **FILASSISTANCE** le met en relation avec un service de soins à Domicile (infirmière, Auxiliaire de vie).

Le coût de ce service reste à la charge du Bénéficiaire.

f. Présence d'un proche au chevet

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche résidant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à sa disposition **un Titre de transport par Evènement**, afin de se rendre au chevet du Bénéficiaire.

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place **dans la limite de 2 nuits (petit-déjeuner inclus) à concurrence de 160 € TTC maximum par Evènement.**

6) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ATTEINTE CORPORELLE GRAVE D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 6, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Evènement : L'Atteinte corporelle grave.

a. Informations relatives à la Maladie et au Handicap

FILASSISTANCE répond aux questions des Bénéficiaires dans les domaines suivants :

- différentes possibilités de couverture et prises en charges en matière d'assurance maladie,
- invalidité,
- handicap,
- associations, groupe de parole,
- sensibilisation du Bénéficiaire et des proches sur les démarches à suivre,
- conseils sur l'appréhension du handicap ou de la maladie,
- conseil sur la gestion du stress et la survenance de celui-ci,

- aide dans la prise de conscience de l'état de santé.

b. Accompagnement psychologique

FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire avec son Equipe médico-sociale pour lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 3 entretiens téléphoniques par Evènement.**

Les frais de consultations des professionnels assurant la prise en charge psychologique sont à la charge de la famille du Bénéficiaire.

c. Accompagnement médico-social

L'Equipe médico-sociale de **FILASSISTANCE** est à l'écoute du Bénéficiaire pour réaliser un bilan de sa situation individuelle et l'informer sur les aides dont il peut bénéficier. Celle-ci peut également l'assister, s'il le souhaite, dans ses démarches auprès des organismes appropriés et les demandes d'allocations spécifiques.

d. Services à la carte

FILASSISTANCE aide le Bénéficiaire dans la recherche des prestataires et se charge de la mise en relation si nécessaire, **sous réserve des disponibilités locales :**

- Livraison de repas, de courses, de médicaments.
- Télé sécurité, garde du Domicile (vigile).
- Garde des petits-enfants, des animaux de compagnie.
- Aide-ménagère, accompagnateur dans les déplacements.
- Auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux.
- Coiffeur, pédicure, esthéticienne, dame de compagnie, service "blanchisserie".
- Et tout autre service de proximité répondant à un besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne (taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, entreprises de dépannage, ...).
- Petit jardinage.
- Soins à Domicile
- Téléassistance.

FILASSISTANCE indique au Bénéficiaire quels sont les services à la carte qui peuvent être financés par les Chèques Emploi Service Universel (ou CESU). Dans ce dernier cas, ils peuvent ouvrir droit à des réductions d'impôt dès lors qu'ils sont délivrés par des prestataires agréés (et dans les conditions de la réglementation en vigueur).

Les frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire.

e. Accompagnement dans les déplacements

FILASSISTANCE organise et prend en charge le déplacement du Bénéficiaire lorsqu'il doit se rendre dans des lieux publics tels que la banque, la Poste, un établissement de soins, un cabinet médical, etc.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 150 € TTC par Evènement et par année civile.**

f. Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement ou du véhicule

Sur simple demande du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** aide le Bénéficiaire dans la recherche de prestataires et de l'établissement des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement ou du véhicule et se charge de la mise en relation si nécessaire, **sous réserve des disponibilités locales.**

FILASSISTANCE communique également au Bénéficiaire des renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé.

Le coût des devis et des travaux engagés est à la charge du Bénéficiaire qui le règlera directement au prestataire retenu.

Le choix final du prestataire est à la discrétion du Bénéficiaire.

En aucun cas, FILASSISTANCE ne pourra être tenue responsable d'une exécution défailante de ce prestataire.

g. Accompagnement budgétaire et social

Le Bénéficiaire peut contacter **FILASSISTANCE** pour une prestation qui se déroule en trois étapes :

- une phase de prévention avec une prise d'informations suivie de conseils de la plateforme pluridisciplinaire de **FILASSISTANCE**,
- une phase d'analyse par un bilan ciblé et personnalisé de la situation de vie du Bénéficiaire,
- une phase de proposition avec la mise en place de solutions (accompagnement, maîtrise, protection) via un programme d'accompagnement personnalisé.

7) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT DE CHIMIOOTHERAPIE D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 7, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Evènement : Le traitement chimiothérapique .

a. Orientation vers des prestataires spécialisés

FILASSISTANCE oriente le Bénéficiaire vers des prestataires dédiés tels que :

- aide à la toilette,
- fournisseur de perruques,
- coiffeur à domicile,
- esthéticienne,
- coach sportif.

8) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 8, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Evènement : Le décès.

a. Informations obsèques

FILASSISTANCE répond aux questions relatives aux démarches et formalités administratives, communique des informations pratiques sur les coûts et disponibilités des concessions dans les cimetières, les modes de sépultures, le don d'organe et de corps, etc., ainsi que des informations portant sur les règles de droit français relatives aux successions.

b. Aide à la recherche d'un opérateur funéraire

FILASSISTANCE accompagne le Bénéficiaire ou sa famille dans la recherche d'un opérateur funéraire qui pourra prendre en charge l'organisation des funérailles.

Les frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire ou de sa famille.

c. Aide à l'organisation des obsèques

FILASSISTANCE informe et accompagne les proches du Bénéficiaire décédé pour l'organisation des obsèques et notamment dans les domaines suivants :

- Obsèques civiles ou religieuses,
- Prélèvements d'organes,
- Don du corps,
- Constatation de décès,
- Déclaration de décès,
- Chambres funéraires,
- Transports funéraires.

Les éventuels frais engagés restent à la charge des proches du Bénéficiaire.

d. Avance des frais d'inhumation

Si les proches du Bénéficiaire décédé ne peuvent pas régler les frais d'inhumation, **FILASSISTANCE** accorde une avance aux proches du Bénéficiaire décédé.

Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds et elle a pour seule finalité de permettre de payer des dépenses imprévues et en lien direct avec la survenance du décès.

Cette avance est accordée et remboursée dans les modalités de l'article « Conditions d'avance de frais ».

L'avance est consentie dans la limite de 1000 €.

e. Présence d'un proche aux obsèques

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport d'un proche se trouvant en France, **en mettant à sa disposition un Titre de transport par Evènement pour se rendre jusqu'au lieu d'inhumation.**

FILASSISTANCE prend également en charge l'hébergement du proche sur place dans la limite de 2 nuits (petit-déjeuner inclus) à concurrence de 70 € TTC maximum par nuit.

f. Accompagnement psychologique

FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire avec son Equipe médico-sociale pour lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 3 entretiens téléphoniques par Evènement.**

Les frais de consultations des professionnels assurant la prise en charge psychologique sont à la charge de la famille du Bénéficiaire.

g. Aide à Domicile

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire une Aide à domicile exerçant dans sa Zone de résidence, afin de le soulager dans ses tâches ménagères quotidiennes.

Avant la mise en œuvre de la prestation, un certificat justifiant de la réalité de l'Evènement devra être adressé à **FILASSISTANCE** sous pli confidentiel à l'attention du médecin régulateur de **FILASSISTANCE**.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 20 heures par Evènement réparties sur les 15 jours ouvrés consécutifs suivant le décès.**

h. Garde des petits-enfants âgés de moins de 16 ans

Si personne ne peut s'occuper des petits-enfants du Bénéficiaire restés seuls au Domicile, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- la garde à Domicile **dans la limite de 10 heures réparties sur 2 jours maximum par Evènement.**
- **OU** le transfert des petits-enfants chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition **1 Titre de transport par Evènement.**
- **OU** la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **1 Titre de transport par Evènement.**
- **OU** l'accompagnement des petits-enfants à l'école, à la crèche ou chez la nourrice **dans la limite de 10 allers/retours à concurrence de 500 € TTC maximum pour l'ensemble des petits-enfants et dans un rayon de 25 Km maximum du Domicile du Bénéficiaire.**

Les prestations ci-dessus doivent être mise en œuvre dans un délai d'un mois suivant le décès.

i. Garde des ascendants

Si personne ne peut s'occuper des ascendants dépendants du Bénéficiaire, vivant habituellement au Domicile et restés seuls, **FILASSISTANCE** organise et prend **l'une** des prestations ci-dessous, choisie par le Bénéficiaire :

- la garde à Domicile **dans la limite de 10 heures réparties sur 2 jours maximum par Evènement.**
- **OU** le transfert des ascendants, chez un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, en mettant à leur disposition **1 Titre de transport par Evènement.**
- **OU** la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire jusqu'au Domicile, en mettant à sa disposition **1 Titre de transport par Evènement.**

Les prestations ci-dessus doivent être mise en œuvre dans un délai d'un mois suivant le décès.

j. Aide à la vente d'un bien immobilier

Si les biens immobiliers du Bénéficiaire décédé doivent être mis en vente, **FILASSISTANCE** organise la mise en relation de la famille du Bénéficiaire décédé avec des agences immobilières locales et des notaires.

Les éventuels frais engagés restent à la charge de la famille du Bénéficiaire.

k. Accompagnement social

FILASSISTANCE met les proches du Bénéficiaire décédé en relation avec le pôle social de **FILASSISTANCE** qui réalisera un bilan de situation du foyer et pourra ensuite les orienter et les assister dans les démarches auprès des organismes concernés.

FILASSISTANCE assure la mise à disposition aux proches du Bénéficiaire décédé, de « courriers types » nécessaires aux organismes et administrations et leur communique, le cas échéant, leurs coordonnées pour les informer du décès et prendre les mesures adéquates dans les domaines suivants :

- employeurs, Pôle emploi local ou Caisse de retraite selon la situation du défunt,
- établissements bancaires,
- compagnie d'électricité, compagnie des eaux, opérateurs de téléphonie, divers assureurs (automobile, vol MRH, etc...),

- mutuelles et Caisses de retraite principales et complémentaires,
- le Centre des Impôts,
- la Sécurité sociale.

I. Bilan de situation professionnelle et aide à la recherche d'emploi

FILASSISTANCE organise un bilan de situation professionnelle avec le Bénéficiaire **dans les 3 mois suivant le décès**.

FILASSISTANCE accompagne également le Bénéficiaire dans la rédaction de CV, de lettres de motivation, l'aide à la préparation des entretiens d'embauche et vérifie l'adéquation entre le cursus et le poste recherché.

9) ASSISTANCE AU QUOTIDIEN

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 9, il faut entendre par Bénéficiaire : L'Adhérent ou son Conjoint.

L'assistance au quotidien peut être sollicitée par tout Bénéficiaire qui, à la suite de la survenance d'un Evènement, a bénéficié d'une prestation d'assistance mentionnée aux articles IV.1 à IV.8 qui a pris fin et dont il souhaite la prolongation ou qui n'a pas pu bénéficier de la prestation car sa demande relevait d'un cas d'exclusion ou qui souhaite être mis en relation avec des prestataires qui pourront assurer la délivrance de services complémentaires aux prestations d'assistance garanties.

a. Mise en relation avec les prestataires du quotidien

Le Bénéficiaire peut demander la mise en œuvre, à ses frais exclusifs, des prestations d'assistance au quotidien énumérées ci-dessous.

FILASSISTANCE sélectionne parmi ses partenaires, plusieurs prestataires et les propose au Bénéficiaire qui effectue le choix final. **FILASSISTANCE** organise alors la mise en place de la prestation au nom et pour le compte du Bénéficiaire.

- Femme de ménage, aide-ménagère,
- Collecte et livraison à Domicile de linge repassé,
- Livraison de repas à Domicile,
- Préparation de repas à Domicile,
- Assistance informatique et internet : initiation et formation,
- Livraison de courses à Domicile,
- Petits travaux de jardinage y compris les travaux de débroussaillage,
- Petit bricolage,
- Cours à Domicile,
- Assistance administrative,

m. Accompagnement budgétaire et social

Le Bénéficiaire peut contacter **FILASSISTANCE** pour une prestation qui se déroule en trois étapes :

- une phase de prévention avec une prise d'informations suivie de conseils de la plateforme pluridisciplinaire de **FILASSISTANCE**,
- une phase d'analyse par un bilan ciblé et personnalisé de la situation de vie du Bénéficiaire,
- une phase de proposition avec la mise en place de solutions (accompagnement, maîtrise, protection) via un programme d'accompagnement personnalisé.

- Surveillance temporaire au Domicile, de la résidence principale et secondaire,
- Garde d'enfant à Domicile,
- Soutien scolaire ou cours à Domicile,
- Accompagnement des enfants dans leurs déplacements en dehors de leur Domicile,
- Assistance aux personnes âgées ou dépendantes ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur Domicile,
- Assistance aux personnes handicapées,
- Garde malade de personnes âgées, dépendantes ou handicapées,
- Aide à la mobilité et transports de personnes âgées, dépendantes ou handicapées ayant des difficultés de déplacement,
- Conduite du véhicule personnel des personnes dépendantes, du Domicile au travail, sur les lieux de vacances, pour les démarches administratives,
- Accompagnement des personnes âgées ou handicapées dans leurs déplacements en dehors de leur Domicile,
- Soins et promenades des Animaux de compagnie, pour les personnes dépendantes,
- Soins d'esthétique à domicile pour les personnes dépendantes.

10) ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE DÉPENDANCE D'UN PROCHE PARENT : « L'AIDE AUX AIDANTS »

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 10, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : L'Aidant,
- par Evènement : La Dépendance d'un Proche parent survenue postérieurement à l'adhésion.

a. Informations sur la Dépendance

FILASSISTANCE répond aux interrogations du Bénéficiaire en matière de dépendance (droits, démarches à effectuer) et le met en contact le cas échéant avec les organismes concernés.

b. Bilan prévention autonomie

À la demande du Bénéficiaire, l'Equipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** réalise un « bilan prévention autonomie » du Bénéficiaire en état de Dépendance.

Le bilan prévention autonomie de **FILASSISTANCE** aborde les difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours (notamment l'isolement social, l'entretien du Domicile, les déplacements, la préparation des repas, la toilette, l'habillage) dans le but de favoriser le maintien à Domicile du Bénéficiaire en état de Dépendance et de préserver sa qualité de vie.

L'équipe de **FILASSISTANCE** délivre des recommandations pour accompagner le Bénéficiaire dans les démarches de maintien à Domicile.

En fonction des besoins recensés par l'Equipe médico-psycho-sociale, un spécialiste (ergothérapeute ou autre) réalise un diagnostic plus complet par téléphone sur l'aménagement de l'habitat et de l'environnement du Bénéficiaire en état de dépendance. Ce spécialiste proposera ainsi des solutions de prévention (pour éviter les Hospitalisations ou les rechutes, rééducation, réadaptation afin d'améliorer l'indépendance, etc.) en synergie avec l'équipe de **FILASSISTANCE** et des différents intervenants locaux tels que des spécialistes dans l'aménagement du Domicile, des fournisseurs de matériel spécialisé, adaptateurs de véhicules, etc.

Les éventuels frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire.

Le recours au médecin traitant sera systématiquement conseillé pour aborder l'approche médicale de la Dépendance (reconnaissance et prise en charge thérapeutique).

De plus, lors de ses entretiens téléphoniques, l'équipe de **FILASSISTANCE** aide le Bénéficiaire à constituer un dossier perte d'autonomie/Dépendance, à établir un état des dépenses et des revenus et l'informe sur les démarches à effectuer pour bénéficier d'aides financières, en tenant compte de sa nouvelle situation financière.

Selon la situation du Bénéficiaire, l'équipe de **FILASSISTANCE** le renseigne sur les financements possibles (organismes publics, mutuelles, etc.), l'oriente vers les organismes concernés et le cas échéant le met en relation avec les services sociaux locaux.

c. Bilan prévention mémoire

L'Equipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** réalise une évaluation médico-psycho-sociale du Bénéficiaire en état de Dépendance.

En cas de plainte mnésique objectivée, le Bénéficiaire en état de Dépendance est orienté vers une filière de prise en charge (évaluation spécialisée des fonctions cognitives, orientation vers les structures proposant une stimulation cognitive, écoute, information, accompagnement).

Les éventuels frais engagés sont à la charge de l'Aidant.

En cas de vieillissement normal des fonctions cognitives, **FILASSISTANCE** délivrera au Bénéficiaire en état de Dépendance un programme d'entraînement et d'accompagnement personnalisé.

d. Service soutien mémoire

En cas de vieillissement normal de sa mémoire, le Bénéficiaire peut bénéficier d'un programme d'entraînement de la mémoire et d'un accompagnement personnalisé. Ce programme, **d'une durée de 6 mois basée** sur la réalisation d'exercices spécifiques conçus et réalisés par **FILASSISTANCE** avec l'appui de partenaires reconnus, a plusieurs objectifs :

- **s'approprier le « pourquoi dois-je entretenir ma mémoire et comment le faire ? »**,

- **stimuler ses fonctions intellectuelles** et lui permettre d'acquérir des stratégies de mémorisation afin de les utiliser dans la vie quotidienne,
- **repenser son hygiène de vie**, vis à vis des différents facteurs de risque de survenue d'une maladie neurodégénérative.

La prestation soutien de la mémoire s'inscrit dans une démarche déontologique, en respectant les choix des personnes et sans se substituer aux professionnels de santé.

e. Bilan prévention et accompagnement de l'incontinence

L'Equipe médico-psycho-sociale de **FILASSISTANCE** est à la disposition du Bénéficiaire pour l'écouter, l'informer sur ce qu'est l'incontinence, ses principales formes, les traitements possibles ainsi que sur les prises en charges publiques.

Elle délivre également des recommandations (éventuellement sous forme de fiches pratiques sur des sujets tels que l'incontinence urinaire, les symptômes, l'échographie vésicale...) pour accompagner le Bénéficiaire dans ses démarches.

Si cela est nécessaire, l'Equipe médico-psycho-sociale orientera le Bénéficiaire vers son médecin traitant afin que soit réalisé un examen complet par des professionnels compétents.

FILASSISTANCE lui indiquera également les coordonnées de médecins spécialistes, de professionnels de santé (kinésithérapeutes, stomathérapeutes...), d'établissements hospitaliers ou associations les plus proches de son Domicile.

f. Bilan 360°

Le bilan 360° permet d'analyser la situation de « couple » Aidant/Aidé et de proposer les solutions adéquates. **FILASSISTANCE** s'engage à réaliser un bilan global de la situation pour l'Aidant et son Aidé en tenant compte du contexte et des conditions de vie, de l'entourage, des ressources financières, etc.

En fonction de la situation, **FILASSISTANCE**, informe l'Aidant dans les thématiques suivantes liées à la Dépendance :

- Écoute.
- Habitat.
- Informations / formations.

- Prévention santé.
- Organisation de la vie au Domicile / coordination.
- Répit.
- Juridique.
- Financier.

g. Bilan de l'habitat

Afin de déterminer au mieux les impératifs d'adaptation du Domicile aux besoins du Proche parent aidé, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute chargé d'élaborer et proposer une solution de maintien du Proche parent aidé à son Domicile. A cette fin, l'ergothérapeute :

- Réalise un diagnostic technique du caractère fonctionnel du logement : évaluation de l'accessibilité du logement (étages, escaliers, couloirs, etc.) et de son adaptabilité éventuelle (possibilités d'aménagement des pièces et du mobilier, etc.) au regard de la situation personnelle du Proche parent aidé ;
- Soumet le Proche parent aidé à des tests d'évaluation de sa mobilité au sein de son logement. Cette aptitude à se déplacer, seul et en toute sécurité, est déterminée en tenant compte des équipements adaptés dont dispose le Proche parent aidé lors de la réalisation du bilan (cannes, béquilles, déambulateur, fauteuil roulant, prothèses). Au besoin, l'ergothérapeute s'entretient, pour avis, avec le médecin traitant du Proche parent aidé de la situation de ce dernier et de son évolution probable ;

A l'issue de ces opérations, l'ergothérapeute adresse au Proche parent aidé, son Conjoint ou son représentant un avis sur la possibilité de maintien au Domicile comportant les renseignements suivants :

- Une solution chiffrée d'aménagements immobiliers et/ou d'agencement mobilier accompagnée des coordonnées des professionnels susceptibles de les réaliser ;
- L'indication chiffrée des matériels susceptibles de faciliter les déplacements intérieurs et les coordonnées de professionnels commercialisant ce type de matériels ;
- Les possibilités d'aides au financement des travaux d'adaptation de *son Domicile* et la mention des interlocuteurs appropriés (A.N.A.H par exemple) dans ces démarches.

FILASSISTANCE prend en charge la visite de l'ergothérapeute dans la limite de 460 € TTC.

Les prestations qui en découleraient sont à la charge du Proche parent aidé.

Cette garantie peut être mise en œuvre qu'une seule fois lors de la survenance de la Dépendance du Proche parent.

h. Accompagnement dans les démarches administratives

FILASSISTANCE conseille l'Aidant sur les organismes à contacter, les financements possibles (ex : organismes publics, mutuelles, caisse de retraite) et met en relation le cas échéant avec les services sociaux locaux.

Sur demande, **FILASSISTANCE** accompagne l'Aidant dans la constitution de dossiers administratifs pour obtenir une prise en charge publique ou privée, en lui communiquant par téléphone, courrier ou e-mail, la liste des pièces à fournir et des courriers types.

i. Formation de l'Aidant

FILASSISTANCE organise et prend en charge de la venue d'une infirmière au Domicile de la personne en état de Dépendance pour accompagner l'Aidant qui pourra ainsi acquérir de bons gestes, des bonnes pratiques (nutrition hygiène), des informations sur son rôle dans le réseau de soins, ses limites et les aspects psychologiques, ...

Cette garantie peut être mise en œuvre qu'une seule fois lors de la survenance de la Dépendance du Proche parent.

j. Aide à la constitution de dossier Dépendance de l'Aidé

FILASSISTANCE aide le Bénéficiaire dans la constitution du dossier lié à la Dépendance de l'Aidé (pièces, bilans nécessaires pour obtenir une prise en charge publique ou privée...).

k. Recherche d'établissements spécialisés

FILASSISTANCE recherche et indique au Bénéficiaire les établissements spécialisés qui peuvent recevoir le Bénéficiaire en état de Dépendance de façon permanente.

Si le Bénéficiaire le souhaite, **FILASSISTANCE** réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du Domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.**

Le coût du lit est à la charge du Bénéficiaire ou de son Proche parent aidé.

l. Recherche d'établissements temporaires

FILASSISTANCE recherche et indique au Bénéficiaire les établissements spécialisés qui peuvent recevoir le Bénéficiaire en état de Dépendance de façon temporaire.

Si le Bénéficiaire le souhaite, **FILASSISTANCE** réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du Domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.**

Le coût du lit est à la charge du Bénéficiaire ou de son Proche parent aidé.

m. Aide au déménagement

FILASSISTANCE organise le déménagement du Proche parent aidé si son changement de domicile est indispensable, ou s'il doit être hébergé dans un établissement spécialisé.

Les frais engagés restent à la charge du Bénéficiaire.

n. Accompagnement psychologique

FILASSISTANCE met en relation le Bénéficiaire avec son Equipe médico-sociale pour lui assurer une écoute adaptée et/ou une orientation vers les professionnels assurant la prise en charge psychologique.

o. Services à la carte

FILASSISTANCE aide le Bénéficiaire dans la recherche des prestataires et se charge de la mise en relation si nécessaire, **sous réserve des disponibilités locales :**

- Livraison de repas, de courses, de médicaments.
- Télé sécurité, garde du Domicile (vigile).
- Garde des petits-enfants, des animaux de compagnie.
- Aide-ménagère, accompagnateur dans les déplacements.
- Auxiliaire de vie, professionnels paramédicaux.
- Coiffeur, pédicure, esthéticienne, dame de compagnie, service "blanchisserie".
- Et tout autre service de proximité répondant à un besoin lié à l'organisation de la vie quotidienne (taxis, gares, aéroports, loueurs de véhicules, gendarmeries, entreprises de dépannage, ...).
- Petit jardinage.
- Soins à Domicile
- Téléassistance.

FILASSISTANCE indique au Bénéficiaire quels sont les services à la carte qui peuvent être financés par les Chèques Emploi Service Universel (ou CESU). Dans ce dernier cas, ils peuvent ouvrir droit à des réductions d'impôt dès lors qu'ils sont délivrés par des prestataires agréés (et dans les conditions de la réglementation en vigueur).

Les frais engagés sont à la charge du Bénéficiaire.

p. Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement

Sur simple demande du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** aide le Bénéficiaire dans la recherche de prestataires et de l'établissement des devis en vue de l'adaptation éventuelle du logement et se charge de la mise en relation si nécessaire, **sous réserve des disponibilités locales.**

FILASSISTANCE communique également au Bénéficiaire des renseignements sur les fournisseurs de matériel spécialisé.

Le coût des devis et des travaux engagés est à la charge du Bénéficiaire qui le règlera directement au prestataire retenu.

Le choix final du prestataire est à la discrétion du Bénéficiaire.

En aucun cas, FILASSISTANCE ne pourra être tenue responsable d'une exécution défectueuse de ce prestataire.

q. Enveloppe de services pour le répit de l'Aidant

Afin d'accompagner le Bénéficiaire à organiser un temps de répit dans l'année, **FILASSISTANCE** met à disposition une enveloppe de **500 € TTC maximum par année civile**, pour un Aidant qui a la charge de son Proche parent aidé, lui permettant d'accéder à la mise en œuvre des prestations suivantes :

- Recherche et prise en charge d'une place en établissement temporaire :

11) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT ENTRAINANT UNE HOSPITALISATION SUPERIEURE A 10 JOURS DE L'AIDANT

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 11, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : Le Proche parent aidé,
- par Evènement : La Maladie ou l'Accident entraînant une Hospitalisation supérieure à 10 jours de l'Aidant.

a. Garde du Proche parent aidé au Domicile

FILASSISTANCE recherche et indique au Bénéficiaire les établissements spécialisés qui peuvent recevoir le Proche parent aidé de façon temporaire.

Si le Bénéficiaire le souhaite, **FILASSISTANCE** réserve un lit en établissement spécialisé le plus proche du Domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, **sous réserve de l'accord du centre d'admission et de la disponibilité des places.**

• **Accompagnement du Proche parent aidé :**

Durant le répit de l'Aidant, **FILASSISTANCE** recherche et organise (**sous réserve des disponibilités locales**) auprès du Proche parent aidé des prestations pour :

- Assurer la livraison de repas, de courses, de médicaments,
- Trouver une aide-ménagère, un accompagnateur pour les déplacements,
- Trouver une auxiliaire de vie, des professionnels paramédicaux,
- Trouver une garde de jour ou de nuit,
- Trouver une personne de compagnie.

• **Venue d'un visiteur au Domicile du Proche parent aidé :**

FILASSISTANCE organise auprès du Proche parent aidé la visite quotidienne d'une personne mandatée par **FILASSISTANCE**.

Un programme de visites est établi. **Elles ont lieu entre le lundi et le samedi (hors jours fériés).**

Lors de chaque passage, le visiteur s'assure de la présence du Proche parent aidé et de sa réponse. En cas de problème ou non-réponse, il donne l'alerte à **FILASSISTANCE** (qui alerte la personne désignée par le Bénéficiaire) et/ou aux secours.

• **Garde des Animaux de compagnie :**

FILASSISTANCE organise et prend en charge la garde des Animaux de compagnie au Domicile ou dans une pension pour animaux.

FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous :

- la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, **en mettant à sa disposition 1 Titre de transport par Evènement**. **FILASSISTANCE** prend également en charge les frais d'hôtel à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit dans la

limite de 200 € TTC par Evènement. Les frais de nourriture et annexes sont exclus.

- OU** la venue d'une garde malade à Domicile. Cette prestation est mise en œuvre **dans la limite de 10 heures par Evènement réparties pendant la période d'hospitalisation et les 15 jours suivant le retour au domicile de l'Aidant.**

12) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT ENTRAINANT UNE HOSPITALISATION IMPREVUE SUPERIEURE A 24 HEURES DU PROCHE PARENT AIDE

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 12, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : L'Aidant,
- par Evènement : La Maladie ou l'Accident entraînant une Hospitalisation imprévue supérieure du Proche parent aidé.

a. Retour anticipé

FILASSISTANCE organise et prend en charge le retour du Bénéficiaire jusqu'à son Domicile et éventuellement le retour sur son lieu de séjour.

Cette garantie est limitée à 1 Titre de transport par année civile.

13) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE DECES DE L'AIDANT

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 13, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : Le Proche parent,
- par Evènement : Le décès de l'Aidant.

a. Accompagnement médico-social

Suite au décès de l'Aidant et si un dispositif d'accompagnement avait été mis en place en accord avec **FILASSISTANCE**, notre Equipe médico-sociale peut, à la demande de la famille, se mettre en relation avec l'assistante sociale de secteur afin de l'informer de l'organisation mise en place par l'Aidant et **FILASSISTANCE**.

- la venue d'un proche habitant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, **en mettant à sa disposition 1 Titre de transport par Evènement**. **FILASSISTANCE** prend également en charge les frais d'hôtel à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit dans la limite de 300 € TTC par Evènement. **Les frais de nourriture et annexes sont exclus.**
- OU** la venue d'une garde malade à Domicile. Cette prestation est mise en œuvre **dans la limite de 15 heures par Evènement réparties sur les 5 jours consécutifs suivant le décès de l'Aidant.**

b. Garde du Proche parent aidé au Domicile

FILASSISTANCE organise et prend en charge l'une des prestations ci-dessous :

14) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE D'UN BENEFICIAIRE SURVENANT LORS D'UN DEPLACEMENT A TITRE PRIVE OU PROFESSIONNEL (de moins de 60 jours consécutifs s'il s'agit d'un déplacement à l'Etranger)

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 14, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Evènement : La Maladie, l'Accident.

a. Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire malade ou blessé

La décision de rapatriement est prise exclusivement par le médecin de **FILASSISTANCE** après échange avec le médecin sur place.

Seuls les frais engagés à compter de la décision de rapatriement sont pris en charge et après accord de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence.

Seuls, la situation médicale du Bénéficiaire ainsi que 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 (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou autre ...) et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

Le rapatriement du Bénéficiaire se fait vers son Domicile ou dans un hôpital proche de son Domicile.

Dans le cas où des soins médicaux ou examens spécifiques ne peuvent pas être réalisés sur place et qu'un établissement de soins proche est susceptible d'assurer ces soins, **FILASSISTANCE** achemine le Bénéficiaire vers cet établissement avant son retour au Domicile ou dans un hôpital proche de son Domicile.

Le rapatriement est mis en œuvre uniquement dans le cas où le problème médical subi par le Bénéficiaire l'empêche de rentrer par les moyens initialement prévus.

Les choix concernant les modalités de cette assistance médicale relèvent en tout état de cause de l'appréciation souveraine des médecins de **FILASSISTANCE**.

L'hébergement n'est pas pris en charge dans le cadre de cette garantie.

Le médecin de **FILASSISTANCE** pourra éventuellement consulter le médecin traitant habituel du Bénéficiaire.

Si le Bénéficiaire est blessé suite à un Accident survenu sur une piste de ski balisée ouverte aux skieurs au moment des faits, **FILASSISTANCE** prend en charge les frais de secours du lieu de l'Accident jusqu'au centre de soins le plus proche, à concurrence de 153 € TTC maximum par Evènement.

Sont exclus de la garantie : Les frais de recherche.

b. Immobilisation à l'hôtel

Si le Bénéficiaire ne peut entreprendre son retour à la date initialement prévue pour des raisons médicalement justifiées et si son état ne nécessite pas une Hospitalisation sur place, **FILASSISTANCE** prend en charge, s'il y a lieu, ses frais de prolongation de séjour à l'hôtel.

Cette garantie est mise en œuvre **dans la limite de 7 nuits par Evènement (petits-déjeuners inclus) et à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit.**

c. Accompagnement du Bénéficiaire lors de son rapatriement

Pour permettre d'accompagner le Bénéficiaire rapatrié ou transporté et si le Bénéficiaire voyageait seul, **FILASSISTANCE** met à la disposition d'un accompagnant voyageant avec le Bénéficiaire, **un Titre de transport par Evènement (billet aller uniquement).**

d. Rapatriement des membres de la famille du Bénéficiaire rapatrié ou transporté

Dans le cas où le rapatriement ou le transport du Bénéficiaire aurait été décidé, FILASSISTANCE organise le retour au Domicile du conjoint et des descendants directs au premier degré du Bénéficiaire qui l'accompagnai(en)t.

FILASSISTANCE prend en charge le coût d'un Titre de transport par Evènement (billet retour uniquement) et par membre de la famille concerné, lorsque les moyens prévus initialement ne peuvent pas être utilisés.

e. Présence d'un Proche parent au chevet du Bénéficiaire

Lorsque le Bénéficiaire blessé, non transportable, doit rester hospitalisé sur place pendant **plus de 10 jours** et qu'il est isolé de tout membre de sa famille, **FILASSISTANCE** met à la disposition d'un Proche parent, **un Titre de transport, pour qu'il se rende à son chevet.**

FILASSISTANCE organise et prend en charge également l'hébergement du Proche parent **dans la limite de 10 nuits par Evènement (frais de restauration et annexes exclus), à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit et de 700 € TTC maximum par Evènement.**

f. Accompagnement des enfants âgés de moins de 15 ans ou handicapés mineurs

Si le Bénéficiaire voyageait accompagné d'enfants **âgés de moins de 15 ans ou handicapés mineurs**, dont il n'est plus en mesure de s'occuper, **FILASSISTANCE** met à la disposition d'un

proche résidant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire, **un Titre de transport par Evènement**, pour qu'il se rende auprès des enfants.

En outre, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge le retour au Domicile de ses enfants et de la personne accompagnante, en mettant à leur disposition **un Titre de transport par Evènement**.

g. Rapatriement des Animaux de compagnie (A l'Etranger uniquement)

Dans le cas où le rapatriement ou le transport du Bénéficiaire aurait été décidé, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge l'hébergement ou le rapatriement de l'Animal de compagnie voyageant avec lui, dans la limite de **320 € TTC par Evènement** pour l'ensemble des Animaux de compagnie.

Cette garantie est mise en œuvre lorsque le Bénéficiaire voyageait seul, accompagné de son Animal de compagnie.

En cas de blessure, ils seront confiés au service vétérinaire le plus proche, puis ramenés au Domicile du Bénéficiaire par les moyens les plus appropriés.

Les chiens de catégorie 2 doivent être accompagnés pendant la durée de leur transport, d'une personne les connaissant et capable de les maîtriser. **FILASSISTANCE** met à disposition **un Titre de transport** à cet effet.

L'organisation des prestations d'assistance aux Animaux de compagnie sera mise en œuvre par **FILASSISTANCE**, sous réserve que l'animal ne présente pas un comportement anormal ou agressif et à condition qu'il ait les vaccinations obligatoires.

h. Impossibilité de conduire

En cas de rapatriement médical et si le véhicule est en état de fonctionnement conforme aux normes de sécurité d'usage, **FILASSISTANCE** met à la disposition d'un proche désigné par le Bénéficiaire et habitant dans sa Zone de résidence, **un Titre de transport par Evènement (aller simple)** pour lui permettre d'aller sur le lieu d'immobilisation du véhicule et de le ramener jusqu'au Domicile du Bénéficiaire.

i. Avance et remboursement complémentaire des frais médicaux engagés à l'Etranger

Attention : pour les sinistres survenus dans un état de l'Union Européenne, en Islande, au Liechtenstein, en Norvège et en Suisse, la mise en œuvre de cette garantie est subordonnée à la détention par le Bénéficiaire de la Carte Européenne d'Assurance Maladie (ce document est délivré, sur demande de l'assuré social, par la Caisse primaire d'assurance maladie). Il appartient donc au Bénéficiaire de procéder, avant son départ en voyage, à l'ensemble des démarches nécessaires en vue d'obtenir cette carte.

FILASSISTANCE, en complément des prestations dues par les organismes sociaux français, la mutuelle ou tout autre organisme de prévoyance individuelle ou collective dont bénéficie le Bénéficiaire, rembourse, **déduction faite d'une Franchise de 16 € TTC**, les frais médicaux et d'Hospitalisation engagés sur place **dans la limite de 8 000 € TTC par Bénéficiaire**, sous réserve que celui-ci ait la qualité d'assuré auprès d'un organisme d'assurance maladie.

A la demande du Bénéficiaire, **FILASSISTANCE** procède à l'avance des frais médicaux et d'Hospitalisation **dans la limite de 8 000 € par Evènement**, et dans les dispositions de l'article « Conditions d'avance de frais ».

Par dérogation aux alinéas précédents, les soins dentaires seront remboursés et avancés dans la limite de **153 € TTC** sous déduction d'une franchise de **16 € TTC** par dossier appliquée sur le montant du remboursement demandé par le Bénéficiaire.

Les soins faisant l'objet de cette prise en charge devront avoir été prescrits en accord avec les médecins de **FILASSISTANCE** et seront limités à la période pendant laquelle ils jugeront le Bénéficiaire intransportable.

La garantie cesse automatiquement à la date où **FILASSISTANCE** procède au rapatriement du Bénéficiaire.

Dans le cadre de l'avance des frais médicaux et d'Hospitalisation, le Bénéficiaire s'engage à effectuer, **dès son retour en France, toute démarche nécessaire au recouvrement de ces frais auprès des organismes sociaux, et à transmettre à FILASSISTANCE les décomptes originaux justifiant les remboursements obtenus de ces organismes. Le Bénéficiaire joint à ces décomptes un chèque d'un montant correspondant aux remboursements reçus et libellé à l'ordre de FILASSISTANCE.**

Pour le remboursement en complément des prestations dues par les organismes sociaux des frais médicaux et d'Hospitalisation engagés par le Bénéficiaire, ce dernier **doit adresser sous pli confidentiel** à l'attention du Directeur Médical de **FILASSISTANCE**, les décomptes originaux justifiant

les remboursements obtenus de ces organismes ainsi que le certificat médical initial précisant la nature de l'Accident ou de la Maladie et tout autre certificat demandé par **FILASSISTANCE**. A défaut, **FILASSISTANCE** ne pourra pas procéder au remboursement.

Seuls les frais médicaux engagés à l'Etranger sont couverts par cette garantie.

j. Envoi des médicaments introuvables hors de l'Union européenne

FILASSISTANCE recherche et expédie, au Bénéficiaire en déplacement les médicaments nécessaires prescrits médicalement et introuvables sur place, **sous réserve de conditions d'intervention possibles**.

Le coût des médicaments est à la charge du Bénéficiaire.

Les médicaments et produits suivants sont exclus : contraceptifs, produits à usage diététique, produits de confort, produits cosmétologiques.

k. Transmission des messages

En cas de besoin, **FILASSISTANCE** se charge de transmettre les messages urgents du Bénéficiaire à leurs proches.

D'une manière générale la retransmission des messages est subordonnée à :

- Une justification de la demande,
- Une expression claire et explicite du message à retransmettre,
- Une indication précise des noms, prénoms, adresse complète et éventuellement, numéro de téléphone de la personne à contacter.

Cette transmission sera effectuée sous la responsabilité du Bénéficiaire.

15) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE SURVENANT LORS D'UN DEPLACEMENT A TITRE PRIVE OU PROFESSIONNEL (de moins de 60 jours consécutifs s'il s'agit d'un déplacement à l'Etranger)

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 15, il faut entendre :

- par Bénéficiaire : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Evènement : le décès.

a. Rapatriement de corps

FILASSISTANCE organise et prend en charge le transport du corps du lieu de décès jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation choisi en France, situé dans la Zone de résidence du Bénéficiaire.

FILASSISTANCE prend également en charge :

- les frais annexes rendus nécessaires par la législation en vigueur (soins de préparation, aménagements spécifiques au transport du corps, etc.),
- le coût d'un cercueil le plus simple ou d'une urne pour le transport des cendres à concurrence de **763 € TTC**.

Si la crémation a lieu sur le lieu de décès, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge le rapatriement de l'urne funéraire.

Les autres frais, notamment les frais de cérémonie, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge des proches du défunt.

Le choix des Sociétés intervenant dans le traitement du rapatriement (pompes funèbres, transporteurs, etc.) est du ressort de **FILASSISTANCE**. Toutefois, en fonction de la volonté exprimée du défunt ou de son entourage, **FILASSISTANCE** peut accepter, à titre exceptionnel, de modifier l'un des éléments de la prestation garantie ou ses modalités de mise en œuvre.

Dans ce cas, la prise en charge financière ne pourra pas dépasser le montant qui aurait été engagé si la prestation avait été intégralement organisée par FILASSISTANCE.

Dans le cas où des raisons administratives imposent une inhumation provisoire ou définitive sur place, **FILASSISTANCE** met à la disposition d'un membre de la famille du Bénéficiaire décédé, un **Titre de transport pour assister aux obsèques du Bénéficiaire**.

Dans ce cas **FILASSISTANCE** rembourse sur justificatifs originaux son hébergement sur place **dans la limite de 10 nuits par Evènement, à concurrence de 100 € TTC maximum par nuit et de 700 € TTC maximum par Evènement.**

b. Rapatriement des membres de la famille du Bénéficiaire décédé

Dans le cas où le transport du corps du Bénéficiaire aurait été décidé, **FILASSISTANCE** organise le retour au Domicile du conjoint et des descendants directs au premier degré du Bénéficiaire qui l'accompagnai(en)t.

FILASSISTANCE prend en charge le coût d'un Titre de transport par Evènement (billet retour uniquement) et par membre de la famille concerné, lorsque les moyens prévus initialement ne peuvent pas être utilisés.

c. Accompagnement des enfants âgés de moins de 15 ans ou handicapés mineurs

Si le Bénéficiaire voyageait accompagné d'enfants âgés de moins de 15 ans ou handicapés mineurs, et dont personne ne peut s'occuper, **FILASSISTANCE** met à la disposition d'un proche résidant dans la Zone de résidence du Bénéficiaire,

un Titre de transport par Evènement, pour qu'il se rende auprès des enfants.

En outre, **FILASSISTANCE** organise et prend en charge le retour au Domicile de ses enfants et de la personne accompagnante, en mettant à leur disposition un Titre de transport par Evènement.

d. Impossibilité de conduire

En cas de rapatriement de corps et si le véhicule est en état de fonctionnement conforme aux normes de sécurité d'usage, **FILASSISTANCE** met à la disposition d'un proche désigné par le Bénéficiaire et habitant dans sa Zone de résidence, un Titre de transport par Evènement pour lui permettre d'aller sur le lieu d'immobilisation du véhicule et de le ramener jusqu'au Domicile du Bénéficiaire.

16) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE DECES D'UN PROCHE PARENT DU BENEFICIAIRE SURVENANT LORSQUE CE DERNIER EST EN DEPLACEMENT A TITRE PRIVE OU PROFESSIONNEL (de moins de 60 jours consécutifs s'il s'agit d'un déplacement à l'Etranger)

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 16, il faut entendre :

- Par Bénéficiaire : L'Adhérent ou son Conjoint en déplacement,
- par Evènement : le décès du Proche parent.

a. Retour en cas de décès d'un proche

Si le Bénéficiaire doit interrompre son déplacement afin d'assister aux obsèques d'un Proche parent **FILASSISTANCE** met à sa disposition et prend en charge un Titre de transport par Evènement (billet aller uniquement) du lieu de séjour à celui de l'inhumation en France.

Dans le cas où ce retour prématuré rendrait impossible le retour des personnes voyageant avec lui, par les moyens initialement prévus, **FILASSISTANCE** met à la disposition du Bénéficiaire et prend en charge un Titre de transport par Evènement (billet retour uniquement), afin de permettre son retour jusqu'au lieu où il séjournait avant son retour prématuré.

17) PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'ACCIDENT D'UN PROCHE PARENT DU BENEFICIAIRE SURVENANT LORSQUE CE DERNIER EST EN DEPLACEMENT A TITRE PRIVE OU PROFESSIONNEL (de moins de 60 jours consécutifs s'il s'agit d'un déplacement à l'Etranger)

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 17, il faut entendre :

- Par Bénéficiaire : L'Adhérent ou son Conjoint en déplacement,
- par Evènement : l'Accident du Proche parent.

a. Retour en cas d'Accident d'un Proche parent

En cas d'accident affectant un proche du Bénéficiaire dont la gravité (c'est-à-dire de nature à mettre en jeu le pronostic vital du proche) à mettre en danger la vie est confirmée par le médecin de **FILASSISTANCE**, **FILASSISTANCE** met à la disposition

du Bénéficiaire **un Titre de transport (billet aller uniquement)** pour se rendre au Domicile du proche.

retour uniquement), afin de permettre son retour jusqu'au lieu où il séjournait avant son retour prématuré.

Dans le cas où ce retour prématuré rendrait impossible le retour des autres personnes voyageant avec lui, par les moyens initialement prévus, **FILASSISTANCE** met à la disposition du Bénéficiaire **un Titre de transport (billet**

18) PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE POURSUITES JUDICIAIRES CONSECUTIVES A UNE VIOLATION NON INTENTIONNELLE PAR LE BENEFICIAIRE DE LA LEGISLATION DU PAYS ETRANGER SURVENANT LORS D'UN DEPLACEMENT A TITRE PRIVE OU PROFESSIONNEL (de moins de 60 jours consécutifs)

Dans le cadre des garanties de cet article IV. 18, il faut entendre :

- Par Bénéficiaire : L'Adhérent ou son Conjoint,
- par Evènement : les poursuites judiciaires.

a. Honoraires d'avocat à l'Etranger

En cas de poursuites judiciaires consécutives à une violation non intentionnelle par le Bénéficiaire de la législation du pays Etranger, **FILASSISTANCE** désigne un avocat pour le compte du Bénéficiaire et lui règle directement ses honoraires **dans la limite de 763 € TTC par Evènement.**

b. Caution pénale

En cas de poursuites judiciaires consécutives à une violation non intentionnelle par le Bénéficiaire de la législation du pays Etranger, **FILASSISTANCE** accorde au Bénéficiaire, s'il le demande, l'avance de la caution pénale exigée par les autorités locales pour éviter ou faire cesser l'incarcération, **dans la limite de 7 623 € TTC par Evènement.**

Cette avance est accordée et remboursée dans les modalités de l'article « Conditions d'avance de frais ».

Si la caution lui est restituée par les autorités locales avant l'expiration du délai de l'article « Conditions d'avance de frais », le Bénéficiaire rembourse immédiatement l'avance reçue.

Si le Bénéficiaire est cité devant un Tribunal et ne se présente pas ou ne se fait pas représenter, le remboursement de l'avance devient immédiatement exigible, car il est impossible d'obtenir la restitution de la caution si le prévenu fait défaut.

V. PROTECTION JURIDIQUE

Cette garantie, conforme à la loi n° 89-1014 du 31 décembre 1989, au décret n° 90-697 du 1^{er} août 1990 et à la loi n° 2007-210 du 19 février 2007 est régie par le Code des assurances. La gestion des prestations de protection juridique, telles que définies ci-après, est confiée au **GIE CIVIS**, 90 avenue de Flandre, 75019 Paris, immatriculé au RCS de PARIS, sous le n° 323 267 740.

Dans le cadre des garanties de protection juridique, il faut entendre par Bénéficiaire : L'Adhérent ou son Conjoint.

Le cas échéant, ses droits sont exercés par son représentant légal.

Lorsque le Bénéficiaire est hors d'état de manifester sa volonté, privé de discernement, en cas de trouble de la conscience notamment, ses droits peuvent être exercés par ses ayants droits, son conjoint, son concubin ou son partenaire d'un pacte civil de solidarité, voire par la personne de confiance valablement désignée par le Bénéficiaire dans les conditions de l'article L. 1111-6 du Code de la santé publique.

Hors l'hypothèse de la demande adressée directement par le Bénéficiaire, la mise en œuvre de la clause est expressément motivée par l'intérêt du Bénéficiaire ; à défaut FILASSISTANCE pourra refuser sa garantie.

DEFINITIONS SPECIFIQUES AUX GARANTIES DE PROTECTION JURIDIQUE

Acte médical : Consultation, traitement, intervention chirurgicale, soin y compris prestation de nature hôtelière, délivrance de prescription ou vente de médicaments, dispensé(e) ou effectué(e) :

- par un professionnel de santé libéral ou salarié, dont le diplôme est régulièrement enregistré auprès de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, ou exerçant son activité dans le cadre du service de santé des armées françaises: médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier, infirmier de secteur psychiatrique, masseur-kinésithérapeute, orthoptiste, orthophoniste, audioprothésiste, pédicure-podologue, opticien-lunetier, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, psychomotricien,
- par un établissement de santé (hôpital, clinique, centre de rééducation fonctionnelle, centre de cure, maison de retraite médicalisée, ...), et analyse médicale effectuée par un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Action de groupe : Action en justice, visée par la loi, menée devant une juridiction civile par une association représentative et agréée, pour le compte d'un groupe de personnes qui sont impliquées dans un Litige similaire et identique, en vue de l'indemnisation de leur préjudice.

Conflit d'intérêts : Lorsque FILASSISTANCE doit simultanément défendre les intérêts du Bénéficiaire et ceux d'un Tiers.

CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes (provoquées par un acte médical ou un médicament même en l'absence de faute du professionnel) et aux infections nosocomiales (contractées lors d'un séjour en établissement de santé ou en cabinet médical) ainsi que les autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes producteurs de produits de santé.

Déchéance : Perte du droit à la garantie.

Dépens : Frais de justice entraînés par le procès, ne comprenant pas les honoraires d'avocat.

Frais irrépétibles : Sommes exposées par une Partie dans une instance judiciaire, non comprises dans les Dépens et compensées par une indemnité au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile ou de l'article 475-1 du Code de Procédure Pénale ou de l'article L 761-1 du Code de justice administrative.

Infection nosocomiale : infection contractée lors d'un séjour dans un établissement de santé.

Litige (ou sinistre) : Situation conflictuelle causée par un événement préjudiciable opposant le Bénéficiaire à un (des) Tiers ayant pour conséquence directe et exclusive l'un des événements visés à l'article « **Litiges garantis** » ci-après et conduisant le Bénéficiaire à faire valoir un droit contesté.

Mode alternatif de règlement des différends (MARD) : Voie alternative de résolution amiable des Litiges regroupant la conciliation, la médiation et la procédure participative.

ONIAM : l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des affections iatrogènes (provoquées par un acte médical ou un médicament même en l'absence de faute du professionnel) et des infections nosocomiales (contractées lors d'un séjour en établissement de santé ou en cabinet médical) chargé de l'indemnisation au titre de la solidarité nationale.

LITIGES GARANTIS

Seuls sont garantis les Litiges dont la survenance est incertaine à la date d'adhésion du Bénéficiaire au Contrat.

FILASSISTANCE met à disposition du Bénéficiaire les moyens juridiques et financiers qui lui sont nécessaires pour le renseigner, l'assister et le défendre, afin de faire valoir ses droits et les faire exécuter, en cas de Litiges précisés ci-dessous au stade amiable uniquement.

L'objet de la garantie consiste en l'accompagnement dans un mode amiable de règlement des Litiges, y compris par tout mode de conciliation, **et à l'exclusion de tout contentieux judiciaire, administratif ou disciplinaire précédant, concomitant ou postérieur à saisine d'une CRCI.**

La garantie couvre le Bénéficiaire qui subit un Accident médical, une Affection iatrogène ou une Infection nosocomiale ayant entraîné un dommage grave au sens des articles L. 1142-1 et D. 1142-1 du code de la santé publique :

1. Soit un taux d'incapacité permanente partielle (IPP) supérieur à 24%.
2. Soit une durée d'incapacité temporaire de travail (ITT) supérieure à 6 mois consécutifs ou à 6 mois non consécutifs sur une période d'un an.

Produit de santé : Produit utilisé dans le cadre de l'activité de diagnostic, de prévention ou de soins (exemples : médicaments, prothèses, produits sanguins,...).

Professionnel de santé : médecin, chirurgien, sage-femme, dentiste, ostéopathe, chiropracteur, pharmacien et préparateur en pharmacie, auxiliaires médicaux, infirmier, masseur kinésithérapeute, électroradiologue ou diététicien.

Tiers : Personne physique ou morale non assurée par le présent contrat et qui est opposée au Bénéficiaire.

FILASSISTANCE, CIVIS, les partenaires qui interviennent lors de la mise en œuvre des garanties d'assistance de la présente notice et **ZENIOO** n'ont pas la qualité de tiers.

A titre exceptionnel, le dommage est également réputé grave lorsqu'il répond aux critères suivants :

1. Soit une inaptitude définitive à exercer son activité professionnelle ;
2. Soit des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence.

La garantie couvre également le Bénéficiaire qui souhaite saisir la commission afin de conciliation lorsque l'Accident médical, l'Affection iatrogène ou l'Infection nosocomiale a entraîné un dommage ne présentant pas les seuils de gravité susmentionnés.

-

GARANTIES DE PROTECTION JURIDIQUE

1) Informations juridiques

En complément de la garantie de Protection juridique, **FILASSISTANCE** met à disposition du Bénéficiaire son service d'information juridique en lien avec le Litige garanti.

Ses juristes répondent par téléphone aux questions d'ordre juridique à caractère documentaire que le Bénéficiaire se pose du **lundi au vendredi de 8h00 à 20h00 par téléphone et par Internet 24h/24 sur le site www.civis.fr**.

2) Service protection juridique

2.1. Gestion aimable du dossier

En cas de survenance d'un Litige garanti et dans les limites prévues à l'article « **Montants garantis** » ci-après, **FILASSISTANCE** et son gestionnaire interviennent aux côtés du Bénéficiaire afin de faire valoir ses droits et mettre en œuvre, avec son accord, toutes interventions ou démarches tendant à permettre une issue amiable.

Les prestations mises en œuvre au profit du Bénéficiaire prennent notamment la forme :

FILASSISTANCE et le gestionnaire s'engagent à traiter le dossier dans le respect des procédures relatives au secret professionnel.

3) Montants garantis

• GENERALITES

FILASSISTANCE réglera directement les honoraires et frais des mandataires, à concurrence des montants indiqués ci-après.

Les frais de consultation ou d'acte de procédure que le Bénéficiaire aura engagés sans accord préalable de **FILASSISTANCE** ne seront pas pris en charge, sauf si le Bénéficiaire peut justifier d'une urgence à les avoir demandés.

Dans tous les cas, il sera nécessaire d'obtenir l'accord préalable de **FILASSISTANCE** sur la prise en charge des frais et honoraires que le Bénéficiaire entendra engager afin de lui permettre au travers de la communication de toutes pièces utiles, d'en examiner le bien-fondé et l'opportunité. Il en sera de même pour l'acceptation d'une transaction.

- **Avis et conseil** sur les moyens juridiques les plus adaptés en vue d'une solution respectueuse de ses intérêts,
- **Assistance** (ou représentation) du Bénéficiaire dans ses démarches amiables : aide dans la constituer de son dossier, le rassemblement des éléments de preuve, la formulation de sa réclamation, la négociation avec son adversaire.

Concernant spécifiquement les Litiges relatifs à la santé du Bénéficiaire, il sera également en relation avec le médecin conseil, dont la démarche sera d'optimiser le règlement amiable de ce type de Litige, en relation avec le professionnel de santé concerné.

Si le Bénéficiaire est informé que le tiers est assisté d'un avocat ou si **FILASSISTANCE** en est lui-même informé, le Bénéficiaire devra également être assisté par un avocat.

Les modes alternatifs de règlement des différends sont couverts par la garantie.

Les procédures judiciaires ne sont pas couvertes.

À défaut d'un tel accord préalable, FILASSISTANCE ne prendra pas en charge ces frais et honoraires.

FILASSISTANCE ne prend jamais en charge :

- Les dépenses liées aux procédures judiciaires, seule les démarches amiables et les MARD sont couverts.
- Les frais et interventions rendus nécessaires ou aggravés du seul fait du Bénéficiaire.
- Les enquêtes pour identifier ou retrouver le(s) Tiers.
- Les frais engagés sans l'accord de **FILASSISTANCE**.

• PLAFONDS D'INDEMNISATION

L'ensemble de ces règlements ne pourra excéder un montant de :

- 500 € TTC maximum par Litige pour l'expertise préalable à la saisine de la CRCI,
- 4 000 € TTC maximum par Litige quant aux honoraires d'un avocat.

CLAUSES SPECIFIQUES AUX GARANTIES DE PROTECTION JURIDIQUE

1) Territorialité

Sauf stipulation expresse contraire, la garantie de protection juridique s'exerce dans le cadre de tout Litige visé à l'article « **Litiges garantis** » ci-avant et relevant de la compétence territoriale et matérielle des juridictions françaises.

2) Arbitrage en cas de désaccord

En cas de désaccord entre **FILASSISTANCE** et le Bénéficiaire au sujet des mesures à prendre pour régler le Litige, deux options s'offrent au Bénéficiaire :

- Soit, le Bénéficiaire désigne une tierce personne de son choix : nécessairement habilitée à donner des conseils juridiques, cette tierce personne aura pour mission de proposer les mesures à prendre pour régler le différend soumis à son appréciation. **FILASSISTANCE** s'engage à accepter la solution formulée par cette tierce personne pour régler le Litige. Les frais exposés dans le cadre du recours à la tierce personne sont à la charge de **FILASSISTANCE** dans la limite de 800 € TTC.
- Soit, le Bénéficiaire mène à ses frais les démarches et s'il obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par **FILASSISTANCE** ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, **FILASSISTANCE** l'indemnise des frais exposés, dans la limite du montant de la garantie.

Toutefois, le Président du Tribunal judiciaire, statuant lors d'une procédure accélérée au fond, peut en décider autrement lorsque le Bénéficiaire a mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

3) Paiement des indemnités

Les indemnités obtenues par le Bénéficiaire en réparation du préjudice objet du Litige lui sont directement versées (ou versées à son représentant légal le cas échéant).

S'agissant des sommes allouées au titre des frais et Dépens ainsi que des frais irrépétibles, elles seront affectées prioritairement aux frais que le Bénéficiaire aurait personnellement exposés. Au-delà de ces propres frais, **FILASSISTANCE** sera subrogé dans les droits du Bénéficiaire et actions pour la récupération de ces sommes à concurrence des sommes réglées par les soins de **FILASSISTANCE**, conformément à l'article L127-8 du Code des assurances.

4) Exclusions

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de **FILASSISTANCE**, les exclusions suivantes.

- lorsque l'événement préjudiciable à l'origine du Litige est connu par le Bénéficiaire avant la prise d'effet ou après la cessation des effets de la garantie,
- lorsque la demande du Bénéficiaire est juridiquement insoutenable, prescrite,

Sont exclus les Litiges qui découlent :

- de la guerre civile ou étrangère,
- d'une rixe ou d'injures dans laquelle (lesquelles) le Bénéficiaire a joué un rôle actif ou provocateur.

PROTECTION JURIDIQUE SANTE

Sont exclus les Litiges qui découlent :

- de l'accomplissement d'un acte médical par une personne non titulaire d'un diplôme régulièrement enregistré auprès de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, excepté s'il s'agit d'un professionnel exerçant son activité dans le cadre du service de santé des armées françaises,
- de l'application du contrat complémentaire santé.

VI. EXCLUSIONS

1) Exclusions communes à toutes les garanties et prestations

FILASSISTANCE ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

Exclusions générales

Sont exclues et n'entraînent aucune prestation, ni délivrance de garantie de la part de FILASSISTANCE :

- les conséquences des états résultant de l'usage abusif d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route) ou de l'absorption de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés, non prescrits médicalement ;
- les conséquences d'une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire ;
- les conséquences de la participation du Bénéficiaire à toute épreuve sportive à titre non amateur ;
- les conséquences du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- les conséquences d'explosions provoquées par des dispositifs détenus par le Bénéficiaire et/ou des effets nucléaires radioactifs ;
- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de grèves, de pirateries, d'interdictions officielles, de saisies, de terrorisme, d'attentats, d'enlèvements, de séquestrations, de prises d'otages ou contraintes par la force publique, tels que visés par la réglementation ;
- les conséquences d'événements climatiques tels que tempêtes, ouragans ou cataclysme naturel ;
- les conséquences des épidémies, des pandémies, de tout risque infectieux ou chimique ;
- les conséquences de la participation volontaire du Bénéficiaire à un acte de terrorisme, de sabotage, un crime ou un délit, une rixe, un pari ou un défi ;
- les conséquences de la tentative de suicide ou le suicide de l'Adhérent survenu au cours de la 1^{ère} année suivant l'adhésion ;
- les conséquences des séjours dans une zone formellement déconseillée par le ministère des affaires étrangères français (*la liste par pays peut être trouvée sur le site* : <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays-destination/>) ;
- les conséquences des séjours à l'étranger, de plus de 90 jours consécutifs.

Par ailleurs, ne donnent lieu à aucun remboursement de la part de Filassistance :

- tous frais téléphoniques engagés par l'Adhérent ou le Bénéficiaire ;
- tous frais générés par un surplus de poids des bagages ou par un transport de ces derniers effectués par un tiers que celui-ci ait été ou non sollicité par le Bénéficiaire, et plus généralement ;
- tous frais engagés par le Bénéficiaire sans l'accord préalable de Filassistance

Exclusions territoriales

Les garanties ne peuvent jamais trouver à s'appliquer, sauf dispositions dérogoires expresses:

- dans un pays en guerre que celle-ci soit internationale ou civile ;
- dans un pays sur le territoire duquel a lieu quelque émeute, soulèvement de population, manifestation ou plus généralement tout événement que ce soit dont l'ampleur rend manifestement la mise en œuvre de la prestation ou garantie impossible.

Toute délivrance de prestation ou de garantie prévue au Contrat devant être effectuée :

- dans un pays répertorié sur l'une des listes officielles mises à disposition par la Direction Générale du Trésor et librement consultables sur le site internet officiel de cette dernière accessible notamment, à titre informatif, à l'adresse suivante : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Res-sources/sanctions-financieres-internationales>,
- dans un pays répertorié sur l'une des listes officielles mises à disposition par le Groupe d'Action Financière (GAFI) et librement consultables sur le site internet officiel de ce dernier et accessible notamment, à titre informatif, à l'adresse suivante : <https://www.fatf-gafi.org/fr/pays/>, et plus généralement,
- dans un pays faisant l'objet d'une sanction internationale ou dans lequel la délivrance en tout ou partie de la garantie par l'assureur contreviendrait à la réglementation Européenne et Internationale applicables,

sera réalisée dans le cadre des dispositions et restrictions spécifiques prévues aux termes de l'une ou l'autre des listes précitées.

L'Adhérent reconnaît que la réglementation Européenne et Internationale définissant les interdictions et/ou restrictions d'activité commerciale, financière ou bien encore assurancielle dans certains pays ou zones géographiques de la planète, dont les listes officielles telles que notamment celles mises à disposition par la DGT et le GAFI découlent directement, sont susceptibles d'évoluer à tout moment et ainsi entraîner des modifications du périmètre et/ou de la portée des mesures de restriction et/ou d'interdiction prévues aux termes de ces dernières ou, le cas échéant, de toute autre liste officielle s'y ajoutant ou s'y substituant.

A ce titre, en cas de désaccord entre les parties sur l'interdiction faite à FILASSISTANCE de délivrer sa garantie, celles-ci devront se référer à la ou les liste(s) officielle(s) dans leur version en vigueur au regard de la réglementation applicable à la date de survenance du sinistre litigieux.

Dans le cadre de toute opération de virement à l'international ordonnée par FILASSISTANCE, il est entendu entre les parties que la responsabilité de FILASSISTANCE ne saurait être recherchée dans l'hypothèse où l'établissement bancaire émetteur auquel FILASSISTANCE s'est adressé refuserait de procéder à l'opération de virement au motif que celle-ci serait contraire à la réglementation Européenne ou Internationale applicable en général ou plus particulièrement incompatible avec l'une de ses politiques internes.

2) Exclusions spécifiques à la garantie « Avance et remboursement complémentaire des frais médicaux engagés à l'Etranger »

FILASSISTANCE ne peut intervenir pour les frais suivants, engagés à l'Etranger :

- les frais médicaux engagés pour un traitement prescrit en France avant le départ à l'étranger ou après le retour et nécessitant un contrôle médical régulier, sauf cas d'aggravation imprévisible ;
- les frais médicaux engagés en France, qu'ils soient ou non consécutifs à un Accident ou à une maladie survenus à l'étranger ;
- les frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux ou d'hospitalisation, consécutifs à des pathologies préexistantes et aux complications qui peuvent en découler ;
- les frais occasionnés par les états pathologiques faisant suite à une Interruption Volontaire de Grossesse ou une Procréation Médicalement Assistée ;

- les frais consécutifs à une maladie chronique, à des maladies ou des troubles mentaux y compris les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement ;
- les transports primaires d'urgence, les frais de recherche et de secours de personne en montagne, en mer, ou dans le désert ;
- les frais de rééducation, de kinésithérapie, de chiropraxie ;
- les voyages entrepris à des fins de diagnostic et/ou de traitement ;
- les vaccins et les frais y afférents ;
- les visites médicales de contrôle et les frais y afférents ;
- les soins hospitaliers relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie plastique non réparatrice consécutive à un Accident ou à une maladie de l'Adhérent survenu pendant la Période de couverture du Contrat ;
- les soins dentaires non urgents, leurs conséquences et frais en découlant ;
- les cures thermales, séjours, traitements ou services reçus dans des centres de thalassothérapie, de balnéothérapie, d'hydrothérapie ou de naturopathie ;
- les appareillages médicaux et les prothèses (dentaires, auditives et médicales) ;
- les frais d'optique (lunettes, verres de contact et lentilles).

3) Exclusions spécifiques aux rapatriements

Sauf dispositions contraires, sont exclus les rapatriements qui seraient la conséquence :

- de l'état de grossesse sauf complications imprévisibles et dans tous les cas à partir de la 36ème semaine de grossesse ;
- des complications directement causées par une maladie ou une blessure dont la couverture est exclue ou limitée selon les termes et conditions du Contrat ;
- du traitement médical administré en milieu hospitalier par une personne ayant le même Domicile ou un lien familial avec l'Adhérent ;
- du séjour, des traitements ou des services reçus dans des centres de thalassothérapie, de balnéothérapie, d'hydrothérapie ou de naturopathie ;
- du séjour, de la convalescence et des soins infirmiers reçus lorsque l'Hospitalisation est réalisée dans un but autre que celui de recevoir un traitement médical ou lorsque le traitement reçu ne nécessite pas une Hospitalisation ;

- des soins hospitaliers relatifs à un traitement ou à une opération de chirurgie plastique sauf s'il s'agit d'une opération de chirurgie réparatrice consécutive à un Accident ou à une Maladie de l'Adhérent survenu pendant la Période de couverture du Contrat ;
- du traitement administré en milieu hospitalier des suites de pathologies et troubles addictifs liés à la consommation de drogues, narcotiques ou alcool y compris les cures de désintoxication ;
- du traitement administré en milieu hospitalier des troubles du comportement ou de l'attention, de l'hyperactivité, des troubles du spectre autistique, du trouble de l'opposition et du défi, des comportements antisociaux, des troubles obsessionnels compulsifs, des troubles affectifs ou d'adaptation, des troubles alimentaires ;
- des traitements conçus pour encourager les relations socio-émotionnelles, des thérapies par la communication, la psychothérapie ou le coaching sauf en cas de traitement psychiatrique par un médecin psychiatre par opposition à la psychanalyse ;
- d'une Hospitalisation résultant du traitement de l'obésité ;
- des traitements et des opérations effectuées en milieu hospitalier liés à un changement de sexe ;
- des diagnostics, des traitements effectués en milieu hospitalier ou des complications liés à la stérilisation, aux dysfonctionnements sexuels et à l'interruption de grossesse sauf sur décision ou conseil du corps médical.

VII. CLAUSES REGLEMENTAIRES

1) Subrogation

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, **FILASSISTANCE** est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Adhérent doit informer **FILASSISTANCE** de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

2) Informatique et libertés

Conformément à la Loi « Informatique et Libertés » modifiée, la collecte des données à caractère personnel du Bénéficiaire est nécessaire pour la gestion de son contrat d'assistance par **FILASSISTANCE** et ses prestataires.

Les informations recueillies auprès du Bénéficiaire, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement ayant pour finalités : la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assistance ; l'élaboration de statistiques notamment commerciales, d'activité et actuarielles ; l'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur notamment la lutte anti-blanchiment, contre le financement du terrorisme et contre la fraude ; les opérations relatives à la gestion des clients ; l'amélioration du service au client ; la gestion des avis des personnes sur les produits et services ; la gestion et le suivi des incidents relatifs à la sécurité des prestataires.

Les destinataires de ces données personnelles, sont, dans le strict cadre des finalités énoncées ci-dessus : les personnels dûment habilités de **FILASSISTANCE**, de leurs prestataires, partenaires, sous-traitants, réassureurs et, s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance, ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Dans le cadre de la gestion du contrat d'assistance, **FILASSISTANCE**, ses prestataires et sous-traitants peuvent être amenés à collecter auprès du Bénéficiaire des données de santé. Ces données de santé sont collectées aux fins de mise en œuvre des garanties demandées. Elles pourront être communiquées exclusivement pour cette finalité aux prestataires ou sous-traitants qui s'engagent à veiller au respect de la confidentialité des données qui leur sont transmises compte tenu de leur sensibilité.

Les données du Bénéficiaire seront conservées durant toute la vie du contrat, jusqu'au 31 décembre de l'année civile suivant l'expiration à la fois des délais de prescription légaux et des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

Le Bénéficiaire dispose notamment d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ses données personnelles.

Le Bénéficiaire dispose également du droit de prévoir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Sous certaines conditions règlementaires, le Bénéficiaire peut faire l'exercice du droit d'opposition ou de limitation du traitement de ses données personnelles, toutefois, toute opposition ou refus pourra empêcher l'exécution des présentes garanties.

Le Bénéficiaire peut exercer ces différents droits en se rendant sur www.filassistance.fr ou en contactant directement le service DPD par courrier (**FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Délégué à la Protection des Données**, 108 Bureaux de la Colline, 92213 Saint-Cloud Cedex) ou par courriel (dpo@filassistance.fr).

Le Bénéficiaire peut également demander la portabilité des données qu'il a transmises lorsqu'elles étaient nécessaires au contrat.

Le Bénéficiaire pourra adresser ses réclamations touchant à la collecte ou au traitement de ses données à caractère personnel au service du Délégué à la Protection des Données, dont les coordonnées ont été précisées ci-dessus. En cas de désaccord persistant, le Bénéficiaire a la possibilité de saisir la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy 75007 Paris, <https://www.cnil.fr/fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>, 01 53 73 22 22.

3) Responsabilité

FILASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues à la présente notice. A ce titre, **FILASSISTANCE** est tenue d'une obligation de moyens dans la délivrance et la réalisation des prestations d'assistance. Il appartiendra aux Bénéficiaires, de prouver la défaillance de **FILASSISTANCE**.

FILASSISTANCE est seule responsable vis-à-vis du Bénéficiaire, du défaut ou de la mauvaise exécution des prestations d'assistance. A ce titre, **FILASSISTANCE** sera responsable des seuls dommages directs, quelle qu'en soit la nature, à l'égard du Bénéficiaire, pouvant survenir de son propre fait ou du fait de ses préposés.

Les dommages directs susvisés s'entendent de ceux qui ont un lien de causalité direct entre une faute de **FILASSISTANCE** et un préjudice du Bénéficiaire.

En tout état de cause, FILASSISTANCE ne sera pas responsable d'un manquement à ses obligations qui sera la conséquence d'une cause étrangère (cas de force majeure tel que défini à l'article 1218 du Code civil et apprécié par la jurisprudence de la Cour de cassation, fait de la victime ou fait d'un tiers).

4) Autorité de contrôle

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

5) Réclamations

Sans préjudice du droit d'engager une action en justice pour le Bénéficiaire à tout moment, toute réclamation portant sur le traitement d'une demande d'assistance (délai, qualité, contenu de la prestation fournie, etc.) pourra être formulée dans un premier temps par l'Adhérent, un Bénéficiaire ou leurs mandataires ou leurs ayants droit (ci-après le « Réclamant ») :

- auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la notice,
- par courrier à l'adresse suivante : **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** - Service Réclamations, 108, Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD CEDEX,
- par mail à qualite@filassistance.fr,
- sur le site internet www.filassistance.fr via le formulaire de contact accessible dans la rubrique « Contactez-nous ».

FILASSISTANCE adressera un accusé de réception dans un délai de dix (10) jours ouvrables maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au Réclamant dans ce délai.

A défaut, une réponse sera apportée dans un délai de deux (2) mois maximum à compter de la date d'envoi de la réclamation sauf en cas de survenance de circonstances

particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont le Réclamant sera informé.

En tout état de cause, le Réclamant peut saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance à l'expiration d'un délai de deux mois après l'envoi de sa première réclamation écrite, ou le cas échéant à compter de la date de réception de la réponse négative formulée par **FILASSISTANCE**, en adressant sa demande :

- par courrier à l'adresse suivante : **Médiation de l'Assurance** TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09,
- sur le site internet www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour le Réclamant, de saisir les tribunaux compétents.

6) Prescription

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

- Délai de prescription

Article L.114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

- **Causes d'interruption de la prescription**

Article L.114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

- **Caractère d'ordre public de la prescription**

Article L.114-3

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.

- **Causes ordinaires d'interruption de la prescription :**

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

- **Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait**

Article 2240 du Code civil

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

- **Demande en justice**

Article 2241 du Code civil

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.

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

- **Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée**

Article 2244 du Code civil

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.

- **Etendue de la prescription quant aux personnes**

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les 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 les héritiers.

Article 2246 du Code civil

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

- Causes de report et de suspension de la prescription

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

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.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

- Saisine du médiateur

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties (article 2238 du Code civil).

7) Loi applicable et juridiction compétente

La présente notice est régie par le droit français.

En cas de litige portant sur la présente notice et à défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.



FILASSISTANCE INTERNATIONAL
Société Anonyme au capital de 4 100 000 €
433 012 689 RCS NANTERRE
Siège social : 108 Bureaux de la Colline,
92213 SAINT-CLOUD Cedex
Entreprise régie par le Code des Assurances



IDU : FR329780_03MDEX

ANNEXE 2 : TABLEAU DE GARANTIES

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
LES GARANTIES HOSPITALISATION Y COMPRIS MATERNITÉ ⁽¹⁾ AVEC UNMI'MUT				
Médecins OPTAM ou OPTAM				
↳ En 1 ^{ère} année	125 %	150 %	200 %	250 %
avec le bonus fidélité				
↳ En 2 ^{ème} année	150 %	175 %	225 %	275 %
↳ En 3 ^{ème} année et +	175 %	200 %	250 %	300 %
avec le renfort Hospitalisation	+ 25 %			
Médecins hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	125 %	175 %	200 %
avec le renfort Hospitalisation	+ 25 % dans la limite de 200 %			
Forfait journaliser hospitalier - Durée illimitée	Remboursement intégral			
Frais de séjour :				
• Secteur conventionné	Remboursement intégral			
• Secteur non conventionné	100 %			
Chambre particulière ⁽²⁾ : Forfait par journée, illimitée en maladie chirurgie, exclusion de l'ambulatoire et de la psychiatrie, limitation des soins de suite y compris rééducation fonctionnelle à 40 jours	40 €	55 €	70 €	85 €
avec le renfort Hospitalisation	+ 15 € / jour		+ 25 € / jour	
Forfait de 24 € sur les actes lourds supérieurs à 120 €	Remboursement intégral			
Confort à l'hôpital (wifi, téléphone et télévision)	5 € / jour		10 € / jour	
si souscription du renfort Hospitalisation				
Forfait patient urgence	100 % du tarif en vigueur			
Hospitalisation à domicile	100 %			
Hospitalisation à l'étranger	100 %			
Transport du malade ⁽¹⁰⁾	100 %			
L'ASSISTANCE AVEC FILASSISTANCE				
Hospitalisation supérieure à 48 h : aide-ménagère	Maximum 30 heures réparties sur les 15 jours ouvrés suivant le début ou la date de fin de l'hospitalisation ou en cas d'immobilisation.			
Rapatriement ou transport sanitaire à l'étranger	En cas de nécessité médicalement établi, rapatriement à domicile ou dans un hôpital adapté proche du domicile.			

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
LES GARANTIES SOINS COURANTS AVEC UNMI'MUT				
Honoraires médicaux :				
• Médecins OPTAM ou OPTAM-CO : Médecins généralistes et spécialistes, radiologie, imagerie, échographie, actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)	100 %	125 %	150 %	200 %
avec le bonus fidélité en 2 ^{ème} année et +	125 %	150 %	175 %	225 %
avec le renfort Soins courants	+ 25 %			
• Médecins hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	105 %	125 %	150 %
avec le renfort Soins courants	+ 25 % dans la limite de 200 %			
Honoraires paramédicaux : Infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute)	100 %	125 %	125 %	150 %
avec le renfort Soins courants	+ 25 %			
Analyses, examens de laboratoire	100 %	125 %	125 %	150 %
avec le renfort Soins courants	+ 25 %			
Matériel médical remboursé par la Sécurité sociale : Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...)	100 %	125 %	150 %	175 %
si souscription du renfort Soins courants	+ 25 %			
Psychologue remboursé par le régime obligatoire ⁽³⁾	100 %			
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale	100 %			
L'ASSISTANCE AVEC FILASSISTANCE				
Téléconsultation illimitée	Illimitée, dispensée par des médecins inscrits à l'ordre national des médecins, pour un diagnostic avec ordonnance ou un conseil ou un second avis médical.			
Accompagnement pathologies chroniques	Service d'informations sur les pathologies (Parkinson, Alzheimer, SIDA, allergies, etc.) animé par des médecins pour répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants : traitements et conséquences, évolution de la maladie, risque de transmission génétique, risque de contagion pour l'entourage.			

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
LES GARANTIES PRÉVENTION & BIEN-ÊTRE AVEC UNMI'MUT				
Cure thermique : Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale disponible si souscription du renfort Prévention & bien-être	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait transport, hébergement et dépassement de soins remboursés ou non par la Sécurité sociale disponible si souscription du renfort Prévention & bien-être	150 € / an	200 € / an	250 € / an	300 € / an
Forfait prévention : Ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation des contrats responsables	50 € / an			
Consultations non remboursées par la Sécurité sociale & médecine naturelle ⁽⁴⁾ : Ostéopathe, chiropracteur, étiope, naturopathe, diététicien, podologue, pédicure, homéopathe, acupuncteur, micro-kinésithérapeute, reflexologue, sophrologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, tabacologue, mésothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute, sexologue.	45 € / an	60 € / an	75 € / an	90 € / an
avec le bonus fidélité en 2 ^{ème} année et +	70 € / an	85 € / an	125 € / an	140 € / an
Avec le renfort prévention & bien-être	+ 20 € / an	+ 30 € / an	+ 40 € / an	+ 50 € / an
Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale avec ou sans prescription médicale, vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, glucomètre, autotensiomètre disponible si souscription du renfort Prévention & bien-être	40 € / an	50 € / an	60 € / an	70 € / an
L'ASSISTANCE AVEC FILASSISTANCE				
L'aide aux aidants : Bilan global de la situation pour l'aidant et son proche parent aidé en tenant compte du contexte et des conditions de vie, de l'entourage, des ressources financières, etc.	Bilan 360° : Information de l'aidant dans les thématiques liées à la dépendance telles que l'habitat, la formation, la prévention santé, l'organisation de la vie au domicile, la coordination, le droit au répit ...			

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
LES GARANTIES OPTIQUE AVEC UNMI'MUT				
Panier de soins 100 % Santé – Équipement de classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) : Équipements de 2 verres de classe A + Monture de classe A	Remboursement intégral ⁽⁵⁾			
Panier de soins libres – Équipement de classe B : <ul style="list-style-type: none"> Une monture de classe B avec 2 verres simples 	100 €	150 €	200 €	250 €
<ul style="list-style-type: none"> Une monture de classe B avec au moins 1 verre complexe ou très complexe 	200 €	250 €	300 €	350 €
<ul style="list-style-type: none"> Prestations d'adaptation de la correction visuelle 	100 %			
<ul style="list-style-type: none"> Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséconiques, verres à filtre) 	100 %			
Équipement mixte : <ul style="list-style-type: none"> Monture de classe A 	Remboursement intégral ⁽⁵⁾			
<ul style="list-style-type: none"> 2 verres de classe B 	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libres – Équipement de classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture de classe A			
Équipement mixte : <ul style="list-style-type: none"> Monture de classe B 	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libres – Équipement de classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres de classe A et dans la limite de 100 €			
<ul style="list-style-type: none"> 2 verres de classe A 	Remboursement intégral ⁽⁵⁾			
Autres prestations optiques : <ul style="list-style-type: none"> Lentilles remboursées par la Sécurité sociale 	100 %			
<ul style="list-style-type: none"> Forfait lentilles non remboursées par la Sécurité sociale 	Néant			
<ul style="list-style-type: none"> Chirurgie réfractive : traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie), implant oculaire 	100 € par an et par oeil	150 € par an et par oeil	200 € par an et par oeil	250 € par an et par oeil
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les deux ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de deux ans (ou d'un an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en classe A et à 100 € en classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) ainsi que les conditions de renouvellement sont détaillées dans les Conditions Générales valant Notice d'Information.				

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
LES GARANTIES DENTAIRE ⁽⁶⁾ AVEC UNMI'MUT				
Panier de soins 100 % Santé – Actes prothétiques et inlays-cores	Remboursement intégral			
Soins dentaires : Prophylaxie, parodontologie et prévention remboursés par la Sécurité sociale	125 %	150 %	175 %	200 %
avec le renfort Dentaire	+ 25 %			
Panier de soins modéré et libre – Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des prix limites de vente pour le panier modéré :				
<ul style="list-style-type: none"> Inlays - onlays et inlays-core remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100 % Santé et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés ^(a) ou libres 	125 %	150 %	175 %	200 %
avec le renfort Dentaire	+ 25 %			
<ul style="list-style-type: none"> Actes prothétiques remboursés par le régime obligatoire 	150 %	200 %	250 %	275 %
avec le bonus fidélité en 2 ^{ème} année et +	175 %	225 %	275 %	300 %
avec le renfort Dentaire	+ 25 %			
<ul style="list-style-type: none"> Orthodontie remboursée par la sécurité sociale 	100 %			
<ul style="list-style-type: none"> Implantologie, orthodontie ⁽⁷⁾, prothèses, parodontologies non remboursées par la Sécurité sociale disponible si souscription du renfort Dentaire 	150 €	200 €	250 €	300 €
Plafond dentaire (hors 100 % Santé) ⁽⁸⁾	Néant		An 1 : 1 000 € An 2 : 1 200 € An 3 et + : 1 500 €	

	Formule 125	Formule 150	Formule 200	Formule 250
LES GARANTIES AIDES AUDITIVES AVEC UNMI'MUT				
Équipements 100 % Santé (classe 1 - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV))	Remboursement intégral			
Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale hors panier de soins 100 % Santé (appareil de classe 2 à prix libre - dont piles, accessoires et frais de réparation)	100 %			
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les quatre ans (par oreille). La période de quatre ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la sécurité sociale. Pendant quatre ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les six mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de classe 2 sont limitées à 1 700 € par oreille moins le remboursement du régime obligatoire (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).				

SERVICES	
Assistance ⁽⁹⁾	Oui
Tiers-payant Viamedis	Oui

CONDITIONS GÉNÉRALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant : - déduction de la participation forfaitaire (2 € - Décret n° 2024-113 du 16 février 2024 relatif à la participation forfaitaire des assurés sociaux aux frais de santé en application du II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale), - déduction des franchises médicales (Décret n° 2024-114 du 16 février 2024 relatif à la participation des assurés aux frais de santé en application des II et III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle ainsi que celle due lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé (Forfait Patient Urgence).
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués comprennent le remboursement du régime obligatoire et s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la Sécurité sociale.
- Les plafonnements annuels indiqués pour certaines garanties sont par année d'adhésion et par assuré.

BR : Base de Remboursement de la sécurité sociale.

Panier de soins modérés : Pour le dentaire, des prix limites de vente sont applicables. Ils sont fixés par voie réglementaires.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.

(2) Pour les séjours en soins de suite (maison de repos, de convalescence, rééducation fonctionnelle...). Le plafond de 40 jours par an est commun à toutes les disciplines.

(3) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif "MonPsy". Plus d'informations sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/accompagnement-psychologique/article/le-remboursement-des-seances-de-psychologues-mon-soutien-psy>

(4) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI, RPPS ou d'un numéro d'enregistrement sur le répertoire national de la discipline prévue au tableau des garanties et d'un diplôme enregistré dans la discipline.

(5) Dans la limite des prix de vente.

(6) Les soins Hors Nomenclatures (HN) effectués à l'étranger sont exclus.

(7) Incluant le traitement actif, le bilan et la contention non remboursé par la Sécurité sociale.

(8) Plafond dentaire : au-delà du plafond, les actes remboursés par le régime obligatoire seront pris en charge à hauteur de 100 % BR.

(9) Garantie assistance assurée par Filassistance.

(10) La prescription précise le mode de transport le plus adapté à l'état du patient et si cet état est incompatible avec un transport partagé, compris comme véhiculant ensemble au moins deux patients. Dans le respect de la prescription, les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés.

Lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport et que la proposition répond à des conditions de mise en œuvre du transport tenant en particulier aux caractéristiques du trajet et à l'organisation de la prise en charge sur le lieu de soins, ses frais de transport sont pris en charge après application au prix facturé d'un coefficient de minoration déterminé par voie réglementaire.

ANNEXE 3 : MENTIONS LÉGALES DE L'ASSOCIATION DES ASSURÉS DE ZENIOO

L'Association des assurés de Zenioo est une association ayant notamment pour objet social d'étudier, négocier et souscrire des contrats collectifs d'assurance de personnes (ex : assurance santé, assurance prévoyance, assurance emprunteur), notamment des produits d'assurances co-conçus par des organismes d'assurances et le courtier en assurance grossiste ZENIOO, en faveur de ses Membres, ainsi que des contrats collectifs d'assurance accessoires auxdits contrats collectifs d'assurance de personnes (ex : assistance, protection juridique) (ci-après dénommés « Contrats collectifs »).

Cette annexe à votre notice d'information en fait partie intégrante et vous permet d'obtenir l'accès aux informations sur :

- > la manière dont l'Association des assurés de Zenioo réalise le traitement de vos données à caractère personnel
- > le règlement intérieur ainsi que les statuts de l'association.

Le règlement intérieur ainsi que les statuts de l'Association des assurés de Zenioo (AaZ)

L'Association des assurés de Zenioo met à votre disposition, sur son site internet www.aaz-asso.fr, la dernière version à jour de ses statuts et de son règlement intérieur.

Pour **consulter les statuts et le règlement intérieur**, vous pouvez vous rendre sur notre site dans la rubrique « Documents statutaires », accessible à l'adresse suivante : <https://www.aaz-asso.fr/statuts/>

Le traitement de vos données personnelles par l'Association des assurés de Zenioo (AaZ)

L'Association des assurés de Zenioo fait très attention à vos données à caractère personnel et aux traitements qu'elle en fait.

A ce titre, vous trouverez ci-dessous des informations sur les modalités de traitement de vos données personnelles que vous soyez simple utilisateur du présent Site ou que vous soyez adhérents à l'Association.

Vous pouvez retrouver les modalités de traitement de vos données à caractère personnel directement sur notre site dans la rubrique « Politique de protection des données et gestion des cookies », accessible à l'adresse suivante : <https://www.aaz-asso.fr/rgpd/>

Vous pouvez contacter notre service à la protection des données à caractère personnel à l'adresse postale suivante 33 rue de la République – 69002 LYON ou par email à l'adresse suivante contact@aaz-asso.fr.

ANNEXE 4 :

STATUTS D'UNMI'MUT

STATUTS D'UNMI'Mut

Approuvés par l'Assemblée
générale du 9 juin 2022

SOMMAIRE

TITRE I – FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE5

CHAPITRE I – FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE5

Article 1 – Dénomination	5
Article 2 – Siège de la Mutuelle	5
Article 3 – Objet de la Mutuelle	5
Article 4 – Relations entre la Mutuelle et ses membres	5
Article 5 – Règlement intérieur	6

CHAPITRE II – CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION.....6

SECTION 1 – ADHÉSION6

Article 6 – Catégories de membres	6
Article 7 – Modalités d'adhésion à la Mutuelle	6

SECTION 2 – RÉSILIATION – RADIATION – EXCLUSION 6

Article 8 – Résiliation	6
Article 9 – Radiation	7
Article 10 – Exclusion	7
Article 11 – Conséquences de la radiation, de la démission ou de l'exclusion	7

TITRE II – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE7

CHAPITRE I – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE.....7

SECTION 1 – DÉSIGNATION DES DÉLÉGUÉS À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE7

Article 12 – Composition de l'assemblée générale	7
Article 13 – Sections de vote	7
13.1 – Section de vote opérations individuelles	7
13.2 – Section de vote opérations collectives	7
Article 14 – Élections des délégués	7

SECTION 2 – RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 7

Article 15 – Convocation	7
Article 16 – Ordre du jour	7
Article 17 – Quorum et modalités de vote de l'assemblée générale	8
17.1 – Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité qualifiée pour être adoptées	8
17.2 – Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simples pour être adoptées	8
17.3 – Modalités de vote	8

SECTION 3 – DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE.8

Article 18 – Compétences de l'assemblée générale	8
--	---

Article 19 – Délégation de pouvoirs de l'assemblée générale	9
---	---

Article 20 – Force exécutoire des décisions de l'assemblée générale	9
---	---

CHAPITRE II – CONSEIL D'ADMINISTRATION9

SECTION 1 – ORGANISATION9

Article 21 – Composition	9
Article 22 – Cumul de mandats	9
Article 23 – Candidatures	9
Article 24 – Condition d'éligibilité – Limite d'âge	10
Article 25 – Modalités de l'élection	10
Article 26 – Durée du mandat	10
26.1 – Démission d'office	10
26.2 – Révocation	10
Article 27 – Renouvellement	10
Article 28 – Vacance en cours de mandat	10
Article 29 – Représentants des salariés au conseil d'administration	10

SECTION 2 – FONCTIONNEMENT10

Article 30 – Réunions	10
Article 31 – Délibérations	11
Article 32 – Attributions	11
Article 33 – Délégations	11
Article 34 – Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais	11
Article 35 – Interdictions	11
Article 36 – Conventions réglementées soumises à autorisation	12
Article 37 – Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information	12
Article 38 – Conventions interdites	12
Article 39 – Obligations de l'administrateur	12
Article 40 – Responsabilités	12

CHAPITRE III – PRÉSIDENT, DIRECTEUR GÉNÉRAL ET BUREAU.....12

Article 41 – Direction effective	12
----------------------------------	----

SECTION 1 – PRÉSIDENT12

Article 42 – élection et révocation du président	12
Article 43 – Vacance en cours de mandat	13
Article 44 – Attributions du président	13

SECTION 2 – DIRECTEUR GÉNÉRAL, DIRIGEANT	
OPÉRATIONNEL	13
Article 45 – Nomination – attributions	13
SECTION 3 – BUREAU	13
Article 46 – Composition	13
Article 47 – Fonctions du bureau et de ses membres	14
47.1 – Fonctions du bureau	14
47.2 – Fonctions du vice-président	14
47.3 – Fonctions du secrétaire général	14
47.4 – Fonctions du trésorier	14
Article 48 – Réunions et délibérations du bureau	14
CHAPITRE IV – COMITÉ D'AUDIT	14
Article 49 – Composition	14
Article 50 – Missions	14
Article 51 – Fonctionnement	14
CHAPITRE V – ORGANISATION FINANCIÈRE	15
SECTION 1 – PRODUITS ET CHARGES	15
Article 52 – Produits	15
Article 53 – Charges	15
SECTION 2 – AUTRES DISPOSITIONS	15
Article 54 – Fonds d'établissement	15
Article 55 – Système fédéral de garantie	15
Article 56 – Exercice comptable	15
Article 57 – Commissaire aux comptes	15
TITRE III – INFORMATION DES ADHERENTS	15
Article 58 – étendue de l'information	15
58.1 – Opérations individuelles	15
58.2 – Opérations collectives	15
TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES	15
Article 59 – Fonds d'action sociale	15
Article 60 – Dissolution et liquidation	15
Article 61 – Protection des données à caractère personnel	16

TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Article 1 - Dénomination

Il est constitué une mutuelle dénommée UNMI'Mut qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif (ci-après dénommée «la Mutuelle»).

Elle est soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 851 629 162.

Article 2 - Siège de la Mutuelle

Le siège de la Mutuelle est situé 50 avenue Daumesnil 75012 Paris.

Il peut être transféré en tout autre endroit du même département ou d'un département limitrophe sur décision du conseil d'administration, sous réserve de ratification de cette décision par la plus proche assemblée générale, et en tout autre lieu par délibération de l'assemblée générale qui se prononce alors au quorum et à la majorité renforcés.

Article 3 - Objet de la Mutuelle

La Mutuelle a pour objet principal de fournir à ses membres participants et à leurs ayants droit des prestations relevant de l'une des trois branches 1-Accidents, 2-Maladie et 20-Vie-décès au moyen des cotisations versées par ses membres participants.

Elle prend en considération les enjeux sociaux et environnementaux dans ses activités.

À cet effet, la Mutuelle peut réaliser les opérations d'assurance suivantes dans le cadre d'opérations individuelles ou collectives :

- couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ;
- contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine.

La Mutuelle peut également :

- mettre en œuvre une action sociale dans la mesure où ses activités sont accessoires et accessibles uniquement à ses membres participants et à leurs ayants droit dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat qu'ils ont souscrit ;
- passer toutes conventions nécessaires à l'amélioration des services aux adhérents ;
- contracter des engagements techniques en co-assurance avec des mutuelles ou unions régies par le code de la mutualité, des institutions de prévoyance ou unions régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et avec des entreprises d'assurance mentionnées à l'article L.310-2 du code des assurances tant en qualité d'apéruteur que de co-assureur ;
- accepter ou céder en réassurance tout ou partie des risques pour lesquels elle est agréée avec tout organisme autorisé à pratiquer cette activité et quel que soit son statut juridique ;
- intervenir en qualité de garant en substitution de mutuelle ou union de mutuelles régies par le code de la mutualité dans les conditions prévues à l'article L.211-5 du code de la mutualité ;

- souscrire auprès d'autres opérateurs titulaires d'un agrément d'assurance toutes garanties collectives d'assurance susceptibles de compléter les engagements techniques de la Mutuelle et de présenter lesdites garanties ;
- réaliser, tant en qualité de mandant que de mandataire, toutes opérations d'intermédiation visées aux articles L.116-1 à L.116-4 du code de la mutualité ;
- adhérer à toute association en vue de faire bénéficier ses adhérents Travailleurs Non-Salariés du dispositif instauré par la loi n° 94-126 du 11 février 1994 modifiée dite « loi Madelin » ;
- assurer, à titre accessoire, la prévention des risques de dommages corporels, mettre en œuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires et sociales accessibles aux souscripteurs d'un contrat dans le respect des dispositions de l'article L.111-1 III du code de la mutualité ;
- offrir à ses membres participants et à leurs ayants droit l'accès à des réalisations sanitaires, sociales et culturelles, par la signature de conventions avec d'autres mutuelles ou unions régies par le livre III du code de la mutualité.

Et d'une manière plus générale, la Mutuelle a pour objet de :

- réaliser les opérations de gestion nécessaires à la mise en œuvre des différentes opérations mentionnées ci-dessus et de déléguer, par voie de convention, tout ou partie de certaines de ces opérations de gestion à tout groupement ou toute structure juridique ;
- prendre en charge la gestion technique et administrative d'autres personnes morales ;
- conclure tout accord de partenariat, de participer à toute union ou bien encore de constituer tout groupement de droit ou de fait avec d'autres organismes ;
- constituer ou de s'affilier à une Union Mutualiste de Groupe (UMG) ainsi qu'à une Union de Groupe Mutualiste (UGM). La Mutuelle pourra également s'affilier à une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM), à un Groupement d'Assurance Mutuelle (GAM), un Groupement Assurantiel de Protection Sociale (GAPS), une Société de Groupe Assurantiel de Protection Sociale (SGAPS), conformément aux dispositions du code des assurances ;
- prendre une participation dans toute société civile ou commerciale par voie de création, d'apport, de souscription ou d'achat de droits sociaux dans le respect des dispositions du code de la mutualité ;
- constituer ou de devenir membre d'une association ou d'un groupement d'intérêt économique (GIE) ;
- réaliser toutes opérations techniques ou non techniques utiles ou connexes à l'un de ses objets.

Article 4 - Relations entre la Mutuelle et ses membres

La Mutuelle s'engage contractuellement envers ses membres participants, dans le respect des lois et règlements en vigueur et notamment du code de la mutualité et des dispositions applicables en mutualité de la loi modifiée dite Evin du 31 décembre 1989 :

- soit en conséquence d'une adhésion individuelle, pour les opérations relevant des dispositions du II de l'article L.221-2 du code de la mutualité ;

- soit en conséquence d'une adhésion facultative à un contrat collectif, pour les opérations relevant des dispositions du 1° du III de l'article L.221-2 du code de la mutualité ;
- soit en conséquence d'une affiliation obligatoire à un contrat collectif souscrit par un employeur ou une personne morale, pour les opérations relevant des dispositions du 2° du III de l'article L.221-2 du code de la mutualité.

Les relations entre la Mutuelle et ses membres sont régies par :

- des règlements mutualistes, en application de l'article L.114-1 du code de la mutualité, adoptés par le conseil d'administration qui définissent le contenu et la durée des engagements existants entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations ;
- les contrats collectifs souscrits auprès de la Mutuelle par une personne morale pour le compte de ses salariés ou de ses membres. Les contrats collectifs et les notices d'information y afférentes déterminent les droits et obligations de la Mutuelle, des souscripteurs et des membres participants affiliés ou adhérents, les garanties et les conditions de leur mise en œuvre, les cotisations et les prestations prévues par ces contrats.

En application des dispositions du 1° de l'article R.343-1 du code des assurances, la Mutuelle constitue dans ses comptes des provisions techniques dont le niveau permet d'assurer le règlement intégral de la totalité de ses engagements techniques, dans le respect des dispositions du code des assurances traduisant les modalités de cette obligation.

Article 5 – Règlement intérieur

Les conditions d'application des présents statuts sont définies dans un règlement intérieur, adopté et modifié par le conseil d'administration.

Le règlement intérieur est remis par tout moyen aux membres de la Mutuelle, notamment par la voie électronique. Tous les membres participants et honoraires sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts.

CHAPITRE II – CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION 1 – 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 ayants droit sont les personnes rattachées à un membre participant de la Mutuelle, pour lesquelles le membre participant s'est acquitté d'une cotisation. Les catégories d'ayants droit sont précisées dans le règlement mutualiste.

À leur demande expresse formulée auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal. Cette disposition s'applique quelle

que soit la nature des prestations dont bénéficie le mineur de plus de 16 ans.

Les membres honoraires peuvent être soit des personnes physiques qui versent des cotisations, contributions ou dons ; soit des personnes physiques ayant rendu des services équivalents à la Mutuelle, sans bénéficier de ses prestations.

Les membres honoraires peuvent être des personnes morales ayant souscrit un contrat collectif auprès de la Mutuelle.

L'attribution de la qualité de membre honoraire est subordonnée à un agrément du conseil d'administration.

Article 7 – Modalités d'adhésion à la Mutuelle

Acquièrent sans formalisme individuel particulier et de plein droit les qualités de membre participant et d'ayant droit de la Mutuelle les personnes inscrites en ces qualités à l'effectif de l'UNMI à la date de publication au Journal officiel des arrêtés du ministre chargé de la mutualité approuvant le transfert à la Mutuelle des portefeuilles d'engagements de l'UNMI.

Adhèrent à la Mutuelle, à titre individuel, en qualité de membres participants, les personnes physiques qui remplissent les conditions définies à l'article 6, à l'exception des ayants droit, qui font acte d'adhésion constaté par la signature d'un bulletin d'adhésion et confirmé par le premier versement de cotisation. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le ou les règlements mutualistes.

Adhèrent à la Mutuelle, dans le cadre de contrats collectifs facultatifs, en qualité de membres participants, les personnes qui font acte d'adhésion constaté par la signature d'un bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des statuts, et du règlement intérieur et des droits et obligations définis dans le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

Adhèrent à la Mutuelle, dans le cadre de contrats collectifs obligatoires, en qualité de membres participants, les personnes qui font acte d'adhésion attesté par la signature du bulletin d'affiliation. La signature du bulletin d'affiliation à la Mutuelle emporte acceptation des stipulations des présents statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle, des droits et obligations définis dans la notice d'information ainsi que du contrat conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle.

SECTION 2 – RÉSILIATION – RADIATION – EXCLUSION

Article 8 – Résiliation

Le membre participant pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale souscriptrice pour les opérations collectives facultatives, la personne morale souscriptrice pour les opérations collectives obligatoires peuvent mettre fin à l'adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans dans les conditions mentionnées par la loi, dans le ou les règlements mutualistes ou au contrat.

La Mutuelle peut résilier des contrats individuels ou collectifs pour défaut de paiement des cotisations dans les conditions définies par le code de la mutualité.

Article 9 – Radiation

Sont radiés les membres participants qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents statuts et le règlement intérieur subordonnent l'adhésion. Sont radiés les membres participants dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues par la législation en vigueur, notamment par les articles L.221-7, L.221-8 et L.221-17 du code de la mutualité.

Article 10 – Exclusion

Peuvent être exclus les membres participants et honoraires qui auraient causé volontairement aux intérêts de la Mutuelle un préjudice matériel ou moral ainsi que ceux ayant commis ou tenté de commettre un acte frauduleux en vue de bénéficier des prestations de la Mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour l'un de ces motifs est convoqué devant le conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés par lettre recommandée avec avis de réception avec un délai de prévenance d'au moins quinze jours. S'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être prononcée, sans autre formalité, par le conseil d'administration.

Article 11 – Conséquences de la radiation, de la démission ou de l'exclusion

La démission, la radiation, la résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées au titre de la période d'effet des garanties.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation, de résiliation ou de l'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies et sans préjudice des stipulations des règlements, des contrats collectifs ainsi que des dispositions légales en faveur des membres participants et des autres bénéficiaires des prestations de la Mutuelle.

La démission, la radiation et l'exclusion ne font pas obstacle au recouvrement des sommes éventuellement dues par le membre participant.

TITRE II – ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE**CHAPITRE I – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE****SECTION 1 – DÉSIGNATION DES DÉLÉGUÉS À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE****Article 12 – Composition de l'assemblée générale**

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote élus par les membres participants de la Mutuelle.

Article 13 – Sections de vote

Tous les membres participants de la Mutuelle sont répartis en sections de vote. Les sections de vote sont au nombre de deux :

- une section de vote représentant les membres participants au titre des opérations individuelles ;
- une section de vote représentant les membres participants au titre des opérations collectives facultatives ou obligatoires ;

Chaque délégué élu par la section dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

13.1 – Section de vote opérations individuelles

Le nombre de délégués est déterminé en appliquant le ratio de 1 délégué par tranche entamée de 350 membres participants pour les opérations individuelles.

13.2 – Section de vote opérations collectives

Le nombre de délégués est déterminé en appliquant le ratio de 1 délégué par tranche entamée de 400 membres participants pour les opérations facultatives ou obligatoires.

Article 14 – Élections des délégués

Les membres de chaque section de vote, élisent parmi eux un ou plusieurs délégués à l'assemblée générale, conformément aux dispositions des statuts et du règlement intérieur.

Les délégués sont élus pour six (6) ans renouvelables.

Les élections des délégués ont lieu par correspondance et/ou par internet.

La perte de la qualité de membre participant entraîne d'office et à la même date la perte de celle de délégué.

Les mineurs de plus de 16 ans, ayant la qualité de membre participant, exercent personnellement leur droit de vote.

Le règlement intérieur précise les dispositions complémentaires relatives aux élections et à la désignation des délégués.

SECTION 2 – RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE**Article 15 – Convocation**

L'assemblée générale est convoquée au moins une fois par an par le président du conseil d'administration, par lettre simple et/ou par voie électronique quinze jours avant la date de l'assemblée générale adressée à chaque délégué.

À défaut d'une telle convocation, 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 une assemblée générale ou de désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

L'assemblée générale peut également être convoquée par :

- la majorité des administrateurs composant le conseil d'administration ;
- le commissaire aux comptes ;
- l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre participant ;
- un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution à la demande d'un ou plusieurs membres participants ;
- les liquidateurs.

Lorsqu'une assemblée générale n'a pu délibérer, faute de réunir le quorum requis, une seconde assemblée peut être convoquée six jours au moins à l'avance, dans les mêmes formes que la première. La convocation de cette seconde assemblée reproduit la date et l'ordre du jour de la première.

Article 16 – Ordre du jour

L'ordre du jour de l'assemblée générale ainsi que le lieu de sa réunion sont arrêtés par l'auteur de la convocation.

Toutefois, les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'assemblée générale de

projets de résolutions, dans les conditions de l'article L.114-8 du code de la mutualité, s'ils représentent 25 % des membres de l'assemblée générale.

L'assemblée générale ne délibère que sur des questions inscrites à l'ordre du jour.

L'ordre du jour doit préciser les règles de quorum et de majorité applicables aux délibérations correspondantes.

Article 17 – Quorum et modalités de vote de l'assemblée générale

17.1 – Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité qualifiée pour être adoptées

Lorsqu'elle se prononce sur :

- la modification des statuts ;
- les activités exercées ;
- le cas échéant, le montant des droits d'adhésion ;
- les montants ou taux de cotisation ;
- les prestations offertes ;
- le transfert de portefeuille ;
- les principes directeurs en matière de réassurance et le choix d'un réassureur non régi par le code de la mutualité ;
- la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union.

L'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de délégués présents, représentés ou, le cas échéant, ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance dans les conditions prévues par l'article L.114-13 du code de la mutualité est au moins égal à la moitié du nombre total des délégués.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde assemblée générale peut être convoquée. Elle délibérera valablement si le nombre de délégués présents est au moins égal au quart du nombre total des délégués.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés. Une feuille de présence est tenue et il est dressé un compte rendu de toute assemblée générale.

Les votes ont lieu à main levée sauf autre disposition contraire ou demande exprimée par un tiers au moins des délégués présents. Nul délégué ne pourra être titulaire de plus de deux délégations de vote de la part d'un autre délégué s'ajoutant à sa voix.

17.2 – Délibérations de l'assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simples pour être adoptées

L'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de voix des membres à jour de leur cotisation dont disposent les délégués présents ou représentés est, au moins, égal au quart du total des voix des membres de la Mutuelle.

Si le quorum n'est pas atteint, une seconde assemblée générale est convoquée huit jours francs au moins à l'avance. Elle délibère valablement lors de cette deuxième assemblée générale quel que soit le nombre de délégués présents ou représentés.

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au paragraphe 17.1, l'assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents et représentés est au moins égal au 1/4 du nombre total des délégués.

À défaut, une seconde assemblée générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents et représentés.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés. Une feuille de présence sera tenue et il sera dressé un compte rendu de toute assemblée générale.

Les votes ont lieu à main levée sauf autre disposition contraire ou demande exprimée par un tiers au moins des délégués présents. Nul délégué ne pourra être titulaire de plus de deux délégations de vote de la part d'un autre délégué s'ajoutant à sa voix.

17.3 – Modalités de vote

Chaque délégué dispose d'une voix.

En cas d'impossibilité d'assister à l'assemblée générale, le délégué peut se faire représenter par un autre délégué, sans toutefois que le nombre de voix exprimées par un même délégué puisse excéder trois, y compris la sienne.

Un formulaire de vote par procuration est joint à la convocation. Le délégué empêché devra compléter et signer le formulaire et le faire signer par son mandataire. Le formulaire devra être transmis à la Mutuelle au moins cinq jours avant la date de tenue de l'assemblée générale réunie sur première convocation ou au moins deux jours avant sur seconde convocation.

SECTION 3 – DÉCISIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE.

Article 18 – Compétences de l'assemblée générale

L'assemblée générale statue sur les questions et projets de résolution inscrits à l'ordre du jour.

Elle procède, par vote à bulletin secret, à l'élection des membres du conseil d'administration et à leur révocation.

L'assemblée générale a compétence exclusive pour statuer sur :

- les modifications des statuts ;
- les activités exercées ;
- l'existence et le montant des droits d'adhésion dans les conditions de l'article L.114-9 du code de la mutualité ;
- le montant du fonds d'établissement ;
- les montants ou les taux de cotisations et de prestations dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du code de la mutualité. Conformément à l'article L.114-11 du code de la mutualité, l'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable que pour un an ;
- l'adhésion à une union, à une union mutualiste de groupe ou une union de groupe mutualiste ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union, d'une union mutualiste de groupe ou d'une union de groupe mutualiste ou d'une fédération, la fusion avec une autre mutuelle, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle, d'une mutuelle dédiée ou d'une union ou encore d'une union de groupe mutualiste ou d'une union mutualiste de groupe, conformément respectivement aux articles L.111-3, L.111-4 et L.111-4-1 et L.111-4-2 du code de la mutualité ;

- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance ;
- l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du code de la mutualité ;
- le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire ;
- 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, mentionnées à l'article L.114-34 du code de la mutualité ;
- le rapport du conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les Mutuelles ou unions régies par les livres II et III du code de la mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du même code ;
- le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-4 du code de la mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L.221-2 du code de la mutualité ;
- les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du code de la mutualité ;
- toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur ;
- la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;
- la nomination du commissaires aux comptes ;
- 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 19 – Délégation de pouvoirs de l'assemblée générale

Pour les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du code de la mutualité, l'assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration. Cette délégation n'est valable qu'un an.

Article 20 – 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 aux dispositions du code de la mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès leur notification aux membres participants dans les conditions prévues dans les règlements mutualistes ou les contrats collectifs.

CHAPITRE II – CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION 1 – ORGANISATION

Article 21 – Composition

La Mutuelle est administrée par un conseil d'administration composé de 12 membres élus parmi les membres participants et les membres honoraires.

Le conseil d'administration est composé :

- pour les deux tiers au moins d'administrateurs ayant la qualité de membres participants ;
- pour moitié d'administrateurs ayant également la qualité de membre du conseil d'administration de l'UNMI.

Les membres du conseil d'administration doivent disposer de l'honorabilité, de la compétence et de l'expérience requises, conformément aux dispositions de l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Le conseil d'administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes.

Article 22 – Cumul de mandats

Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions, fédérations, déduction faite de ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité.

Le président du conseil d'administration ne peut exercer simultanément, en plus de son mandat de président, que quatre mandats d'administrateur, dont au plus deux mandats de président de conseil d'administration d'une fédération ou d'une union ou d'une mutuelle. Dans le décompte des mandats de président, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité.

Dans le décompte des mandats, sont pris en compte pour un seul mandat, ceux détenus dans des organismes mutualistes faisant partie d'un groupe au sens de l'article L.356-1 du code des assurances.

Dans le décompte des mandats, ne sont pas pris en compte ceux détenus dans les fédérations définies à l'article L.111-5 du code de la mutualité et les unions qui ne relèvent ni du livre II ni du livre III du même code, investies d'une mission spécifique d'animation ou de représentation.

Toute personne qui lorsqu'elle accède à un nouveau mandat, se trouve en infraction avec ces dispositions doit dans les trois mois de sa nomination se démettre de l'un de ses mandats. À l'expiration de ce délai, elle est réputée être démise de son mandat le plus récent, sans que soit, de ce fait, remise en cause la validité des délibérations auxquelles elle a pris part.

Article 23 – Candidatures

Les candidatures doivent être adressées au siège de la Mutuelle trente (30) jours francs au moins avant la date de l'assemblée générale.

Les candidatures peuvent être soit adressées par lettre recommandée avec avis de réception (le cachet de la poste faisant foi), soit déposées contre accusé de réception délivré par le siège de la Mutuelle (la date de dépôt faisant foi).

Les candidatures peuvent également être présentées en

plus ou en substitution des candidatures au moyen d'un écrit papier via un site ou une page d'un site conforme aux exigences de la délibération 2010-371 du 20 octobre 2010 de la CNIL et sous le contrôle d'un organisme indépendant qui doit certifier la conformité des sites. Elles doivent être complétées avant l'assemblée générale d'une déclaration sur l'honneur émanant du candidat et précisant le nombre, la nature et la durée des autres mandats d'administrateurs qu'il détient au sein d'autres organismes mutualistes.

Article 24 - Condition d'éligibilité - Limite d'âge

Est éligible au conseil d'administration, tout membre de la Mutuelle, à la condition :

- d'être à jour de ses cotisations ou d'être agréé par le conseil d'administration ;
- d'être âgé de dix-huit ans révolus ;
- de ne pas avoir été, au cours des trois années précédant l'élection, salarié de la Mutuelle ou de personnes morales avec lesquelles cette dernière constitue un groupe au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité ;
- de n'avoir fait l'objet d'aucune des condamnations énumérées à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Aussi, avant son élection, le candidat à la fonction d'administrateur est tenu de déclarer l'ensemble de ses activités professionnelles et les fonctions électives qu'il entend conserver.

Le nombre des membres du conseil d'administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du conseil d'administration.

Le dépassement de la part maximale que peut représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé. 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 25 - Modalités de l'élection

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletins secrets par l'assemblée générale selon le mode de scrutin suivant : scrutin plurinominal à un tour, à la majorité relative des suffrages.

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

Article 26 - Durée du mandat

Les administrateurs sont élus pour une durée de 6 ans. Leur mandat prend fin à l'issue de l'assemblée générale qui se tient au cours de la sixième année suivant leur élection et qui statue sur les comptes de l'exercice écoulé.

26.1 - Démission d'office

Les administrateurs sont déclarés démissionnaires d'office par le conseil d'administration et cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées au dernier alinéa de l'article 24 ;
- à défaut d'avoir présenté leur démission, dans les conditions définies à l'article L.114-23 du code de la mutualité, lorsqu'ils appartiennent à plus de cinq conseils d'administration de mutuelles, unions ou

fédérations et que leur mandat d'administrateur au sein de la Mutuelle est le plus récent ;

- trois 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 ;
- en cas d'incapacité ou incompatibilité avec une disposition légale ou réglementaire.

26.2 - Révocation

Un administrateur peut être révoqué par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration en cas d'absence sans motif valable à 3 séances consécutives.

En cas de manquement aux missions d'administrateur, l'assemblée générale peut décider de révoquer un administrateur sur proposition motivée du conseil d'administration.

Article 27 - Renouvellement

Le renouvellement du conseil d'administration a lieu par moitié tous les 3 ans, en fonction des échéances des mandats des administrateurs.

Les administrateurs sortants sont rééligibles.

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 ses membres seront soumis à réélection.

Article 28 - Vacance en cours de mandat

Le poste devenu vacant en cours de mandat (par décès, démission, cessation de son 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, ou toute autre motif) et remettant en cause le nombre minimum légal d'administrateurs, peut être pourvu provisoirement, par cooptation, par le conseil d'administration, sous réserve de ratification par la prochaine assemblée générale.

Si la nomination faite par le conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs deviendrait inférieur au minimum légal, fixé à 10, du fait d'une ou plusieurs vacances pour l'un des faits évoqués ci-dessus, une assemblée générale serait convoquée par le président afin d'élire de nouveaux administrateurs.

Article 29 - Représentants des salariés au conseil d'administration

Dans le cadre de la représentation des salariés prévue par l'article L.114-16-2 du code de la mutualité, lorsque la Mutuelle emploie au moins cinquante salariés, deux représentants des salariés assistent avec voix consultative aux réunions du conseil d'administration. Les représentants des salariés sont élus par un collège composé des membres du comité d'entreprise et des délégués du personnel.

SECTION 2 - FONCTIONNEMENT

Article 30 - Réunions

Le conseil d'administration se réunit sur convocation du

président et au moins quatre fois par an.

Sauf en cas d'urgence, la convocation est adressée par voie électronique aux membres du conseil d'administration, au dirigeant opérationnel et aux représentants des salariés, cinq jours au moins avant la date de réunion.

Le président établit l'ordre du jour et le joint à la convocation.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par le quart au moins des membres du conseil d'administration.

Conformément à l'article L.114-20 du code de la mutualité, les personnes appelées à assister aux réunions sont tenues à l'obligation de confidentialité des informations données.

Les réunions peuvent avoir lieu par visio-conférence au moyen d'un équipement adapté, sécurisé et qui garantisse le cas échéant l'anonymat des votes exprimés au moyen d'un logiciel de vote électronique conforme aux exigences de la délibération 2010-371 du 20 octobre 2010 de la CNIL et sous le contrôle d'un organisme indépendant qui doit certifier la conformité des sites.

Article 31 - Délibérations

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 est prépondérante.

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

Article 32 - Attributions

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.

Il donne son autorisation préalable à toute convention conclue avec un administrateur en application de l'article L.114-32 du code de la mutualité.

À la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit, conformément à l'article L.114-17 du code de la mutualité, un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale.

Le conseil d'administration :

- produit et valide l'ORSA (évaluation interne des risques et de la solvabilité), valide le RSR (rapport régulier au superviseur) ;
- valide le SFCR (rapport sur la solvabilité et la situation financière) ;
- valide le rapport sur la lutte contre le blanchiment et financement du terrorisme ;
- valide le rapport sur les procédures d'élaboration de l'information comptable et financière, valide tout rapport ad-hoc sur sollicitation de l'ACPR ;
- agréée à la majorité simple les membres honoraires.

Il établit chaque année un rapport qui rend compte des opérations d'intermédiation et qu'il présente à l'assemblée générale.

Il approuve les politiques écrites de la Mutuelle et veille à ce que ces politiques soient mises en œuvre.

Conformément l'article L.114-9 du code de la mutualité, le conseil d'administration adopte les règlements des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L.221-2 du code de la mutualité 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 fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives 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. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au président du conseil d'administration ou le cas échéant au dirigeant opérationnel.

Le conseil d'administration approuve le règlement intérieur.

Le conseil d'administration agréé les membres honoraires sur proposition du président.

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

Article 33 - Délégations

Le conseil d'administration peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses pouvoirs soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs nommément désignés.

Le conseil d'administration fixe également les conditions dans lesquelles il délègue au dirigeant opérationnel les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle. Le dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci. Il assiste à toutes les réunions du conseil d'administration.

Article 34 - Indemnités versées aux administrateurs et remboursement de frais

Les fonctions d'administrateur sont gratuites.

La Mutuelle peut cependant verser des indemnités à des administrateurs, rembourser les frais, dans les conditions prévues aux articles L.114-26 et L.114-27 du code de la mutualité.

L'assemblée générale peut décider d'allouer annuellement une indemnité au président ou/et à ceux des administrateurs qui, à raison des attributions permanentes qui leur sont confiées, supportent des sujétions particulièrement importantes.

Article 35 - Interdictions

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage autre que ceux prévus à l'article L.114-26 du code de la mutualité.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur. Les membres du conseil d'administration ne peuvent exercer de 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.

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.

Article 36 – Conventions réglementées soumises à autorisation

Toute convention intervenant entre la Mutuelle et l'un de ses administrateurs 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.

Il en est de même des conventions auxquelles un administrateur est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la Mutuelle par personne interposée, ainsi que des conventions intervenant entre la Mutuelle et toute personne morale de droit privé si l'un des administrateurs 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.

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur et toute personne morale appartenant au même groupe que la Mutuelle au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité.

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.

Article 37 – Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

Les dispositions de l'article 36 ne sont pas applicables aux conventions portant sur des opérations courantes, conclues à des conditions normales définies par décret. Toutefois ces conventions sont communiquées par les intéressés au président du conseil d'administration.

La liste et l'objet desdites conventions sont communiqués par le président aux membres du conseil d'administration et au commissaire aux comptes. Ces éléments sont présentés par l'assemblée générale dans les conditions fixées par décret pris en application de l'article L.114-33 du code de la mutualité.

Article 38 – Conventions interdites

Conformément à l'article L.114-37 du code de la mutualité, il est interdit aux administrateurs 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 l'administrateur peut en bénéficier aux mêmes conditions que celles 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 administrateurs.

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

Article 39 – Obligations de l'administrateur

Les administrateurs sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

L'administrateur intéressé est tenu d'informer le conseil d'administration de la Mutuelle dès qu'il a connaissance d'une convention à laquelle l'article 36 est applicable.

Il ne peut pas prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.

L'administrateur informe la Mutuelle de toute modification intervenant dans les mandats qu'il exerce au sein d'organismes mutualistes et ayant fait l'objet d'une déclaration lors de sa candidature.

Article 40 – Responsabilités

Conformément à l'article L.114-29 du code de la mutualité, la responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon le cas, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

CHAPITRE III – PRÉSIDENT, DIRECTEUR GÉNÉRAL ET BUREAU

Article 41 – Direction effective

La direction effective de la Mutuelle est assurée par le président du conseil d'administration et par le directeur général, en qualité de dirigeant opérationnel conformément à l'article R.211-15 du code de la mutualité.

La direction effective élabore et conduit dans le cadre des orientations arrêtées par le conseil d'administration et sous le contrôle de celui-ci, la stratégie de développement de la Mutuelle en s'attachant à mettre en œuvre une gestion saine, prudente et efficace garantissant le respect et la pérennité de ses engagements vis-à-vis de ses assurés et de leurs ayants droit.

À cette fin, le conseil d'administration lui délègue, dans le respect des attributions propres de chacun de ses deux membres, les pouvoirs lui permettant d'agir en toutes circonstances dans l'intérêt de la Mutuelle et de ses membres.

Les dirigeants effectifs avisent le commissaire aux comptes de toutes les conventions autorisées.

SECTION 1 – PRÉSIDENT

Article 42 – Élection et révocation du président

Le conseil d'administration élit parmi ses membres satisfaisant aux exigences d'honorabilité, de compétences et d'expérience requises par la législation pour exercer, conjointement, avec le directeur général, la direction effective de la Mutuelle, un président qui est élu en qualité de personne physique.

Le président est élu à la première réunion du conseil d'administration qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration pour 6 ans, durée qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur.

Il est rééligible.

Le conseil d'administration peut à tout moment mettre un terme aux fonctions du président.

Sur décision d'opposition de l'ACPR dans les conditions définies à l'article L.612-23-1 du code monétaire et financier, le mandat du président nouvellement élu ou réélu peut cesser.

Article 43 - Vacance en cours de mandat

En cas de décès, de démission, ou de perte de la qualité d'adhérent du président ou de cessation du mandat de président à la suite d'une décision d'opposition prise par l'ACPR en application de l'article L.612-23-1 du code monétaire et financier, il est pourvu à son remplacement par le conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le conseil d'administration est convoqué immédiatement à cet effet par le vice-président. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le vice-président.

Article 44 - Attributions du président

Outre ses attributions afférentes à la direction effective de la Mutuelle qu'il assure conjointement avec le directeur général, le président du conseil d'administration organise et dirige les travaux du conseil d'administration dont il rend compte à l'assemblée générale.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Il propose au conseil d'administration qui en décide la nomination d'un candidat aux fonctions de directeur général ainsi que les éléments de son contrat de travail dont la signature lui incombe. De même, il lui appartient de proposer au conseil d'administration qui en décide, de mettre un terme aux fonctions du directeur général ; il lui incombe, alors, de conduire, le cas échéant, la procédure de rupture du contrat de travail de l'intéressé dans le respect de la législation du travail.

Il convoque le conseil d'administration et en établit l'ordre du jour.

Il donne avis au commissaire aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Il représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile sous réserve des délégations consenties au directeur général.

Le président représente la Mutuelle dans ses rapports avec les tiers. La Mutuelle est engagée même par les actes du président qui ne relèvent pas de l'objet social, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances, étant exclu que la seule publication des statuts suffise à constituer cette preuve.

Les dispositions des statuts ou les dispositions du conseil d'administration limitant les pouvoirs du président sont inopposables aux tiers.

Il peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier, au

dirigeant opérationnel ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. Sous réserve de l'obtention de l'accord préalable du conseil d'administration, chaque délégataire pourra à son tour déléguer les pouvoirs qu'il a ainsi reçus. En aucun cas, le président ne peut déléguer des attributions qui lui sont spécialement attribuées par la loi.

SECTION 2 - DIRECTEUR GÉNÉRAL, DIRIGEANT OPÉRATIONNEL

Article 45 - Nomination - attributions

En sa qualité de dirigeant opérationnel, le directeur général est nommé et révoqué, sur proposition du président du conseil d'administration, par le conseil d'administration dans les conditions fixées à l'article 44.

Le directeur général est investi, lors de sa nomination et conformément aux dispositions de l'article L.211-14 du code de la mutualité, par le conseil d'administration des pouvoirs nécessaires à la direction effective de la Mutuelle.

Le directeur général a autorité sur les services de la Mutuelle dont il dirige et contrôle l'action en sanctionnant les éventuels manquements.

Le directeur général assiste en qualité de dirigeant opérationnel à toutes les réunions du conseil d'administration. Le directeur général propose au conseil d'administration la désignation des responsables des fonctions clés mentionnées à l'article L.211-12 du code de la mutualité lesquels sont placés sous son autorité.

Il soumet également à l'approbation du conseil d'administration, les procédures 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.

Le conseil d'administration 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.

En cas de vacance définitive du dirigeant opérationnel pour cause de décès ou pour toute autre cause, un nouveau dirigeant opérationnel est nommé par le conseil d'administration dans les meilleurs délais.

SECTION 3 - BUREAU

Article 46 - Composition

Le bureau est composé d'un maximum de 5 membres élus par le conseil d'administration en son sein, comprenant outre le président du conseil d'administration :

- un vice-président ;
- un secrétaire général ;
- un secrétaire général adjoint ;
- un trésorier ;
- un trésorier adjoint.

Les membres du bureau sont élus pour trois ans par le conseil d'administration, en son sein, au cours de la première réunion qui suit l'assemblée générale ayant procédé au renouvellement du conseil d'administration.

Les membres du bureau ne peuvent être nommés pour une durée excédant celle de leur mandat d'administrateur. Ils sont rééligibles.

Le règlement intérieur détermine les modalités des élections.

Article 47 – Fonctions du bureau et de ses membres

47.1 – Fonctions du bureau

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 éventuelle au conseil d'administration.

47.2 – Fonctions du vice-président

En cas d'indisponibilité temporaire du président, le vice-président, assume les fonctions du président prévues à l'article L.114-18 du code de la mutualité.

En particulier, lorsque le poste de président devient vacant, le vice-président convoque sans délai le conseil d'administration aux fins de procéder à une nouvelle élection.

47.3 – Fonctions du secrétaire général

Le secrétaire général est responsable de la rédaction des procès-verbaux et de la conservation des archives. Le secrétaire général peut, sous sa responsabilité et son contrôle, et avec l'autorisation du conseil d'administration, confier à un (ou des) salarié(s) de la Mutuelle l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et lui (ou leur) déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. Les délégations ainsi consenties sont nécessairement écrites.

En cas de vacance du secrétaire général, le secrétaire général adjoint assume les fonctions du secrétaire général.

47.4 – Fonctions du trésorier

Le trésorier est responsable des opérations financières et de placements de la Mutuelle ainsi que de la régularité des opérations de paiement des dépenses engagées et des opérations d'encaissement des recettes et produits dus à la Mutuelle. Il veille à la bonne tenue de la comptabilité tant générale que technique et à la régularité de la situation fiscale de la Mutuelle. Il assure le suivi de l'exécution du budget de la Mutuelle dont il prépare pour le compte du président le projet.

Il préside la commission financière de la Mutuelle. Il présente au conseil d'administration un rapport annuel sur la situation financière de la Mutuelle.

Il présente à l'assemblée générale le rapport de gestion et les comptes annuels ainsi que l'ensemble des documents, états et tableaux qui s'y rattachent, après leur adoption par le conseil d'administration.

En cas de vacance du trésorier, le trésorier adjoint assume les fonctions du trésorier.

Article 48 – Réunions et délibérations du bureau

Le bureau se réunit sur convocation du président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle. Il prépare les réunions du conseil d'administration.

Le président peut inviter des personnes extérieures au bureau à assister aux réunions.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé lors de la séance suivante.

CHAPITRE IV – COMITÉ D'AUDIT

Article 49 – Composition

Le comité d'audit comprend au moins quatre membres. Sa composition est décidée par le conseil d'administration. Le président du conseil d'administration ne peut pas être membre du comité d'audit.

Article 50 – Missions

Le comité d'audit est chargé, conformément aux dispositions des articles L.114-17-1 du code de la mutualité et L.823-19 du code de commerce :

- de suivre le processus d'élaboration de l'information financière ;
- de suivre le processus d'élaboration des comptes annuels de la Mutuelle, d'examiner les hypothèses retenues pour les arrêtés de compte et d'étudier la pertinence du choix des principes et méthodes comptables ;
- de s'assurer de la mise en place de la gestion des risques et d'un dispositif de contrôle interne et de son efficacité ;
- de surveiller l'exécution de la mission des commissaires aux comptes, leur mode de rémunération et leur indépendance. En outre, le comité d'audit participe au processus de désignation et de renouvellement du commissaire aux comptes ;
- de soumettre à l'approbation du conseil d'administration un rapport sur la définition et l'application des règles de contrôle interne contenant les indications visées à l'article R.211-28 du code de la mutualité.

Article 51 – Fonctionnement

Chaque réunion du comité d'audit fait l'objet d'une convocation spécifique de ses membres et d'un compte-rendu lors du conseil d'administration suivant.

Le président du comité d'audit a pour rôle d'animer les réunions, de coordonner les actions de ses membres et de rendre compte au conseil d'administration. Il peut inviter le directeur général, les directeurs en charge du contrôle interne et de l'audit, le commissaire aux comptes et, avec l'accord du président, des personnes extérieures.

Le président du comité d'audit est chargé de l'organisation matérielle des réunions, des convocations, de la communication aux membres du comité d'audit du calendrier prévisionnel des réunions, de la tenue du registre de présence et de l'établissement des comptes-rendus des réunions.

Les règles de confidentialité applicables aux administrateurs, s'imposent aux membres du comité d'audit ainsi qu'à toute personne extérieure invitée à participer aux réunions.

Une charte de fonctionnement du comité d'audit peut être établie par le conseil d'administration.

Les résultats des travaux du comité d'audit sont consignés dans un rapport écrit communiqué au président du conseil d'administration avant l'assemblée générale et présenté à celle-ci par le président du comité d'audit.

CHAPITRE V - ORGANISATION FINANCIÈRE

SECTION 1 - PRODUITS ET CHARGES

Article 52 - Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- les cotisations des membres participants et honoraires ;
- le cas échéant ; les droits d'adhésion ;
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
- les dons ; legs et subventions ;
- plus généralement ; tout autre produit non interdit par la loi.

Article 53 - Charges

Les charges comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants ;
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
- les versements à une Mutuelle dédiée ;
- les cotisations aux unions et fédérations ;
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination ;
- les versements au système fédéral de garantie ;
- la redevance prévue à l'article L.612-20 du code monétaire et financier et affectée aux ressources de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour l'exercice de ses missions ;
- plus généralement ; toutes autres charges non interdites par la loi.

SECTION 2 - AUTRES DISPOSITIONS

Article 54 - Fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 381 100 euros. Ce montant pourra être augmenté par décision de l'assemblée générale.

Article 55 - Système fédéral de garantie

La Mutuelle adhère au Système fédéral de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Article 56 - Exercice comptable

L'exercice comptable de la Mutuelle commence le 1er janvier et finit le 31 décembre de chaque année.

Le premier exercice est clôturé le 31 décembre 2020.

Article 57 - Commissaire aux comptes

L'assemblée générale nomme pour une durée de 6 ans un commissaire aux comptes titulaire et un commissaire aux comptes suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du code de commerce.

Par exception, le premier commissaire aux comptes titulaire et le premier commissaire aux comptes suppléant sont nommés pour un an.

Le président convoque le commissaire aux comptes titulaire à toute assemblée générale.

Le commissaire aux comptes exerce sa mission dans les conditions fixées par le code de commerce et le code de la mutualité qui lui sont applicables.

TITRE III - INFORMATION DES ADHERENTS

Article 58 - Étendue de l'information

58.1 - Opérations individuelles

Dans le cadre des adhésions individuelles, le membre participant reçoit gratuitement un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste ainsi qu'à sa demande, du règlement intérieur.

Les modifications des statuts et du règlement mutualiste sont portées à sa connaissance par voie postale ou par courrier électronique.

58.2 - Opérations collectives

Dans le cadre des adhésions issues d'un contrat collectif, l'employeur ou la personne morale souscriptrice est tenu de remettre à chaque membre participant les statuts de la Mutuelle et une notice d'information, établie par la Mutuelle, qui définit le contenu des droits et obligations découlant du contrat collectif ainsi que les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque ; le membre participant peut, également, demander communication du règlement intérieur.

Toute modification du contrat collectif est constatée par un avenant signé entre le Souscripteur et la Mutuelle. L'employeur ou la personne morale souscriptrice est tenu de remettre à chaque membre participant une notice d'information établie par la Mutuelle.

TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 59 - Fonds d'action sociale

Un fonds d'action sociale peut être créé dans le but d'aider à titre exceptionnel les membres participants et leurs ayants droit.

Les sommes destinées à alimenter ce fonds sont votées lors de l'établissement du budget annuel de la Mutuelle et approuvées en assemblée générale. Elles sont prélevées uniquement sur les fonds disponibles de la Mutuelle après constitution des réserves et des provisions techniques exigées par les dispositions du livre II du code de la mutualité.

L'octroi des aides relève de la compétence du conseil d'administration.

Article 60 - Dissolution et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'assemblée générale.

L'assemblée générale règle le mode de liquidation, nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les administrateurs et désigne les attributaires de l'excédent de l'actif net sur le passif dans les conditions prévues par l'article L.113-4 du code de la mutualité.

La nomination des liquidateurs met fin aux pouvoirs des administrateurs.

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.

Article 61 – Protection des données à caractère personnel

Les données relatives aux délégués, aux administrateurs et aux personnels de la Mutuelle constituent des données à caractère personnel et sont protégées à ce titre conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et le règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Les informations collectées auprès des délégués, des administrateurs et des personnels de la Mutuelle sont nécessaires à l'organisation des réunions des instances, à la désignation des délégués, aux élections des administrateurs et au suivi administratif des dossiers des délégués et des administrateurs. Elles sont enregistrées sur des outils informatiques afin que la Mutuelle en sa qualité de responsable du traitement, puisse mettre en œuvre les obligations statutaires, légales et réglementaires qui lui incombent. Elles peuvent être transmises aux sous-traitants de la Mutuelle intervenant dans le fonctionnement des instances.

Elles sont conservées jusqu'au terme des délais de prescription. Les personnes concernées bénéficient d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de leurs données ou encore de limitation du traitement. Elles peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer aux traitements des données les concernant. Elles peuvent, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer leurs droits en adressant un courrier postal au siège social de la Mutuelle ou un courriel à dpo@unmi.eu. Par ailleurs, elles disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle compétente, la CNIL (www.cnil.fr).

Les dispositions relatives à la protection des données à caractère personnel des affiliés ou assurés au titre des contrats collectifs, obligatoires ou facultatifs, ou des règlements mutualistes figurent dans les notices d'information afférentes aux contrats collectifs ou dans les règlements mutualistes.

STATUTS D'UNMI'Mut
APPROUVÉS PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
DU 9 JUIN 2022



ANNEXE 5 :

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Approuvé par l'assemblée
générale du 17 février 2022

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
CHAPITRE 1 - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	4
ARTICLE 1 - COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE	4
ARTICLE 2 - SECTIONS DE VOTE.....	4
ARTICLE 3 - ÉLECTIONS DES DÉLÉGUÉS	4
3.1. Nombre de délégués	4
3.2. Conditions d'éligibilité	4
3.3. Organisation des élections et candidatures	4
ARTICLE 4 - MODALITÉS DE VOTE	4
ARTICLE 5- DÉPOUILLEMENT DU SCRUTIN ET PUBLICITÉ DES RÉSULTATS.....	4
CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	5
ARTICLE 6 - MODALITÉS DE L'ÉLECTION.....	5
ARTICLE 7 - MODALITÉS DE CANDIDATURE.....	5
ARTICLE 8 - MODALITÉS DE VOTE	5
CHAPITRE 3 - PRÉSIDENT, DIRIGEANT OPÉRATIONNEL ET BUREAU	5
ARTICLE 9 - ÉLECTIONS DU PRÉSIDENT, DIRIGEANT OPÉRATIONNEL	5
ARTICLE 10 - ÉLECTIONS DU BUREAU	6

PREAMBULE

Conformément à l'article 5 des statuts, le présent règlement intérieur définit les conditions d'application des statuts de la Mutuelle.

CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 1 - Composition de l'assemblée générale

L'assemblée générale est composée des délégués des sections de vote élus par les membres participants de la Mutuelle.

Les membres honoraires participent à l'assemblée générale en qualité d'auditeurs.

Article 2 - Sections de vote

Les sections de vote sont définies à l'article 13 des statuts.

Article 3 - Élections des délégués

3.1. Nombre de délégués

Pour déterminer le nombre de délégués à élire dans chaque section de vote, l'effectif de la section à prendre en considération est le nombre de membres participants au 31 décembre de l'année précédant l'élection.

3.2. Conditions d'éligibilité

Les délégués ne peuvent être candidats qu'au sein de la section de vote à laquelle ils appartiennent et doivent, pour être éligibles, être à jour de leurs cotisations.

Les membres participants couverts à la fois au titre d'une opération individuelle et au titre d'une opération collective sont rattachés à la section de vote dont dépend le contrat individuel.

3.3. Organisation des élections et candidatures

Avant le 31 mars de l'année des élections, la date des élections des délégués, les modalités du scrutin (vote par correspondance et/ou vote par internet) ainsi qu'un appel à candidature sont communiqués par voie postale ou par voie électronique aux membres participants.

La date des élections des délégués est fixée par le conseil d'administration.

L'appel à candidature précise le nombre de délégués à élire, la date limite de réception par la Mutuelle des déclarations de candidature.

Chaque déclaration de candidature doit comporter :

- la photocopie d'une pièce d'identité, en cours de validité, recto verso ;
- une fiche de renseignement précisant les nom, prénoms, date et lieu de naissance, adresse, situation professionnelle, numéro d'adhérent à la Mutuelle ;
- une déclaration de candidature datée et signée.

Les déclarations de candidature doivent parvenir par courrier ou être déposées contre accusé de réception au siège de la Mutuelle avant l'expiration du délai imparti.

Toute candidature incomplète ou parvenue après l'expiration du délai imparti est irrecevable.

Article 4 - Modalités de vote

Les élections des délégués ont lieu à bulletin secret au scrutin uninominal à un tour. Sont élus les candidats qui ont obtenu le plus grand nombre de voix et, en cas d'égalité de voix, les candidats les plus âgés.

Lorsqu'un vote par correspondance est organisé, les formulaires de vote sont remis ou adressés par la Mutuelle aux électeurs de chaque section de vote au plus tard 15 jours avant la date des élections.

Chaque formulaire de vote permettant l'élection des délégués comporte la liste des candidats, dans l'ordre alphabétique, mentionnant les nom, prénoms, date de naissance, profession, date d'adhésion à la Mutuelle, le nombre de sièges à pourvoir ainsi que les modalités de vote.

Ce formulaire remplit les conditions nécessaires à l'anonymat du votant.

Sous peine de nullité, le formulaire une fois rempli ne doit :

- pas faire état d'un nombre de noms supérieur au nombre de postes à pourvoir ;
- comporter aucun signe distinctif quelconque.

Les formulaires de vote doivent être envoyés par voie postale au siège social de la Mutuelle ou par courriel à l'adresse électronique mentionnée sur l'appel à candidature.

Il ne sera pas tenu compte des votes reçus après la date de clôture du scrutin, le cachet de la poste ou la date d'envoi du courriel comportant le formulaire de vote faisant foi.

La Mutuelle peut mettre en place un vote électronique. Les modalités de mise en place de ce vote permettent de respecter les principes suivants :

- vérifier l'identité des électeurs ;
- s'assurer de la sincérité et de l'intégrité du vote ;
- respecter le secret du vote ;
- permettre la surveillance effective du vote et le contrôle a posteriori par le bureau de vote.

Article 5 - Dépouillement du scrutin et publicité des résultats

Le bureau de vote est présidé par le président du conseil d'administration de la Mutuelle ou par tout membre participant non candidat sur délégation du Président. Il comprend deux assesseurs choisis parmi les membres participants à l'exception des candidats.

Le bureau de vote est chargé d'assister aux opérations de dépouillement et de statuer sur les cas litigieux.

Le Président du bureau de vote proclame les résultats à l'issue du dépouillement du scrutin.

Les résultats des élections sont portés à la connaissance des membres participants par publication en ligne soit via un lien d'accès public soit via le site internet d'un prestataire désigné par la Mutuelle dans les 7 jours qui suivent la date des élections.

CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 6 - Modalités de l'élection

Les administrateurs sont élus par les délégués à l'assemblée générale.

Les élections ont lieu par moitié tous les trois (3) ans.

Les administrateurs sortants sont rééligibles sous réserve des dispositions réglementaires en vigueur ainsi que celles relatives aux conditions d'éligibilité prévues dans les statuts et le présent règlement intérieur.

Article 7 - Modalités de candidature

Tous les membres de la Mutuelle sont informés de la tenue des élections de la moitié sortante du conseil d'administration au cours de l'année où le mandat de ces administrateurs arrive à échéance, par tout moyen de communication au moins deux (2) mois civils avant l'assemblée générale procédant à l'élection.

La déclaration de candidature aux fonctions d'administrateur est individuelle et personnelle. Sous peine d'irrecevabilité, la déclaration est accompagnée d'un dossier de candidature devant comporter les éléments suivants :

- Une copie de la pièce d'identité en cours de validité ;
- Une lettre de motivation ;
- Un curriculum vitae exposant les compétences acquises et sur lequel doit figurer de façon détaillée les formations suivies, les diplômes obtenus et pour chacune des fonctions exercées au cours des dix (10) dernières années en France ou à l'étranger, le nom ou la dénomination sociale de l'employeur ou de l'entreprise concernée, les responsabilités effectivement exercées ;
- Un extrait de casier judiciaire (bulletin n°3) datant de moins de 3 mois au jour de l'envoi du dossier de candidature. Le bulletin doit être demandé personnellement par internet ou par courrier ;
- Une fiche de renseignements émanant du candidat, précisant le nombre, la nature et la durée des mandats d'administrateurs qu'il détient au sein d'autres organismes mutualistes.

La déclaration de candidature peut être accompagnée d'une profession de foi n'excédant pas une page de format A4, imprimée recto/verso, sans couleurs ni photographies.

La déclaration de candidature est adressée au siège de la Mutuelle, à l'attention du président, par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle doit être adressée au plus tard trente (30) jours civils avant la date de l'assemblée générale procédant à l'élection, le cachet de la poste faisant foi ou être déposée contre récépissé, dans le même délai, au siège de la Mutuelle. En cas de litige, il appartient au membre qui prétend s'être porté candidat selon la procédure susvisée de le prouver en produisant l'accusé de réception ou le récépissé de dépôt de son dossier de candidature.

La Commission d'évaluation de l' élu de la Mutuelle est en charge d'examiner chaque candidature. A ce titre, la Commission :

- Contrôle la recevabilité de la candidature : la Commission vérifie la complétude de chaque dossier de candidature et le respect des délais de dépôt du dossier. Toute candidature incomplète et/ou

transmise hors délais sera considérée irrecevable par la Commission ;

- Évalue la compétence et l'honorabilité des candidats au Conseil d'administration. Toute candidature ne présentant pas les niveaux de compétence et d'honorabilité ne sera pas retenue.

Par ailleurs, la Commission d'évaluation de l' élu est également en charge de contrôler que le membre est à jour de ses cotisations. Lors de l'établissement de la liste des candidats, la Commission d'évaluation de l' élu indique le nombre minimum de candidats membres participants devant être élus afin de s'assurer qu'au moins deux tiers d'administrateurs aient la qualité de membres participants.

Après instruction des dossiers de candidature, la Commission d'évaluation de l' élu établit une liste des candidats qu'elle transmet, par écrit, au président du conseil d'administration au plus tard sept (7) jours civils avant l'assemblée générale procédant à l'élection.

Article 8 - Modalités de vote

Chaque candidat peut disposer d'un temps de parole limité à cinq (5) minutes pour motiver sa candidature devant l'Assemblée.

Les membres du conseil d'administration sont élus à bulletin secret sur support papier ou électronique par les délégués à l'assemblée générale.

Le vote s'effectue conformément à l'ordre du jour de l'assemblée générale.

Une liste des candidats est affichée, par ordre alphabétique en fonction d'une lettre tirée au sort par un précédent conseil d'administration.

Sous peine de nullité du bulletin de vote, chaque électeur doit sélectionner autant de candidats que de postes à pourvoir.

Sont élus les candidats qui recueillent le plus grand nombre de suffrages exprimés dans la limite des postes à pourvoir. Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune. Un bureau de vote est constitué en séance et installé dans le lieu où se déroule l'Assemblée générale. Il est présidé par un administrateur non soumis à réélection, assisté de deux assesseurs choisis parmi les délégués à l'exception des candidats. En cas de vote électronique les conditions sont définies par la Mutuelle en respectant le secret du vote et la sincérité du scrutin.

Le bureau de vote est en charge d'assurer la régularité des élections et le dépouillement du scrutin. Pour établir la régularité des opérations de vote, la Mutuelle se réserve le droit de requérir le ministère d'un huissier de justice. Les résultats sont immédiatement proclamés par le président du conseil d'administration, et les noms des administrateurs nouvellement élus portés à la connaissance des délégués.

CHAPITRE 3 - PRÉSIDENT, DIRIGEANT

OPERATIONNEL ET BUREAU

Article 9 - Elections du président, dirigeant opérationnel

Le conseil d'administration se réunit, pour élire son nouveau président, suite à l'assemblée générale au cours de laquelle le président en fonctions achève son mandat.

Tous les administrateurs peuvent faire acte de candidature en séance.

Chaque candidat peut disposer d'un temps de parole limité à cinq (5) minutes pour motiver sa candidature devant le conseil d'administration.

Sous peine de nullité du bulletin de vote, chaque électeur doit sélectionner un seul candidat.

Le président est élu, au scrutin majoritaire uninominal à deux tours, pour une durée de six ans. Pour être élu au 1er tour, il faut obtenir la majorité absolue des suffrages exprimés. En cas de ballottage seuls les deux candidats ayant obtenu le plus de suffrages exprimés peuvent se présenter au second tour. La majorité relative suffit pour être élu au second tour.

Le vote se déroule à main levée, sauf, si au moins un des administrateurs présents demande le vote à bulletin secret.

Article 10 – Élections du bureau

En application des statuts, les membres du bureau sont élus pour trois ans par le conseil d'administration, sur proposition de son président.

L'élection intervient au cours du premier conseil d'administration suivant l'assemblée générale au cours de laquelle se déroule l'élection des administrateurs dans le cadre du renouvellement du conseil d'administration. Les administrateurs votent, à la majorité simple, pour la liste présentée par le président. Le vote se déroule à main levée, sauf, si au moins un des administrateurs présents demande le vote à bulletin secret.

En cas de rejet de la liste des membres du bureau par le conseil d'administration, il appartient au président de proposer une nouvelle liste et de la soumettre au vote du conseil d'administration.

—
RÈGLEMENT INTÉRIEUR
APPROUVÉ PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE
DU 17 FÉVRIER 2022
—



ANNEXE 6 : MENTIONS LÉGALES ZENIOO

Zenioo est une Société par actions simplifiées au capital de 1 267 431 euros, immatriculée au RCS de LYON sous le numéro 884 782 582 dont le siège social est situé au 6 Cours André Philip 69100 Villeurbanne.

Zenioo a la qualité de courtier en assurances, immatriculé à l'ORIAS sous le numéro 20 005 879 (informations consultables à l'adresse suivante : www.orias.fr).

L'autorité en charge du contrôle de ses opérations est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

Cette annexe à votre notice d'information en fait partie intégrante et vous permet d'obtenir l'accès aux informations sur la manière dont Zenioo réalise :

- > Le traitement des réclamations
- > Le traitement de vos données à caractère personnel.

Traitement des réclamations By Zenioo

La satisfaction des clients est au cœur de nos préoccupations. Hélas, malgré notre volonté de vous servir au mieux, vous avez pu rencontrer des difficultés dans le cadre de votre expérience avec Zenioo.

Si vous souhaitez nous les partager, nous restons, avec nos partenaires, à votre entière écoute pour vous apporter la meilleure solution possible.

Pour savoir comment vous pouvez formuler une réclamation et retrouver toutes les mentions d'information relative au traitement des réclamations par Zenioo, nous vous invitons à consulter la rubrique « traitement des réclamations » sur notre site, accessible à l'adresse suivante : <https://zenioo.com/gestion-de-reclamations/>

Traitement de vos données personnelles By Zenioo

Zenioo a à cœur de traiter avec une grande attention vos données à caractère personnel.

Vous pouvez retrouver les modalités de traitement de vos données à caractère personnel directement sur notre site dans la rubrique « Politique de protection des données et gestion des cookies », accessible à l'adresse suivante : <https://zenioo.com/politique-donnees-personnelles-et-cookies/>

Notre Délégué à la protection des Données reste bien entendu à votre disposition pour tout complément d'information aux coordonnées suivantes :

- > Par voie postale : 6 Cours André Philip 69100 Villeurbanne (DPO de ZENIOO)
- > Par email : dpo@zenioo.com

