



Notice d'information Tepee Santé Solidaire

PREAMBULE

La présente notice d'information a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre du contrat de groupe à adhésion facultative « TEPEE SANTE solidaire » n°2019/004-MAL souscrit par l'Association PREVOYANCE RETRAITE CONSEIL (PRC SANTE) auprès de la Mutuelle MIP.

L'organisme assureur est la MIP, Mutuelle Nationale N° 775 671 902, soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé au 178 rue Montmartre - 75096 PARIS Cedex 02.

Le Souscripteur est PRC SANTE, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, enregistrée au Registre Nationale des Associations sous le numéro W751124965 et située 39 Rue Mstislav Rostropovitch – 75017 PARIS.

L'organisme gestionnaire est, par délégation de l'organisme assureur, SIACI SAINT HONORE sous la marque VIVINTER, SAS immatriculée sous le N° SIREN 572 059 939 et dont le siège social est situé Season, 39 Rue Mstislav Rostropovitch – 75017 PARIS.

La garantie Assistance est quant à elle assurée par AUXIA Assistance, entreprise régie par le Code des Assurances au capital de 1 780 000 €, N° RCS 351 733 761 Paris, auprès de qui MIP a souscrit le contrat d'assistance n° 80 10 10.

BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE

Par bénéficiaires, il faut entendre les membres participants et leurs ayants droit figurant sur le bulletin d'adhésion et repris par le certificat d'adhésion.

Les membres participants

Ce sont les personnes physiques membres de l'association PRC SANTE :

- ayant au minimum 18 ans l'année de l'adhésion ;
- ayant au maximum 85 ans l'année de l'adhésion ;
- relevant d'un régime de base de la Sécurité sociale française,
- exerçant ou non une activité professionnelle,
- résidant en France Métropolitaine (**la principauté de Monaco est exclue**).

L'accès au contrat n'est pas soumis à questionnaire médical.

Les conditions ci-dessus sont cumulatives. Ces personnes deviennent membres participants dès l'acceptation de leur adhésion au contrat groupe « TEPEE SANTE solidaire » par la Mutuelle via l'édition d'un certificat d'adhésion.

Les ayants droit

Peuvent également bénéficier de la couverture, les ayants droit du membre participant tels que définis ci-dessous :

- > Le conjoint du membre participant avec lequel il est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement ;
- > Le concubin notoire et permanent du membre participant, c'est à dire la personne vivant maritalement avec lui, sous le même toit, sous réserve d'apporter la preuve de cette vie commune par tous moyens (contrat de bail aux deux noms ou contrat EDF aux deux noms ou encore attestation sur l'honneur). Cette preuve peut être demandée annuellement par la Mutuelle.
- > Le partenaire de Pacte Civil de Solidarité (sur présentation de la copie de l'attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance du domicile du membre participant et d'un justificatif de domicile commun) ;
- > Les enfants célibataires jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire, quelle que soit leur situation.

Ils doivent être affiliés à un régime de base de la Sécurité sociale française et être domiciliés en France Métropolitaine.

Les ayants-droit couverts sont ceux figurant expressément sur le bulletin d'adhésion signé par le membre participant et le certificat d'adhésion.

Les limites d'âge sont calculées par différence de millésime au 1^{er} janvier de chaque année. Le membre participant devra fournir les pièces justificatives attestant de sa situation personnelle ou familiale.

MODALITES D'ADHESION

Pour bénéficier des garanties « TEPEE SANTE solidaire », le membre participant doit retourner, à VIVINTER – Service cotisations isolées – TSA 70004 – 93414 SAINT DENIS CEDEX, dûment complétés :

- son bulletin d'adhésion, accompagné des justificatifs de situation de famille le cas échéant,
- la copie de son attestation Vitale de moins de 3 mois avec, le cas échéant, la mention de ses ayants droit, ou leur propre attestation Vitale s'ils ont leur propre numéro d'immatriculation,
- la copie d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport),
- un relevé d'identité bancaire ou caisse d'épargne du compte sur lequel seront virées les prestations et prélevées les cotisations,
- un mandat de prélèvement SEPA.

En demandant son adhésion, le membre participant s'engage à prendre en charge la cotisation afférente à la garantie choisie. Le premier prélèvement est effectué au début du mois civil suivant l'adhésion.

CHANGEMENT DE SITUATION

L'adhésion du membre participant est établie d'après les informations qu'il fournit lors de son adhésion et durant celle-ci.

Le membre participant s'engage à déclarer par écrit, dans les 15 jours suivant l'évènement, toute modification de sa situation ou de celle d'un bénéficiaire qui aurait pour effet de rendre inexacts ou caduques les informations fournies lors de l'adhésion et en particulier celles figurant sur le certificat d'adhésion (notamment état civil, affiliation Sécurité sociale, domiciliation, domiciliation bancaire, souscription d'autre garantie de même nature).

En cas de modification de situation entraînant la perte de la qualité de membre participant ou d'ayant droit, la modification de l'adhésion prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant l'évènement, sur fourniture des justificatifs de situation (date du décès, date de divorce, date de changement d'affiliation au Régime Obligatoire par exemple).

Toute inscription d'un nouvel ayant droit en tant que bénéficiaire devra faire l'objet d'une demande écrite dans les 15 jours suivant l'évènement qui donne droit au bénéfice des garanties (1 mois en cas de naissance ou d'adoption) pour que la modification de l'adhésion soit effective dès l'évènement en question.

Si la demande est faite au-delà de ce délai, la modification prendra effet au plus tôt au 1^{er} jour du mois qui suivra la réception de la demande complète (avec justificatifs de situation).

En tout état de cause l'ajout ou le retrait de bénéficiaire pour convenance personnelle peut être demandé à chaque échéance principale de l'adhésion (date anniversaire de l'adhésion), par écrit envoyé au minimum 2 mois avant cette échéance. Le retrait ne peut avoir lieu qu'après un délai d'adhésion minimum de 12 mois dans la garantie.

Toute correspondance est à envoyer à VIVINTER – Service cotisations isolées – TSA 70004 – 93414 SAINT DENIS CEDEX

CHOIX DE LA GARANTIE

Lors de son adhésion à la Mutuelle, chaque membre participant peut adhérer à la garantie de base appelée CONFORT.

Les montants de prestations sont précisés dans le tableau de garanties joint. Le choix du membre participant est indiqué sur son certificat d'adhésion. Ses ayants droit bénéficient du même niveau de garantie que lui.

Par la suite, à chaque échéance principale (date anniversaire de l'adhésion) et sous réserve d'avoir au moins 12 mois d'adhésion dans la garantie précédente, le membre participant peut modifier son choix sur demande écrite par courrier recommandé avec accusé de réception faite au moins 2 mois avant l'échéance principale. Le changement de garantie ne peut intervenir qu'une fois pendant la période d'adhésion.

Le changement de niveau de garantie fera l'objet d'un avenant au certificat d'adhésion.

PRISE D'EFFET DE L'ADHESION / DELAIS DE CARENCE

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, date ne pouvant jamais être antérieure à la date de réception du dossier d'adhésion complet par le gestionnaire.

Les garanties sont réputées acquises immédiatement à cette date, aucun délai de carence n'est appliqué.

DUREE / RENOUELEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion est conclue pour une durée de douze mois minimum. Elle est ensuite renouvelée par tacite reconduction à chaque date anniversaire de l'adhésion, sauf résiliation dans les conditions prévues par le § Cessation de l'adhésion.

CESSATION DE L'ADHESION / EFFETS DE LA RESILIATION

L'adhésion peut être résiliée à la demande du membre participant :

- à chaque date anniversaire de l'adhésion, sous réserve de remplir la condition de durée d'adhésion minimum de 12 mois et d'en faire la demande par lettre recommandée avec avis de réception notifiée à MIP à l'adresse suivante : VIVINTER – Service cotisations isolées – TSA 70004 – 93414 SAINT DENIS CEDEX, au moins 2 mois avant cette date.
- en cours d'année en cas de modification de la situation du membre participant qui l'empêche de remplir les conditions définies pour être bénéficiaire de la présente couverture. La résiliation prendra effet au 1^{er} jour du mois qui suit l'évènement. Les ayants droit inscrits peuvent alors continuer à bénéficier de la couverture s'ils le demandent.
- Conformément à l'article L221-6 du Code de la Mutualité, en cas de modifications apportées à ses droits et obligations (tarifs et garanties), à condition d'en faire la demande dans un délai de 1 mois suivant la notification de ces modifications. La dénonciation de l'adhésion prendra effet au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du courrier du membre participant. Dans le cas contraire, il est réputé avoir accepté le(s) changement(s).

La résiliation de l'adhésion peut également être demandée par la Mutuelle :

- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions définies par le § Défaut de paiement des cotisations.
- en cas de refus par le membre participant des modifications apportées sur le niveau de ses prestations et/ou le montant de ses cotisations, à compter de la date d'effet des dites évolutions.
- en cas de décès du membre participant, à la date de l'évènement.
Les personnes garanties du chef du membre participant décédé peuvent continuer à bénéficier à titre personnel de la présente garantie selon les dispositions prévues au § Bénéficiaires de la garantie et sous réserve que la demande d'adhésion soit faite dans les 6 mois qui suivent le décès.
- en cas de domiciliation à l'étranger (hors France Métropolitaine). La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement. La résiliation prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de sa notification.
- en cas de résiliation du contrat groupe ouvert par l'Association souscriptrice.

En tout état de cause l'adhésion est résiliée de fait lorsque le membre participant ou un de ses ayants droit bénéficiaires ne remplit plus les conditions définies par la présente Notice d'Information.

Effets de la résiliation

Les garanties cessent pour le membre participant et ses ayants droit au dernier jour de la période couverte par la cotisation. Les frais médicaux dont la date (fait générateur de la prestation) est antérieure à la date d'effet de la résiliation continuent d'être pris en charge.

Les frais médicaux dont la date (fait générateur de la prestation) est postérieure à la date d'effet de la résiliation ne sont pas pris en charge.

Sauf dérogation de la Mutuelle, toute résiliation est définitive.

DEFINITION DES PRESTATIONS

Les garanties proposées par la garantie CONFORT sont dites solidaires mais non responsables.

Les niveaux de prestations sont définis dans le tableau de garanties joint. Sauf mention contraire, les prestations définies s'entendent y compris celles versées par la Sécurité sociale lorsque celle-ci intervient.

Les garanties couvrent le remboursement complémentaire des frais médicaux, chirurgicaux et maternité, reconnus par les régimes obligatoires d'assurance maladie française (régime général, régime Alsace Moselle ou autre) et inscrits à la nomenclature des actes professionnels ou à la classification commune des actes médicaux. Les frais non pris en charge ou considérés hors nomenclature par le régime obligatoire d'assurance maladie ou non-inscrits à la classification commune des actes médicaux ne donnent lieu à aucun remboursement, sauf ceux pour lesquels une prestation est expressément définie dans le tableau de garantie joint.

Fait générateur :

Seuls les frais médicaux dont la date des soins (fait générateur de la prestation) est postérieure ou égale à la date de prise d'effet de l'adhésion peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent régime, dans les conditions définies par la garantie souscrite.

La date des soins prise en compte pour les frais médicaux faisant l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire est celle retenue par la Sécurité sociale sur ses décomptes de remboursement.

En cas d'hospitalisation, la date des soins retenue par la Mutuelle est la date d'entrée dans l'établissement, quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

Pour les frais médicaux ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire, la date des soins retenue par la Mutuelle est celle figurant sur la facture du professionnel de santé.

En cas de traitement orthodontique non remboursé par le Régime Obligatoire, la date des soins retenue par la Mutuelle est la date de début de la période de traitement. Il est précisé que seule la période de traitement comprise entre la date d'effet de l'adhésion et la date d'effet de la résiliation peut donner lieu à prise en charge dans les conditions définies par la garantie souscrite.

Hospitalisation : Les frais sont ceux correspondant aux séjours en hospitalisation en Médecine, Chirurgie, Odontologie et Obstétrique (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY).

Ils doivent être réalisés dans des établissements hospitaliers.

Ne sont pas pris en charge les séjours en établissements médico-sociaux, en maisons d'accueil spécialisé, les cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées.

Frais d'accompagnant : Est pris en charge l'hébergement en milieu hospitalier ou foyer « accueil famille » sous réserve de nuitée.

Maison de repos : La chambre particulière pour les séjours en maison de repos de rééducation ou de convalescence (SSR) n'est prise en charge que s'ils font suite à une hospitalisation.

Dentaire : Le poste dentaire fait l'objet de l'application d'un plafond propre à chaque garantie et qui diffère en fonction du nombre d'années d'adhésion, tel qu'indiqué dans le tableau de prestations joint.

Il s'applique à l'ensemble des prestations du poste dentaire en dehors du poste « Consultations, soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale (y compris Inlay Onlay) ». Conformément aux dispositions prévues par les contrats responsables, lorsque le plafond dentaire est atteint, la Mutuelle prend en charge les soins concernés à hauteur du Ticket Modérateur.

Optique : La Mutuelle prend en charge dans les limites de chaque garantie les équipements (monture + verres) remboursés par la Sécurité sociale sur présentation d'une copie de l'ordonnance et de l'original de la facture.

Les montures solaires sont exclues des garanties.

La limitation à un équipement tous les 2 ans s'apprécie à compter de la date d'adhésion du bénéficiaire.

Elle est réduite à 1 an si le bénéficiaire est mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (sur présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ou de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité sociale).

Les montants forfaitaires en euros s'entendent en complément du remboursement de la Sécurité sociale et comprennent le Ticket Modérateur.

La prise en charge de la monture est quoi qu'il en soit toujours limitée à 150 € maximum.

Forfait annuel : Les limitations par an et par bénéficiaire prévues par le tableau des garanties joint s'entendent par année d'adhésion.

Secteur non conventionné : Les remboursements des actes médicaux dispensés en secteur non conventionné sont basés sur le tarif d'autorité.

Soins à l'étranger : Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls bénéficiaires résidant à titre principal en France métropolitaine pour des frais engagés en France métropolitaine.

Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours n'excédant pas 3 mois par an, si le Régime Obligatoire français d'assurance maladie du membre participant s'applique. Le règlement des prestations est effectué dans tous les cas en France et en euros.

Autres exclusions

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

Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- de guerre civile ou étrangère, d'émeutes et mouvements populaires,
- de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- de cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou de séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires,
- d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par le membre participant des prescriptions du médecin.

Même si votre Régime Obligatoire est intervenu, ne donnent pas lieu à prestation pour les hospitalisations, actes chirurgicaux, soins et prothèses dentaires, actes de kinésithérapie :

- les conséquences de l'éthylisme aigu ou chronique de la personne assurée, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement,
- les frais de séjour climatique à la campagne, à la mer, à la montagne et en colonie sanitaire (sauf en Sanatorium ou en Préventorium),
- les cures d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication et de thalassothérapie,
- les traitements à visée esthétique, à l'exception de ceux consécutifs à un accident garanti,
- les traitements psychanalytiques,
- les interventions chirurgicales à visée reconstructrice, esthétique ou plastique à l'exception de celles consécutives à un accident garanti, les interventions comportant une réduction de la masse graisseuse, ainsi que les interventions pour rhinoplastie et septoplastie nasale.

Restent néanmoins garanties les rhinoplasties justifiées par un traumatisme nasal survenu pendant la période de garantie,

- les interventions chirurgicales pour hypertrophie ou hypotrophie mammaires, ainsi que les interventions comportant une lipectomie, une liposuction, une liposuction, une liposculpture, une plastie abdominale,
- les traitements, hospitalisations et interventions chirurgicales pour les troubles de l'identité sexuelle,
- les séjours en centres, services ou établissements dits de longs séjours, de gérontologie, de gériatrie,
- les séjours psychopédagogiques, pédagogiques, à visée diététique ou de rééducation alimentaire,
- les différentes étapes de la Procréation Médicalement Assistée (PMA),
- maisons d'accueil spécialisé (MAS),
- établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD).

Les prestations de la garantie CONFORT sont dites non responsables, ceci étant, la Mutuelle ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire à la charge du membre participant (1 euro),
- les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés,
- les franchises médicales à la charge du membre participant (0,50 euro par boîte de médicaments et par acte d'auxiliaires médicaux, 2 euros par transport).

En revanche la Mutuelle rembourse au minimum à hauteur de 100% du Ticket Modérateur les prestations de prévention considérées comme prioritaires telles qu'elles sont définies par l'Arrêté du 8 juin 2006 publié au Journal Officiel le 18 juin 2006.

La participation forfaitaire sur les actes lourds est prise en charge par la Mutuelle.

MONTANT MAXIMUM D'INDEMNISATION

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 du membre participant, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit (remboursements de la Sécurité sociale ou de toute autre régime complémentaire).

Les prestations qui auraient été versées à tort peuvent être récupérées par la Mutuelle sur les prestations futures dues.

Les garanties de même nature, contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, des frais réels engagés et des plafonds et plafonds définis par les contrats responsables. La garantie de la Mutuelle n'est pas modifiée par le recours préalable à un autre organisme complémentaire. Dans cette limite, le bénéficiaire de la garantie peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme complémentaire de son choix.

EXPERTISE MEDICALE

La Mutuelle peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de la santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge. Le membre participant sera préalablement informé des modalités d'examen demandées par la Mutuelle et de la faculté de se faire assister lors de ce contrôle, par le médecin de son choix, ou d'opposer les conclusions de son propre médecin traitant.

Si le membre participant refuse de se soumettre à cette expertise, la Mutuelle se réserve le droit de refuser la prise en charge des frais et actes médicaux.

En cas de désaccord entre le médecin du membre participant et celui de la Mutuelle, les parties désigneront dans un délai de un mois un 3^{ème} médecin arbitre pour les départager, dont les frais seront supportés par moitié par chaque partie.

A défaut d'entente, la désignation sera faite par voie judiciaire.

LE TIERS PAYANT

Lorsque l'adhésion est prise en compte, le membre participant reçoit sa carte de Tiers Payant.

Elle lui permet de bénéficier du Tiers Payant ALMERYS (dispense de l'avance de frais) ainsi que ses ayants droit, et de justifier de son appartenance à la mutuelle.

Le renouvellement de la carte Tiers Payant est annuel. Il reçoit automatiquement et sans avoir à en faire la demande sa nouvelle carte valide du 1^{er} janvier de l'année à la date d'échéance de son adhésion.

En cas de perte ou de vol, il suffit simplement d'en faire la demande au gestionnaire pour en recevoir un nouvel exemplaire.

JUSTIFICATIFS NECESSAIRES

Les prestations sont payées soit dans le cadre d'un accord de télétransmission, soit sur présentation d'un décompte original établi par l'organisme gestionnaire du régime obligatoire d'assurance maladie ou l'organisme complémentaire intervenant en premier rang, accompagné des justificatifs suivants si ses soins sont couverts par la garantie :

- optique : facture originale détaillée et acquittée des verres, montures et lentilles, bon de livraison et ordonnance ;
- dentaire : la facture originale détaillée et acquittée du chirurgien-dentiste, précisant les codes CCAM, comportant le numéro des dents et les travaux effectués lorsqu'il s'agit de prothèse dentaire ;
- orthodontie : facture originale de l'orthodontiste détaillant la période concernée par le traitement et la cotation Sécurité sociale. Lorsqu'il s'agit d'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale, les cotations par assimilation à la NGAP devront figurer sur la facture ;
- prothèse auditive : facture originale détaillée et acquittée comportant la position de l'oreille (droit ou gauche) ;
- hospitalisation : facture originale et acquittée des frais médicaux et chirurgicaux, de la chambre particulière ainsi que de la participation forfaitaire et du forfait hospitalier laissés à la charge du membre participant, uniquement si celui-ci n'a pas bénéficié d'une prise en charge pour le ticket modérateur et/ou les suppléments ou forfaits laissés à la charge du membre participant ;
- la note d'honoraires pour les frais des chirurgiens et anesthésistes ;
- cure thermale : les reçus de paiement des frais de thermalisme accompagnés de la facture des frais d'hébergement (documents originaux) ainsi que la prise en charge administrative de la Sécurité sociale ;
- de manière générale, la facture détaillée et acquittée sur papier à en-tête du professionnel de santé avec mention du bénéficiaire des soins ainsi que la prescription médicale ;
- tout autre justificatif que la mutuelle se réserve le droit de demander en cas de paiement direct ou d'utilisation du tiers - payant.

Les frais réels pris en compte sont ceux indiqués sur les décomptes Sécurité sociale.

Il est précisé qu'en cas de suspension ou de résiliation de son adhésion, le membre participant s'engage à ne plus utiliser sa carte Tiers Payant. Il doit la restituer immédiatement et s'engage à rembourser les prestations indûment réglées aux professionnels de santé postérieurement à la date de suspension ou de résiliation.

VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par la Mutuelle sont versées, par virement, en euros sur le compte bancaire ou caisse d'épargne domicilié en France indiqué par le membre participant lors de l'adhésion.

Un décompte des prestations versées est établi et une notification de sa mise à disposition sur le site internet du gestionnaire dans l'espace personnel du membre participant lui est envoyée sous format électronique.

MONTANT DES COTISATIONS

En demandant son adhésion, le membre participant s'engage à prendre en charge la cotisation afférente à la garantie choisie pour lui et ses éventuels ayants droit.

Les cotisations sont fixées forfaitairement en euros, en fonction du nombre de bénéficiaires, de l'âge du membre participant (calculé par différence de millésime au 1^{er} janvier de chaque année) et de son lieu de résidence principale. Elles sont exprimées tous frais et taxes inclus et sont indiquées sur l'échéancier annuel des cotisations.

La cotisation liée à la couverture Assistance est incluse dans la cotisation santé.

La cotisation à l'Association PRC SANTE, les éventuels frais de dossier ou de fractionnement de la cotisation ne sont pas inclus dans les tarifs de la Mutuelle.

CONDITIONS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations Santé sont annuelles et sont prélevées selon la périodicité choisie par le membre participant sur son bulletin d'adhésion, d'avance sur son compte bancaire ou caisse d'épargne.

La cotisation Assistance est annuelle et est prélevée d'avance selon la même périodicité que la garantie Santé.

De même la cotisation à l'Association PRC SANTE est prélevée chaque mois par le gestionnaire pour le compte de la dite Association.

DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, la garantie est suspendue 30 jours après l'envoi à son dernier domicile connu de la mise en demeure du membre participant par la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion 10 jours après le délai de 30 jours mentionné ci-dessus. La résiliation de l'adhésion s'impose sans libérer le membre participant de l'intégralité des cotisations dues et des frais, taxes ou indemnités de retard engagés par la Mutuelle jusqu'à l'échéance annuelle d'assurance.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation ou les fractions de cotisations arriérées ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

REVISION DES CONDITIONS DE LA GARANTIE

Le montant des prestations, des cotisations et les modalités de l'assurance prévus par les présentes conditions sont établis compte tenu de la législation relative à la protection sociale en vigueur au moment de sa création.

La Mutuelle se réserve le droit de les modifier à tout moment lorsqu'une décision législative, réglementaire ou conventionnelle vient modifier la portée de ses engagements.

Par ailleurs cette indexation est indépendante des impacts liés aux évolutions du périmètre de remboursement de la Sécurité sociale et des ajustements techniques qui pourront intervenir en fonction des résultats constatés des garanties, chaque année au 1^{er} janvier, sur décision de la Mutuelle.

Chaque évolution fera l'objet d'une information au membre participant qui aura la possibilité de résilier son adhésion en cas de désaccord, dans les conditions définies au § Cessation de l'adhésion.

En cas de changement de la législation en vigueur, les garanties seront automatiquement adaptées en conséquence et le membre participant en sera informé.

DELAÏ DE DECLARATION – RECLAMATION – MEDIATION

Les demandes de remboursement des prestations doivent être produites dans un délai maximum de 24 mois courant à partir de la date retenue par le décompte de la Sécurité sociale, sauf cas de force majeure ou cas fortuit ou si la Mutuelle ne subit pas de préjudice. Ce délai s'applique, à compter de la date de paiement, aux dépenses non prises en charge par le régime obligatoire et remboursées par la Mutuelle sur présentation de la facture acquittée.

Toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à la Mutuelle par écrit dans un délai de 6 mois à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement des prestations.

Il convient de s'adresser en priorité au gestionnaire SIACI SAINT HONORE / VIVINTER – Service Réclamations – TSA 70004 – 93414 SAINT DENIS CEDEX.

Si le désaccord persiste, le membre participant peut s'adresser à la Mutuelle à l'attention du Service Qualité MIP – 178 Rue Montmartre – 75096 Paris Cedex 02 ou par téléphone au 01.55.80.49.00.

Après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, le membre participant peut, afin de trouver une issue amiable au différend qui l'oppose à la Mutuelle, s'adresser par courrier au médiateur de la FNMF à l'adresse suivante : 255 rue de Vaugirard - 75015 Paris, ou par email : mediation@mutualite.fr

NULLITE - PRESCRIPTION

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle caractérisant une fraude de la part du membre participant, ce dernier est informé par la Mutuelle, des fautes constatées et de la preuve du caractère frauduleux de ces dernières et invité à fournir des explications. Conformément aux dispositions de l'Article L221-14 du Code de la Mutualité, la Mutuelle peut ensuite prononcer l'annulation des droits aux prestations liées à la fraude, sous réserve des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

En application de l'Article L221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- 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 a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue dans les conditions définies par l'Article L221-12 du Code de la Mutualité.

DIVERS

Protection des données personnelles

Le membre participant est protégé par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Il peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers d'adhérents à l'usage du gestionnaire SIACI SAINT HONORE / VIVINTER.

En application de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées par la Loi n°2004-801 du 6 août 2004, la Loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016 et la Loi n°2017-55 du 20 janvier 2017, et en application du Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016, la Mutuelle de l'Industrie du Pétrole (MIP), responsable du traitement, informe les personnes concernées de la finalité des traitements portant sur leurs données à caractère personnel, des destinataires de ces traitements, de la durée de conservation des informations collectées ainsi que des droits des personnes.

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet de traitements informatiques dans le respect du Code de la consommation, du Code de la Mutualité et du Code monétaire et financier dans le cadre du dispositif de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, pour la gestion et l'exécution des garanties souscrites et, notamment, pour la préparation et la gestion des adhésions, le suivi et le contrôle des prestations, ou à des fins statistiques pour la tarification, l'évaluation, la vérification et la surveillance du risque.

L'accès à ces données est réservé aux services technique, gestion, comptabilité, juridique et au service informatique de la Mutuelle et du gestionnaire, ainsi qu'aux Souscripteurs ou bénéficiaires des prestations. La Mutuelle peut être amenée à transmettre les données collectées aux organismes de Sécurité sociale, organismes administratifs et judiciaires définis par la loi, aux organes de contrôle, au commissaire aux comptes et aux organismes partenaires de réassurance.

Si, pour les besoins de réalisation du service demandé, un transfert des données est réalisé en dehors de l'Union Européenne vers un pays ne disposant pas d'un niveau de protection adéquat, le Souscripteur et le membre participant sont informés des risques liés à ce transfert et leur consentement est recueilli au préalable dans le bulletin d'adhésion.

En aucun cas, les données ainsi collectées ne seront transmises à des organismes tiers en vue de démarches commerciales.

Les données personnelles collectées sont nécessaires à l'exécution des garanties souscrites, à sa gestion et son suivi ainsi qu'aux finalités poursuivies telles que décrites précédemment.

Les données sont conservées pendant toute la durée de vie du contrat. A sa résiliation, les données personnelles sont conservées en application des délais de prescriptions imposées par l'article L221-11 du Code de la Mutualité, sans préjudice de l'éventuelle application des délais imposés par le droit commun.

Le Souscripteur et le membre participant disposent d'un droit d'accès et de rectification par courrier : SIACI SAINT HONORE / VIVINTER – TSA 70004 – 93414 SAINT DENIS CEDEX. Le membre participant peut également exercer ces droits sur l'espace privé du site internet de son gestionnaire.

En outre, le Souscripteur et le membre participant disposent d'un droit de suppression, de limitation ou d'un droit d'opposition et du droit à la portabilité des données les concernant en adressant leur demande directement au gestionnaire. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant votre identité pour des raisons de sécurité et éviter toute demande frauduleuse, sur simple demande écrite adressée par email à l'adresse suivante : dpo@s2hgroup.com ou par courrier SIACI SAINT HONORE / VIVINTER – TSA 70004 – 93414 SAINT DENIS CEDEX.

Le gestionnaire dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de la demande pour répondre aux sollicitations. Au besoin, ce délai peut être prolongé de deux mois, compte tenu de la complexité et du nombre de demandes.

Le Souscripteur ou le membre participant dispose d'un droit de réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), autorité de contrôle, à l'adresse suivante : www.cnil.fr.

Loi applicable

La présente couverture est exclusivement soumise à la loi française et est régi par le Code de la Mutualité.

Contrôle

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit aux membres participants et à leurs ayants droit, victimes d'un accident dans leur action, contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

Vente à distance ou par démarchage

Conformément aux articles L221-18 et L221-18-1 du Code de la Mutualité :

- **Lorsque l'adhésion à la Mutuelle est issue d'une vente à distance**, le membre participant dispose d'un délai de 14 jours calendaires pour renoncer à son adhésion. Ce délai commence à courir, soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où le membre participant a reçu les conditions d'adhésion et les informations prévues à l'article L222-6 du code de la consommation si la date de réception est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion. En outre, le bulletin d'adhésion doit comprendre un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation lorsque ce droit existe.
- **Lorsque l'adhésion à la Mutuelle est issue d'un démarchage à domicile**, en application des dispositions de l'article L221-18-1 du code de la Mutualité, le bulletin d'adhésion comporte la mention suivante : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

Si les conditions sont réunies, le membre participant peut renoncer à son adhésion en envoyant au gestionnaire le modèle de lettre ci-dessous, sous la forme recommandée avec demande d'avis de réception. L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation de l'adhésion à sa date d'effet, aussi aucun sinistre ne sera alors pris en charge par la Mutuelle au titre de l'adhésion en question.

Modèle de lettre de renonciation :

« Je vous informe par ce courrier que je renonce à mon adhésion au contrat ____ [n° d'adhésion] signé le ____ [date de signature de la proposition]. En conséquence, je vous prie de bien vouloir me rembourser les sommes versées dans un délai de trente jours à compter de la réception de la présente lettre. Je vous en remercie par avance et vous prie de bien vouloir agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations. »

ASSISTANCE

Il convient de se référer à la notice d'information dédiée réalisée par AUXIA Assistance.

TEPEE SANTE SOLIDAIRE

Les taux de remboursement indiqués ci-après sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement du régime obligatoire : Ils incluent le remboursement de cet organisme. Toutefois les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du régime obligatoire.

HOSPITALISATION		CONFORT
Etablissement conventionné		
Forfait journalier hospitalier (hors établissements médico-sociaux)		Frais réels
Honoraires	DPTM	300%
	HORS DPTM	300%
Frais de séjour (médecine, chirurgie et maternité) (1)		Frais réels
Chambre particulière (1)		90 €
Lit d'accompagnement - maxi 15 jours par an (nuitée en milieu hospitalier ou foyer « accueil famille »)		20€ / jour
Téléphone, internet, télévision (maxi 15 jours par an)		10€ / jour
Hospitalisation à domicile		300%
Etablissement non conventionné		
Forfait journalier hospitalier (hors établissements médico-sociaux)		100%
Honoraires		100%
Frais de séjour (médecine, chirurgie et maternité)		100%
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Honoraires médicaux spécialistes et généralistes	DPTM	300%
	HORS DPTM	300%
Actes techniques médicaux (ATM)	DPTM	200%
	HORS DPTM	200%
Imagerie médicale : actes d'imagerie (ADI), actes d'échographie (ADE)	DPTM	300%
	HORS DPTM	300%
Honoraires paramédicaux	DPTM	200%
	HORS DPTM	200%
Analyses médicales et examens de laboratoire	DPTM	200%
	HORS DPTM	200%
Médicaments		
- Remboursés par la Sécurité sociale, y compris l'homéopathie		100%
- Non remboursés par la Sécurité sociale, sur prescription (y compris vaccins, contraceptifs) et Homéopathie		60€ / an
Matériel médical figurant sur la liste LPPR		100% + 200€
PREVENTION ET BIEN ETRE		
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006)		100%
Médecine naturelle : ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, homéopathe, acupuncteur, mésothérapeute, réflexologue, pédicure, podologue, diététicien (les praticiens doivent être titulaires d'un n° ADELI) : au maximum 35€ / consultation / an		140€ / an
OPTIQUE		
Équipement « 100% santé » (verres et monture de classe A)*		Prise en charge intégrale dans la limite des PLV
Équipement à tarifs libres (verres et monture de classe B)		LES FORFAIS CI-DESSOUS S'ENTENDENT Y COMPRIS LES PRESTATIONS VERSEES PAR LA SECURITE SOCIALE
Forfait Optique, équipement complet remboursé par la Sécurité sociale (2 verres + monture) (2)		
Équipement 2 verres unifocaux simples		300 €
Bonus fidélité : à compter de la 3 ^{ème} année le forfait est de :		400 €
Équipement verre unifocal simple + verre unifocal forte correction ou verre multifocal/ progressif simple		400 €
Bonus fidélité : à compter de la 3 ^{ème} année le forfait est de :		450 €
Équipement 2 verres parmi unifocaux fortes corrections ou multifocaux/progressifs simples		400 €
Bonus fidélité : à compter de la 3 ^{ème} année le forfait est de :		450 €
Équipement verre unifocal simple + verre multifocal/progressif forte correction		400 €
Bonus fidélité : à compter de la 3 ^{ème} année le forfait est de :		450 €
Équipement verre parmi unifocal forte correction ou multifocal/progressif simple + verre multifocal/progressif forte correction		400 €
Bonus fidélité : à compter de la 3 ^{ème} année le forfait est de :		450 €
Équipement 2 verres multifocaux/progressifs fortes corrections		400 €
Bonus fidélité : à compter de la 3 ^{ème} année le forfait est de :		450 €
Un remboursement de lunettes pouvant aller jusqu'aux frais réels, sur une sélection de montures et de verres, auprès du réseau d'opticiens, dans la limite des PLV pour la partie relevant de la classe A et des plafonds définis par les contrats responsables pour la partie relevant de la classe B.		
Équipement mixte (panachage verres / monture de classe A ou B)		Prise en charge selon les tarifs définis ci-dessus comprenant une prise en charge intégrale à hauteur des PLV pour la partie relevant de la classe A
Lentilles prescrites remboursées ou non par la Sécurité sociale		300€ / an
Chirurgie réfractive de l'œil		300€ / an

DENTAIRE

Soins et prothèses « 100% santé »*	Prise en charge intégrale dans la limite des HLF
Soins et prothèses « tarifs maîtrisés » et « tarifs libres »	Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous, dans la limite des HLF pour le panier maîtrisé
Soins	250%
Prothèses	250%
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale	300%
Bonus fidélité : à compter de la 3 ^{ème} année	325%
Inlay-core, prothèses provisoires remboursées par la Sécurité sociale	250%
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	350%
Travaux dentaires non remboursés par la Sécurité sociale (implantologie non remboursée, orthodontie non prise en charge)	400€ / an
Plafond de remboursement (sur l'ensemble du poste dentaire hors soins) – au-delà, la prise en charge est limitée au ticket modérateur par année ou aux HLF le cas échéant, d'échéance à échéance par bénéficiaire :	
- 1 ^{ère} et 2 ^{ème} années d'adhésion	1 400€ / an
- dès la 3 ^{ème} année d'adhésion	1 600€ / an
AIDES AUDITIVES	
Appareil auditif remboursé par la Sécurité sociale (par année d'échéance à échéance et par appareil)	100% + 500€
Le poste Aides auditives sera concerné par la réforme du 100% santé à compter du 1er janvier 2021 avec la distinction entre la Classe I (offre 100% santé) et la Classe II (offre à tarifs libres).	
CURE THERMALE	
Remboursée par la Sécurité sociale (y compris transport et hébergement)	100% + 250€
DIVERS	
Transport remboursé par la Sécurité sociale	100%
Forfait actes "lourds"	Pris en charge
SERVICES INCLUS	
My prévention (SIACI SAINT HONORE)	Oui
Tiers payant (ALMERYS)	Oui
Telemedecine (SANTECLAIR)	Oui
Réseaux de soins (SANTECLAIR)	Oui
Décompte en ligne (VIVINTER)	Oui

* tels que définis réglementairement.

(1) Les frais de séjour et la chambre particulière sont limités à 30 jours / an / bénéficiaire pour les séjours en psychiatrie (PSY) et 90 jours / an / bénéficiaire pour les séjours en maison de repos, de rééducation ou de convalescence (SSR).

Au delà, les frais de séjour sont pris en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Pour les séjours en maison de repos, de rééducation ou de convalescence (SSR) la chambre particulière n'est prise en charge que s'ils font suite à une hospitalisation.

(2) Limité à la prise en charge d'un équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'Article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, pour les moins de 16 ans, en cas d'évolution de la vue ou en présence de certaines pathologies (sur présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente ou de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité sociale).

La limitation de 2 ans s'apprécie à compter de la date de délivrance du précédent équipement, c'est à dire la date de soins retenue par la Sécurité sociale sur ses décomptes.

La prise en charge de deux équipements sur la période de 2 ans est possible pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin (deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits précités) et ceux présentant une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique (deux équipements de corrections différentes à porter en alternance).

Les règles de couverture définies par les garanties et les contrats responsables s'appliquent à chacun des équipements considérés individuellement.

Les prestations sont versées dans le respect des minima et maxima définis par la réglementation.

Les suppléments et prestations optiques (adaptation de la correction, appairage, filtre, autres suppléments) sont pris en charge intégralement dans la limite des PLV pour les verres de classe A et à hauteur du ticket modérateur pour les verres de classe B et les verres de classe A lorsqu'il n'existe pas de PLV.

La prise en charge de la monture est limitée à 100 € maximum.

FR : Frais Réels **BR(R)** : Base de Remboursement (Reconstituée) de la Sécurité sociale **TFR** : Tarif Forfaitaire de Responsabilité de la Sécurité sociale (en vigueur depuis le 08/09/2003) **TM** : Ticket Modérateur, différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant qu'elle rembourse **TC** : Tarif de Convention de la Sécurité sociale

TA : Tarif d'Autorité, sur la base duquel s'effectue le calcul du remboursement d'un acte médical dispensé par un médecin non conventionné **LPPR** : Liste des Produits et des Prestations Remboursables **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'année de l'évènement **DPTM** : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO) **CAS** : Contrat d'accès aux soins **OPTAM** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée **OPTAM-CO** : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée en Chirurgie Obstétrique **HLF** : Honoraires limites de facturation **PLV** : Prix limites de vente

Les prestations faisant référence aux DPTM visent aussi bien le CAS que l'OPTAM et l'OPTAM-CO (nouvelles options de pratique tarifaire maîtrisée mises en place à compter du 1er janvier 2017 et destinées à remplacer le CAS). Le CAS, l'OPTAM et l'OPTAM-CO sont donc désormais regroupés sous le terme général de Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée ou DPTM.

Sont pris en charge par la Mutuelle, dans les limites et plafonds définis par la grille :

- Les soins remboursés par la Sécurité sociale tels que définis à l'article R871-2 1° du Code de la Sécurité sociale, sous réserve de l'obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur.

- Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à un DPTM prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L162-5 du Code de la Sécurité sociale dans la double limite de 100% du tarif opposable et du montant pris en charge pour les médecins adhérents à un DPTM minoré d'un montant égal à 20% du tarif opposable.

- Les équipements optique (verres et monture) dans le respect des minima et maxima définis par l'article R871-2 3°.

- Les frais de soins dentaires prothétiques dans la limite des honoraires de facturation et les équipements optique dans la limite des prix de vente définis dans le cadre de la réforme 100% Santé.

Ne sont pas prises en charge par la Mutuelle, la participation forfaitaire à la charge du membre participant (1 €), les majorations (dépassement autorisé d'honoraires, majoration du ticket modérateur) prévues réglementairement hors parcours de soins coordonnés, les franchises médicales à la charge du membre participant (0,50 € / boîte de médicaments / acte d'auxiliaires médicaux, 2 € / transport).

PREAMBULE

La présente notice d'information a pour objet de décrire la garantie accordée au titre du contrat de groupe à adhésion facultative « TEPEE INDIVIDUELLE ACCIDENT » n°2019/005-PREV souscrit par l'Association PREVOYANCE RETRAITE CONSEIL (PRC SANTE) auprès de la Mutuelle MIP.

L'organisme assureur est la MIP, Mutuelle Nationale N° 775 671 902, soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé au 178 rue Montmartre - 75096 PARIS Cedex 02.

Le Souscripteur est PRC SANTE, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, enregistrée au Registre Nationale des Associations sous le numéro W751124965 et située 39 Rue Mstislav Rostropovitch – 75017 PARIS.

L'organisme gestionnaire est, par délégation de l'organisme assureur, SIACI SAINT HONORE sous la marque VIVINTER, SAS immatriculée sous le N° SIREN 572 059 939 et dont le siège social est situé Season, 39 Rue Mstislav Rostropovitch – 75017 PARIS.

BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE

Par bénéficiaires, il faut entendre le membre participant qui adhère via son bulletin d'adhésion et repris par le certificat d'adhésion.

Les membres participants

Ce sont les personnes physiques membres de l'association PRC SANTE ayant adhéré à une garantie « TEPEE SANTE Responsable » ou « TEPEE SANTE Solidaire ».

L'accès au contrat n'est pas soumis à questionnaire médical.

Ces personnes deviennent membres participants dès l'acceptation de leur adhésion au contrat groupe « TEPEE INDIVIDUELLE ACCIDENT » par la Mutuelle via l'édition d'un certificat d'adhésion.

Ils doivent être affiliés à un régime de base de la Sécurité sociale française et être domiciliés en France Métropolitaine.

Les limites d'âge sont calculées par différence de millésime au 1^{er} janvier de chaque année. Le membre participant devra fournir les pièces justificatives attestant de sa situation personnelle ou familiale.

MODALITES D'ADHESION

Pour bénéficier de la garantie « TEPEE INDIVIDUELLE ACCIDENT », le membre participant doit retourner, à VIVINTER – Service cotisations isolées – TSA 70004 – 93414 SAINT DENIS CEDEX, dûment complétés :

- son bulletin d'adhésion, accompagné des justificatifs de situation de famille le cas échéant,
- la copie de son attestation Vitale de moins de 3 mois avec, le cas échéant, la mention de ses ayants droit, ou leur propre attestation Vitale s'ils ont leur propre numéro d'immatriculation,
- la copie d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité ou passeport),
- un relevé d'identité bancaire ou caisse d'épargne du compte sur lequel seront virées les prestations et prélevées les cotisations,
- un mandat de prélèvement SEPA.

En demandant son adhésion, le membre participant s'engage à prendre en charge la cotisation afférente à la garantie choisie. Le premier prélèvement est effectué au début du mois civil suivant l'adhésion.

CHANGEMENT DE SITUATION

L'adhésion du membre participant est établie d'après les informations qu'il fournit lors de son adhésion et durant celle-ci.

Le membre participant s'engage à déclarer par écrit, dans les 15 jours suivant l'évènement, toute modification de sa situation qui aurait pour effet de rendre inexacts ou caduques les informations fournies lors de l'adhésion et en particulier celles figurant sur le certificat d'adhésion (notamment état civil, affiliation Sécurité sociale, domiciliation, domiciliation bancaire, souscription d'autre garantie de même nature).

En cas de modification de situation entraînant la perte de la qualité de membre participant, la modification de l'adhésion prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant l'évènement, sur fourniture des justificatifs de situation (date du décès, date de divorce, date de changement d'affiliation au Régime Obligatoire par exemple).

Toute correspondance est à envoyer à VIVINTER – Service cotisations isolées – TSA 70004 – 93414 SAINT DENIS CEDEX

CHOIX DE LA GARANTIE

Lors de son adhésion à une garantie santé « TEPEE SANTE RESPONSABLE » ou « TEPEE SANTE SOLIDAIRE » proposée par la Mutuelle, chaque membre participant a la possibilité d'adhérer à la garantie « TEPEE INDIVIDUELLE ACCIDENT ».

L'adhésion à la garantie « TEPEE INDIVIDUELLE ACCIDENT » seule est impossible.

L'adhésion à la garantie « TEPEE INDIVIDUELLE ACCIDENT » en cours d'adhésion est impossible.

Par ailleurs toute adhésion est définitive. Seule la résiliation de l'adhésion à la garantie santé entraîne la résiliation simultanée de la garantie « TEPEE INDIVIDUELLE ACCIDENT ».

PRISE D'EFFET DE L'ADHESION / DELAIS DE CARENCE

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, date ne pouvant jamais être antérieure à la date de réception du dossier d'adhésion complet par le gestionnaire.

La garantie est réputée acquise immédiatement à cette date, aucun délai de carence n'est appliqué.

DUREE / RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion est conclue pour une durée de douze mois minimum. Elle est ensuite renouvelée par tacite reconduction à chaque date anniversaire de l'adhésion, sauf résiliation dans les conditions prévues par le § Cessation de l'adhésion.

CESSATION DE L'ADHESION / EFFETS DE LA RESILIATION

L'adhésion peut être résiliée à la demande du membre participant :

- à chaque date anniversaire de l'adhésion, sous réserve de remplir la condition de durée d'adhésion minimum de 12 mois et d'en faire la demande par lettre recommandée avec avis de réception notifiée à MIP à l'adresse suivante : VIVINTER – Service cotisations isolées – TSA 70004 – 93414 SAINT DENIS CEDEX, au moins 2 mois avant cette date. La résiliation est obligatoirement concomitante à celle de la garantie santé « TEPEE SANTE RESPONSABLE » ou « TEPEE SANTE SOLIDAIRE ».

- en cours d'année en cas de modification de la situation du membre participant qui l'empêche de remplir les conditions définies pour être bénéficiaire de la présente couverture. La résiliation prendra effet au 1^{er} jour du mois qui suit l'évènement. Les ayants droit inscrits peuvent alors continuer à bénéficier de la couverture s'ils le demandent.

- Conformément à l'article L221-6 du Code de la Mutualité, en cas de modifications apportées à ses droits et obligations (tarifs et garanties), à condition d'en faire la demande dans un délai de 1 mois suivant la notification de ces modifications. La dénonciation de l'adhésion prendra effet au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du courrier du membre participant. Dans le cas contraire, il est réputé avoir accepté le(s) changement(s).

La résiliation de l'adhésion peut également être demandée par la Mutuelle :

- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions définies par le § Défaut de paiement des cotisations.
- en cas de refus par le membre participant des modifications apportées sur le niveau de ses prestations et/ou le montant de ses cotisations, à compter de la date d'effet des dites évolutions.
- en cas de décès du membre participant, à la date de l'évènement.

Les personnes garanties du chef du membre participant décédé peuvent continuer à bénéficier à titre personnel de la présente garantie selon les dispositions prévues au § Bénéficiaires de la garantie et sous réserve que la demande d'adhésion soit faite dans les 6 mois qui suivent le décès.

- en cas de domiciliation à l'étranger (hors France Métropolitaine). La fin de l'adhésion intervenant à la fin du mois de l'évènement.
- en cas de résiliation du contrat groupe ouvert par l'Association souscriptrice.

En tout état de cause l'adhésion est résiliée de fait lorsque le membre participant ne remplit plus les conditions définies par la présente Notice d'Information.

Effets de la résiliation

La garantie cesse au dernier jour de la période couverte par la cotisation.

Sauf dérogation de la Mutuelle, toute résiliation est définitive.

DEFINITION DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet le paiement d'un capital en cas de décès du membre participant faisant suite à un accident ayant eu lieu en France métropolitaine ou à l'étranger dans le cadre d'un séjour / voyage n'excédant pas 3 mois.

Le capital est dû si le décès intervient dans les 12 mois qui suivent l'accident et à condition qu'il provienne exclusivement de celui-ci. La preuve du lien direct entre l'accident et le décès incombe au bénéficiaire.

Le capital est fixé à 5000 euros, quelle que soit la situation de famille du membre participant au moment de son décès.

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre participant ou du bénéficiaire du capital, provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure, à l'exclusion des dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'exams médicaux.

DESIGNATION DE BENEFICIAIRES

Sauf désignation spécifique, le capital est payable :

- au conjoint du membre participant non séparé de corps,
- à la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité,
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- à défaut, à ses ascendants par parts égales entre eux,
- à défaut, à ses héritiers.

Le concubin ne fait pas parti des bénéficiaires du capital Décès par accident, il doit faire l'objet d'une désignation spécifique.

Le membre participant a la possibilité, lors de son adhésion et tout au long de celle-ci, de désigner le ou les bénéficiaires du capital à verser au moment de son décès. La désignation peut être modifiée à tout moment. Elle identifie le plus précisément possible la ou les personnes désignées, ces informations seront utilisées par la Mutuelle au moment du décès.

Cette désignation est faite via un « bulletin de désignation de bénéficiaires du capital en cas de décès » ou fait l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Attention, l'acceptation par le bénéficiaire rend sa désignation irrévocable : le membre participant ne pourra alors plus modifier la clause bénéficiaire. Aussi elle devra faire l'objet d'un accord écrit du membre participant, par exemple sous la forme d'une lettre tripartite signée du bénéficiaire, du membre participant et de la Mutuelle.

En cas de décès du ou des bénéficiaires désignés avant le membre participant et en l'absence de nouvelle désignation, la Mutuelle attribuera le capital dans l'ordre défini par défaut.

VERSEMENT

Le capital décès accident est versé en une seule fois sur quittance conjointe aux bénéficiaires.

RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie les maladies de toute nature.

Nous ne garantissons pas les conséquences des accidents :

- survenus en dehors de la période de validité du contrat ;
- causés intentionnellement par le membre participant ou les bénéficiaires, ou avec leur complicité ;
- causés par le suicide ou la tentative de suicide du membre participant ;
- les accidents causés par les manifestations pathologiques suivantes chez le membre participant : apoplexie, épilepsie, maladies mentales, maladies de la moelle épinière, paralysie ;
- survenus au cours ou à la suite d'un acte médical ou chirurgical, sauf si ces événements constituent la suite immédiate et directe d'un accident garanti ;
- survenu à l'occasion de l'utilisation par le membre participant, en sa qualité de conducteur ou de passager, d'une moto de cylindrée supérieure à 50 cm³,
- résultant d'un état d'éthylisme prouvé par un taux d'alcoolémie supérieur au maximum fixé par la législation, du membre participant ou de l'usage par lui de drogues, stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ;

- résultant de la participation volontaire du membre participant à une rixe (sauf en cas de légitime défense), à un délit intentionnel, à des actes de terrorisme et de sabotage ;
- résultant de la manipulation volontaire par le membre participant d'un engin de guerre ou d'une arme dont la détention est interdite ;
- résultant de la pratique par le membre participant de sports aériens (y compris le vol libre et le parachutisme) sous toutes ses formes, de la plongée sous-marine avec scaphandre autonome, ou de sa participation à des compétitions comportant l'utilisation d'un véhicule quelconque ou d'une embarcation à moteur ainsi que leurs essais ;
- résultant de la pratique par le membre participant d'un sport à titre professionnel ;
- survenant lorsque le membre participant pilote un avion ou est membre d'équipage ou passager de tout appareil aérien n'appartenant pas à une Mutuelle régulière ou "charter" dûment agréée pour le transport payant des voyageurs sur lignes régulières ;
- consécutif à la conduite par le membre participant d'un véhicule terrestre à moteur sans être titulaire du permis de conduire en état de validité exigé par la réglementation en vigueur ;
- occasionnés par un tremblement de terre, une inondation ou tout autre cataclysme ;
- consécutifs à une guerre étrangère, guerre civile, à des émeutes ou des mouvements populaires, à une rixe (sauf si l'assuré peut prouver qu'il agissait en cas de légitime défense), à une grève ou lock-out.
- occasionnés par une modification de la structure du noyau atomique, les effets directs ou indirects des risques atomiques.

Sont en outre exclus du bénéfice de la garantie, toutes personnes membres des forces armées, de gendarmerie, de police nationale ou municipale en service commandé.

PIECES A FOURNIR

Les prestations sont versées après remise des pièces suivantes :

Concernant l'assuré(e) décédé(e) :

- une copie du livret de famille,
- un extrait d'acte de décès,
- un certificat médical sous pli fermé précisant la cause du décès,
- tous documents attestant que le décès résulte d'un accident (procès verbal, coupure de presse, constat de police...),
- copie du dernier avis d'imposition,
- tout document complémentaire que la Mutuelle jugerait nécessaire pour verser la prestation.

Concernant le(s) bénéficiaire(s) :

- copie du dernier avis d'imposition,
- un extrait d'acte de naissance avec filiation pour chacun des bénéficiaires,
- une photocopie recto-verso de la carte d'identité de chaque bénéficiaire,
- POUR LES ENFANTS :
 - certificat de scolarité ou copie du contrat d'apprentissage,
 - copie de la carte d'invalidité,
 - un justificatif de la qualité de tuteur légal lorsque l'enfant bénéficiaire mineur n'est pas placé sous l'autorité du conjoint survivant.
- POUR LE CONJOINT :
 - pour les membres participants mariés, un extrait d'acte de mariage accompagné d'une attestation sur l'honneur de non séparation de corps pour le conjoint,
 - pour les membres participants pacsés, une copie de l'attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance du domicile du membre participant accompagné d'un justificatif de domicile commun,
 - pour les membres participants en concubinage, une preuve de vie commune par tous moyens du décès (contrat de bail aux deux noms ou contrat EDF aux deux noms par exemple), sachant que cette union de fait doit durer depuis au moins 2 ans, sauf en cas de naissance d'un enfant reconnu des deux parents.

Le capital est réglé dans un délai de 30 jours après réception des pièces demandées ci-dessous.

MONTANT DES COTISATIONS

En demandant son adhésion, le membre participant s'engage à prendre en charge la cotisation afférente à la garantie « TEPEE INDIVIDUELLE ACCIDENT ».

CONDITIONS DE PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle et est prélevée selon la périodicité choisie par le membre participant sur son bulletin d'adhésion, d'avance sur son compte bancaire ou caisse d'épargne.

DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, la garantie est suspendue 30 jours après l'envoi à son dernier domicile connu de la mise en demeure du membre participant par la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion 10 jours après le délai de 30 jours mentionné ci-dessus. La résiliation de l'adhésion s'impose sans libérer le membre participant de l'intégralité des cotisations dues et des frais, taxes ou indemnités de retard engagés par la Mutuelle jusqu'à l'échéance annuelle d'assurance.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation ou les fractions de cotisations arriérées ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

REVISION DES CONDITIONS DE LA GARANTIE

Le montant du capital, des cotisations et les modalités de l'assurance prévus par les présentes conditions sont établis compte tenu de la législation relative à la protection sociale en vigueur au moment de sa création.

La Mutuelle se réserve le droit de les modifier à tout moment lorsqu'une décision législative, réglementaire ou conventionnelle vient modifier la portée de ses engagements.

Par ailleurs cette indexation est indépendante des impacts liés aux ajustements techniques qui pourront intervenir en fonction des résultats constatés des garanties, chaque année au 1^{er} janvier, sur décision de la Mutuelle.

Chaque évolution fera l'objet d'une information au membre participant qui aura la possibilité de résilier son adhésion en cas de désaccord, dans les conditions définies au § Cessation de l'adhésion.

En cas de changement de la législation en vigueur, les garanties seront automatiquement adaptées en conséquence et le membre participant en sera informé.

RECLAMATION – MEDIATION

Toute réclamation doit parvenir à la Mutuelle par écrit dans un délai de 6 mois à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement des prestations.

Il convient de s'adresser en priorité au gestionnaire SIACI SAINT HONORE / VIVINTER – Service Réclamations – TSA 70004 – 93414 SAINT DENIS CEDEX.

Si le désaccord persiste, le membre participant peut s'adresser à la Mutuelle à l'attention du Service Qualité MIP – 178 Rue Montmartre – 75096 Paris Cedex 02 ou par téléphone au 01.55.80.49.00.

Après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, le membre participant peut, afin de trouver une issue amiable au différend qui l'oppose à la Mutuelle, s'adresser par courrier au médiateur de la FNMF à l'adresse suivante : 255 rue de Vaugirard - 75015 Paris, ou par email : mediation@mutualite.fr

NULLITE - PRESCRIPTION

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle caractérisant une fraude de la part du membre participant, ce dernier est informé par la Mutuelle, des fautes constatées et de la preuve du caractère frauduleux de ces dernières et invité à fournir des explications. Conformément aux dispositions de l'Article L221-14 du Code de la Mutualité, la Mutuelle peut ensuite prononcer l'annulation des droits aux prestations liées à la fraude, sous réserve des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

En application de l'Article L221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- 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 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.

Elle est portée à dix ans pour les garanties dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue dans les conditions définies par l'Article L221-12 du Code de la Mutualité.

DIVERS

Protection des données personnelles

Le membre participant est protégé par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Il peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers d'adhérents à l'usage du gestionnaire SIACI SAINT HONORE / VIVINTER.

En application de la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiées par la Loi n°2004-801 du 6 août 2004, la Loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016 et la Loi n°2017-55 du 20 janvier 2017, et en application du Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016, la Mutuelle de l'Industrie du Pétrole (MIP), responsable du traitement, informe les personnes concernées de la finalité des traitements portant sur leurs données à caractère personnel, des destinataires de ces traitements, de la durée de conservation des informations collectées ainsi que des droits des personnes.

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet de traitements informatiques dans le respect du Code de la consommation, du Code de la Mutualité et du Code monétaire et financier dans le cadre du dispositif de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme, pour la gestion et l'exécution des garanties souscrites et, notamment, pour la préparation et la gestion des adhésions, le suivi et le contrôle des prestations, ou à des fins statistiques pour la tarification, l'évaluation, la vérification et la surveillance du risque.

L'accès à ces données est réservé aux services technique, gestion, comptabilité, juridique et au service informatique de la Mutuelle et du gestionnaire, ainsi qu'aux Souscripteurs ou bénéficiaires des prestations. La Mutuelle peut être amenée à transmettre les données collectées aux organismes de Sécurité sociale, organismes administratifs et judiciaires définis par la loi, aux organes de contrôle, au commissaire aux comptes et aux organismes partenaires de réassurance.

Si, pour les besoins de réalisation du service demandé, un transfert des données est réalisé en dehors de l'Union Européenne vers un pays ne disposant pas d'un niveau de protection adéquat, le Souscripteur et le membre participant sont informés des risques liés à ce transfert et leur consentement est recueilli au préalable dans le bulletin d'adhésion.

En aucun cas, les données ainsi collectées ne seront transmises à des organismes tiers en vue de démarches commerciales.

Les données personnelles collectées sont nécessaires à l'exécution des garanties souscrites, à sa gestion et son suivi ainsi qu'aux finalités poursuivies telles que décrites précédemment.

Les données sont conservées pendant toute la durée de vie du contrat. A sa résiliation, les données personnelles sont conservées en application des délais de prescriptions imposées par l'article L221-11 du Code de la Mutualité, sans préjudice de l'éventuelle application des délais imposés par le droit commun.

Le Souscripteur et le membre participant disposent d'un droit d'accès et de rectification par courrier : SIACI SAINT HONORE / VIVINTER – TSA 70004 – 93414 SAINT DENIS CEDEX. Le membre participant peut également exercer ces droits sur l'espace privé du site internet de son gestionnaire.

En outre, le Souscripteur et le membre participant disposent d'un droit de suppression, de limitation ou d'un droit d'opposition et du droit à la portabilité des données les concernant en adressant leur demande directement au gestionnaire. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant votre identité pour des raisons de sécurité et éviter toute demande frauduleuse, sur simple demande écrite adressée par email à l'adresse suivante : dpo@s2hgroup.com ou par courrier SIACI SAINT HONORE / VIVINTER – TSA 70004 – 93414 SAINT DENIS CEDEX.

Le gestionnaire dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de la demande pour répondre aux sollicitations. Au besoin, ce délai peut être prolongé de deux mois, compte tenu de la complexité et du nombre de demandes.

Le Souscripteur ou le membre participant dispose d'un droit de réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), autorité de contrôle, à l'adresse suivante : www.cnil.fr.

Loi applicable

La présente couverture est exclusivement soumise à la loi française et est régie par le Code de la Mutualité.

Contrôle

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit aux membres participants et à leurs ayants droit, victimes d'un accident dans leur action, contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

En application des Articles L.561-1 et suivants du code monétaire et financier, la Mutuelle applique les dispositifs de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme notamment aux regards des obligations de vigilance et de déclaration auprès de la cellule de renseignement financier nationale Tracfin, pour des sommes ou opérations qui proviendraient d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an ou sont liées au financement du terrorisme, ou provenant d'une fraude fiscale.

Vente à distance ou par démarchage

Conformément aux articles L221-18 et L221-18-1 du Code de la Mutualité :

- **Lorsque l'adhésion à la Mutuelle est issue d'une vente à distance**, le membre participant dispose d'un délai de 14 jours calendaires pour renoncer à son adhésion. Ce délai commence à courir, soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où le membre participant a reçu les conditions d'adhésion et les informations prévues à l'article L222-6 du code de la consommation si la date de réception est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion. En outre, le bulletin d'adhésion doit comprendre un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation lorsque ce droit existe.
- **Lorsque l'adhésion à la Mutuelle est issue d'un démarchage à domicile**, en application des dispositions de l'article L221-18-1 du code de la Mutualité, le bulletin d'adhésion comporte la mention suivante : « Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

Si les conditions sont réunies, le membre participant peut renoncer à son adhésion en envoyant au gestionnaire le modèle de lettre ci-dessous, sous la forme recommandée avec demande d'avis de réception. L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation de l'adhésion à sa date d'effet, aussi aucun sinistre ne sera alors pris en charge par la Mutuelle au titre de l'adhésion en question.

Modèle de lettre de renonciation :

« Je vous informe par ce courrier que je renonce à mon adhésion au contrat ____ [n° d'adhésion] signé le _____ [date de signature de la proposition]. En conséquence, je vous prie de bien vouloir me rembourser les sommes versées dans un délai de trente jours à compter de la réception de la présente lettre. Je vous en remercie par avance et vous prie de bien vouloir agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations. »

* *
*
*

Sommaire Assistance

Objet.....	11
Mise en oeuvre des garanties	11
Transmission des pièces justificatives.....	11
Définitions.....	11

GARANTIE D'ASSISTANCE

1. DÈS L'ADHÉSION, UN ACCOMPAGNEMENT TÉLÉPHONIQUE PERSONNALISÉ.....	12
2. UNE ASSISTANCE AU QUOTIDIEN EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE TROIS JOURS CONSÉCUTIFS OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE DE PLUS DE QUATRE JOURS CONSÉCUTIFS DU BÉNÉFICIAIRE.....	12
3. DES AIDES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE D'UN ENFANT BÉNÉFICIAIRE DE MOINS DE 14 ANS.....	12
4. UNE ASSISTANCE EN CAS DE MATERNITÉ DU BÉNÉFICIAIRE DONNANT SUITE À UNE HOSPITALISATION DE PLUS DE HUIT JOURS.....	13
5. DES CONSEILS ET UN ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE MALADIE GRAVE DU BÉNÉFICIAIRE.....	13
Cas d'exclusion.....	14
Fausse déclaration de sinistre.....	14
Préscription.....	14
Réclamations.....	15

OBJET

Le présent contrat « assistance » met à la disposition des bénéficiaires de contrats santé Tepee un ensemble de services choisis pour les accompagner en cas de besoin.

Les garanties du contrat assistance sont acquises à chaque bénéficiaire tant que le présent contrat d'assistance est en vigueur.

Simple besoin d'information, immobilisation temporaire à cause d'un accident ou d'une maladie, maladie grave ou besoin d'accompagnement des ascendants dépendants : l'assistance santé apporte une aide adaptée.

Le contrat d'assistance a été souscrit par la MIP auprès d'AUXIA Assistance (ci-après : « l'Assisteur ») : entreprise régie par le Code des assurances au capital entièrement libéré de 1 780 000,00 €, N° RCS 351 733 761 Paris, siège social au 21 rue LAFFITTE 75009 PARIS, filiale du Groupe Malakoff Médéric.

L'organisme chargé du contrôle d'AUXIA Assistance est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09

Le contrat d'assistance est souscrit pour une période se terminant le 31/12 de l'année au cours de laquelle il a pris effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le premier janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties (Auxia Assistance ou la MIP), notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée DEUX MOIS au moins avant chaque date de renouvellement.

Le contrat peut, par ailleurs, être modifié d'un commun accord entre Auxia Assistance et la MIP à effet du 1er janvier d'un exercice.

Dans ces cas, conformément à l'article L.141-4 du Code des assurances, la MIP s'engage à informer par écrit les adhérents des changements modifiant les droits et obligations des assurés et bénéficiaires au moins TROIS MOIS avant leur entrée en vigueur.

MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

En cas d'urgence, le premier réflexe doit être l'appel aux services de secours publics (le 15 ou le 112 pour joindre les urgences ; le 17 pour joindre les services de la police ; le 18 pour joindre les pompiers) ou au médecin traitant. L'Assisteur peut, en dernier lieu, conseiller le bénéficiaire quant à la nature des intervenants qu'il convient d'appeler. Les services d'assistance d'AUXIA Assistance ne se substituent pas aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations d'assistance de cette convention doit être obligatoirement formulée dans un délai de 5 jours ouvrés suivant l'événement par le bénéficiaire ou ses proches par téléphone au 09 86 86 03 80, accessible 24h/24, 7 jours sur 7 pour les cas d'urgence (et aux horaires indiqués ci-après pour les autres services) en indiquant :

- le numéro de la convention d'assistance concernée : 80 10 10 ;
- le nom et le numéro de contrat d'assurance santé Tepee souscrit ;
- l'identité de l'assuré qui travaille dans l'entreprise (nom, prénom, date de naissance) ;
- l'identité du bénéficiaire et ses coordonnées (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone).

Les prestations sont mises en œuvre du lundi au samedi de 9 heures à 20 heures (hors jours fériés).

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute déclaration tardive intervenant au-delà du délai de 5 jours ouvrés entraîne la déchéance de la garantie dans la mesure où le retard ne permet plus à l'Assisteur de mettre en œuvre ses garanties dans des conditions conformes à ses engagements.

TRANSMISSION DES PIÈCES JUSTIFICATIVES

Compte tenu de la nature des prestations d'assistance proposées, il appartient au bénéficiaire de communiquer à l'Assisteur des pièces médicales justificatives de son état de santé.

Conformément à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2003 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé et afin de permettre à l'Assisteur de préserver la confidentialité des informations transmises, le bénéficiaire est invité à transmettre les pièces médicales sous pli cacheté destiné au Médecin conseil de l'Assisteur dont l'adresse lui sera communiquée par téléphone.

L'Assisteur se réserve le droit de demander des pièces médicales justificatives complémentaires concernant l'état de santé du bénéficiaire avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance

Les services de l'Assisteur sont organisés pour garantir la confidentialité des données de santé et ne communiquent aux services administratifs d'AUXIA ASSISTANCE aucuns détails sur la pathologie du bénéficiaire.

DÉFINITIONS

Assuré

Personne physique qui a adhéré au contrat santé Tepee.

Bénéficiaire

Pour l'ensemble des prestations, le bénéficiaire est l'assuré, son conjoint (y compris la personne ayant conclu un PACS avec l'assuré), non séparés de corps judiciairement ou son concubin et ses enfants fiscalement à charge.

Domicile

Lieu de résidence principale du bénéficiaire en France métropolitaine ou en Principautés de Monaco.

Territorialité

Le bénéfice des prestations de la présente convention est ouvert uniquement pour les événements survenus en France métropolitaine ou en Principautés d'Andorre et de Monaco et pour des prestations fournies sur le même territoire.

Ascendant dépendant

Tout ascendant d'un bénéficiaire (parents, beaux-parents et grands-parents) en état de dépendance vivant en France Métropolitaine.

Pour l'ascendant dépendant, l'ouverture des droits à prestations intervient après évaluation du niveau de dépendance par le service médical de l'Assisteur (excepté pour la prestation 5-2 « un accompagnement pour réaliser les démarches administratives et sociales » disponible sans condition).

L'état de dépendance est défini comme l'incapacité à réaliser 2 des 4 actes de la vie quotidienne. Les actes de la vie quotidienne sont :

- s'alimenter : capacité de préparer les aliments mis à disposition et de les manger sans l'assistance d'une tierce personne ;
- se laver : capacité de se laver dans un bain ou dans une douche, ou de faire sa toilette à l'éponge, sans l'assistance d'une tierce personne ;
- se déplacer : capacité de se lever d'un lit ou d'une chaise, de se coucher, de s'asseoir, de se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de son domicile, y compris en utilisant les moyens adaptés sans l'assistance d'une tierce personne ;
- s'habiller : capacité de mettre ou d'enlever ses vêtements et de se présenter sans l'assistance d'une tierce personne.

Aidant

Tout bénéficiaire venant en aide, à titre bénévole, à un ascendant dépendant, pour les activités de la vie de tous les jours. L'aide fournie peut être permanente ou non, au domicile du bénéficiaire ou au domicile de l'ascendant dépendant.

Aide-ménagère

Intervention d'un prestataire missionné par l'Assisteur pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du bénéficiaire. Chaque intervention dure au minimum 2 heures. Les prestations d'aide-ménagère sont délivrées de 8 heures à 19 heures du lundi au vendredi (hors jours fériés).

Maladie

Toute altération de l'état de santé du bénéficiaire, médicalement constatée.

Maladie Grave

Les maladies reconnues comme Affections de Longue Durée (ALD) par l'Assurance maladie et pouvant être prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. Les Affections de Longue Durée correspondent aux :

- affections inscrites sur la liste des 30 affections de longue durée (ALD 30) comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Cette liste est fixée par l'article D. 322-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- affections dites « hors liste » et polyopathologiques : état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 mois.

Hospitalisation imprévue

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public ou toute hospitalisation à domicile, consécutifs à un accident ou une maladie, prescrits en urgence par un médecin, à l'exclusion des hospitalisations de jour et des hospitalisations planifiées.

AUXIA Assistance se réserve le droit de demander un bulletin confirmant l'hospitalisation avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Immobilisation imprévue

Toute incapacité physique à se déplacer survenant inopinément et consécutive à un accident ou à une maladie, constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile prescrit par un médecin.

Animaux domestiques

La garde des animaux domestiques consiste soit en l'organisation de la garde des animaux au domicile du bénéficiaire (dans la limite d'une visite par jour) soit en l'organisation du transport et de l'hébergement dans une pension spécialisée choisie par l'Assisteur.

Animaux familiers (chiens ou chat uniquement) vivant habituellement au domicile du bénéficiaire et à sa charge.

Les chiens de 1re et 2e catégorie (chiens d'attaque/chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L.211-12 du Code rural sont exclus.

La garantie Animaux domestiques ne peut être accordée que pour les chiens et les chats à jour de vaccination et identifiés (puçage, tatouage). À cet effet, il pourra être demandé, le passeport européen et le carnet de santé de l'animal.

Transport

Les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train, avec un billet de première classe ou par avion en classe économique.

Durée de validité

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement en cas de sinistre survenant pendant la durée de validité du contrat d'assistance liant la MIP et Auxia Assistance et tant que la société ou l'association cliente en bénéficie.

GARANTIES D'ASSISTANCE

1. DÈS L'ADHÉSION, UN ACCOMPAGNEMENT TÉLÉPHONIQUE PERSONNALISÉ

L'Assisteur met à disposition un service de renseignements téléphoniques, accessible de 9h00 à 20h00, du lundi au samedi (hors jours fériés), dans les domaines suivants :

1-1 Un service d'informations sur la santé

L'Assisteur communique, par téléphone, hors urgence médicale, des informations médicales de la vie courante : le calendrier vaccinal, les maladies et les risques qui y sont liés, les médicaments et leurs effets secondaires, la prévention, la diététique, les structures médicales, les associations de malades, les problèmes d'alcool, de poids, le tabagisme, la préparation aux voyages.

L'Assisteur a pour mission d'informer. Les informations données ne pourront, en aucun cas, remplacer une consultation médicale ou être considérées comme telle.

1-2 Un service d'informations et de conseils médicaux spécifiques

Sur simple appel téléphonique, l'Assisteur informe le bénéficiaire sur les pathologies telles que la maladie d'Alzheimer, de Parkinson, le Sida, l'autisme, les allergies, le diabète, la paraplégie, ...

Il renseignera le bénéficiaire sur les traitements et leurs effets secondaires, les évolutions possibles des maladies, les risques potentiels pour l'entourage et lui fournira une aide dans ses recherches : associations de malades, centres spécialisés, ...

1-3 Un service d'informations et d'aide aux démarches à effectuer en cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation, l'Assisteur informe le bénéficiaire sur les formalités et les démarches à effectuer auprès de l'établissement de santé, de son employeur, de la Sécurité sociale mais aussi de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié.

1-4 Un service d'informations sociales et administratives

Sur simple appel téléphonique, l'Assisteur écoute, informe sur toute demande de nature sociale ou administrative et oriente si besoin les bénéficiaires vers les organismes qualifiés. Les demandes peuvent concerner les domaines suivants: les formalités administratives, les régimes de protection sociale, les prestations auxquelles le bénéficiaire peut prétendre, les allocations, l'habitation, la famille, la succession, ...

Lorsque la demande d'information ne peut engendrer une réponse immédiate, l'Assisteur rappelle le bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements demandés. Ce rappel est effectué à la date et l'horaire convenus avec le bénéficiaire et dans un délai de 48 heures.

2. UNE ASSISTANCE AU QUOTIDIEN EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE TROIS JOURS CONSÉCUTIFS OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE DE PLUS DE QUATRE JOURS CONSÉCUTIFS DU BÉNÉFICIAIRE

Pendant la période d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :

2-1 La venue d'un proche au chevet

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller-retour d'un proche du bénéficiaire résidant en France métropolitaine, en Principautés d'Andorre ou de Monaco, à compter du premier jour d'hospitalisation ou d'immobilisation et, si besoin, son hébergement, dans la limite de 2 nuits, à concurrence de 80 € TTC par nuit, petit déjeuner inclus.

Toute autre solution de logement provisoire ne pourra donner lieu à un quelconque dédommagement.

2-2 La prise en charge des enfants de moins de 14 ans

Le bénéficiaire peut demander à l'Assisteur de mettre en œuvre l'une des prestations ci-dessous. Les trois prestations ci-dessous ne sont pas cumulables.

2-2-1 La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller-retour d'un proche résidant en France métropolitaine, en Principautés d'Andorre

ou de Monaco pour s'occuper de ses enfants au domicile du bénéficiaire.

2-2-2 Le transfert des enfants

Dans le cas où un proche ne peut se déplacer au domicile du bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge le transport aller-retour des enfants de moins de 14 ans du bénéficiaire chez un proche résidant en France métropolitaine, en Principautés d'Andorre et de Monaco.

2-2-3 La garde au domicile

Dans les autres cas, l'Assisteur organise et missionne un intervenant autorisé dans la limite de 40 heures réparties pendant la durée de l'immobilisation du patient bénéficiaire.

La durée de chaque intervention est d'un minimum de 2 heures, du lundi au vendredi (hors jours fériés). Le bénéficiaire peut également demander à bénéficier de l'aide suivante :

2-2-4 La conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Pendant la période d'hospitalisation ou d'immobilisation, pour accompagner (aller-retour) l'enfant à l'école ou à ses activités extrascolaires (hors compétitions), l'Assisteur organise et prend en charge le taxi, jusqu'à 240 € TTC au maximum.

2-3 La garde des animaux domestiques (chiens et chats uniquement)

L'Assisteur prend en charge le transport des animaux chez un proche, dans un rayon de 100 Km du domicile du bénéficiaire. Si aucun proche ne peut les accueillir, l'Assisteur organise le transport et l'hébergement de l'animal chez un professionnel, dans la limite d'un total de 240 € TTC (frais de transport inclus).

2-4 Une aide aux tâches ménagères

Sur évaluation des besoins réels du bénéficiaire par l'Assisteur, une aide-ménagère peut être mise à sa disposition, dès le premier jour, afin de venir en aide aux proches demeurant au domicile ou dès le retour au domicile du bénéficiaire.

L'Assisteur prend en charge le coût de cette garantie jusqu'à 12 heures maximum, réparties sur 4 semaines.

2-5 La livraison de médicaments

Pendant l'immobilisation au domicile, en cas d'incapacité temporaire du bénéficiaire et de ses proches à se déplacer, l'Assisteur organise et prend en charge la recherche et l'acheminement des médicaments prescrits depuis moins de 24 heures par le médecin traitant. L'Assisteur fait l'avance du coût des médicaments que le bénéficiaire doit rembourser à la livraison.

L'Assisteur n'est pas responsable des prescriptions médicales fournies.

2-6 Le portage des repas

Pendant l'immobilisation au domicile, l'Assisteur organise et prend en charge le portage de 7 repas au maximum, en une seule livraison, au domicile du bénéficiaire (en France métropolitaine seulement). Le coût des repas reste à la charge du bénéficiaire et doit être payé à la livraison. Les délais de mise en œuvre de ce service sont de 4 jours ouvrés.

Les repas fournis peuvent être établis de manière à tenir compte, sous réserve des disponibilités locales, des contraintes de santé du bénéficiaire (régime sans sucre, sans sel...) à l'exclusion de toute considération d'ordre personnelle (mode de vie, croyances, préférences).

2-7 La recherche et la mise en relation avec un intervenant médical ou paramédical

Sur simple appel téléphonique, hors urgence médicale, en l'absence ou en cas d'indisponibilité de l'intervenant habituel du bénéficiaire, l'Assisteur aide le bénéficiaire à trouver un médecin généraliste ou, sur prescription médicale, un infirmier, un kinésithérapeute, un laboratoire d'analyses ou un centre de radiologie. L'Assisteur propose au bénéficiaire 5 coordonnées de professionnels le plus près possible du domicile.

Les frais de déplacement, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

3. DES AIDES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE D'UN ENFANT BÉNÉFICIAIRE DE MOINS DE 14 ANS

3-1 En cas d'hospitalisation imprévue d'un enfant de moins de 14 ans

Le bénéficiaire peut demander l'une ou l'autre des prestations suivantes :

3-1-1 La venue d'un proche

L'Assisteur organise la venue d'un proche désigné par les parents. L'Assisteur prend en charge le transport aller-retour du proche et, si besoin, son hébergement, dans la limite de 2 nuits, à concurrence de 80 € TTC par nuit, petit déjeuner inclus. Toute autre solution de logement provisoire ne pourra donner lieu à un quelconque dédommagement.

3-1-2 La garde au domicile

L'Assisteur organise la garde au domicile des frères et sœurs âgés de moins de 14 ans par un intervenant autorisé, dans la limite de 40 heures pendant la période d'hospitalisation de l'enfant malade.

Chaque intervention est d'une durée de 2 heures minimum, du lundi au vendredi (hors jours fériés).

3-2 En cas d'immobilisation imprévue d'un enfant de moins de 14 ans

3-2-1 La garde au domicile

En cas d'immobilisation de l'enfant, l'Assisteur organise et missionne un intervenant autorisé pour veiller sur l'enfant au domicile des parents, dans la limite de 40 heures pendant la période d'immobilisation.

Chaque intervention est d'une durée de 2 heures minimum, du lundi au vendredi (hors jours fériés).

3-2-2 Soutien scolaire à domicile

Si l'enfant est immobilisé au domicile pour une durée supérieure à 14 jours consécutifs, l'Assisteur prend en charge un répétiteur scolaire afin d'assurer le soutien pédagogique de l'enfant, jusqu'à ce qu'il puisse reprendre l'école. Il s'agit de cours particuliers sur les matières principales (mathématiques, français, histoire/géographie, anglais) donnés au domicile. Sur autorisation des parents, l'intervenant pourra se mettre en rapport avec l'établissement fréquenté afin d'évaluer avec les enseignants de l'enfant le programme à étudier. Cette garantie est accordée pendant l'année scolaire en cours pour les enfants inscrits en primaire ou en secondaire. Elle cesse dès que l'enfant est en capacité de reprendre les cours et, au plus tard, à la fin de l'année scolaire. Chaque intervention est d'une durée maximale de 3 heures par jour ouvrable, à raison de 15 heures par semaine, hors vacances scolaires.

3-3 Pendant la convalescence de l'enfant

Suite à une hospitalisation ou une immobilisation, si l'enfant peut assister aux cours de l'établissement qu'il fréquente (primaire ou secondaire) mais a des difficultés pour se déplacer, l'Assisteur organise et prend en charge le trajet aller-retour en taxi pour se rendre à l'école et ce, à concurrence de 240 € TTC pour toute la durée de la convalescence.

Pour toutes les prestations concernant les enfants :

La personne missionnée au domicile de l'enfant bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. L'Assisteur intervient à la demande des parents et ne peut être tenu responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants confiés.

4. UNE ASSISTANCE EN CAS DE MATERNITÉ DU BÉNÉFICIAIRE DONNANT SUITE À UNE HOSPITALISATION DE PLUS DE HUIT JOURS

4-1 La venue d'un proche au chevet

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller-retour d'un proche résidant en France métropolitaine, en Principautés d'Andorre ou de Monaco, au chevet du bénéficiaire.

Si besoin, il prend également en charge l'hébergement du proche, dans la limite de 2 nuits maximum à concurrence de 80 € TTC par nuit, petit déjeuner inclus. Toute autre solution de logement provisoire ne pourra donner lieu à un quelconque dédommagement.

4-2 Les enfants de moins de 14 ans sont pris en charge

Le bénéficiaire peut demander à l'Assisteur de mettre en œuvre l'une des prestations ci-dessous. Les trois prestations ci-dessous ne sont pas cumulables.

4-2-1 La venue d'un proche au domicile

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller-retour d'un proche résidant en France métropolitaine, en Principautés d'Andorre ou de Monaco pour s'occuper de ses enfants au domicile du bénéficiaire.

4-2-2 Le transfert des enfants

Dans le cas où un proche ne peut se déplacer au domicile du bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge le transport aller-retour des enfants de moins de 14 ans du bénéficiaire, chez un proche résidant en France métropolitaine, en Principautés d'Andorre et de Monaco.

4-2-3 La garde au domicile

Dans les autres cas, l'Assisteur organise et missionne un intervenant autorisé pour garder l'enfant au domicile du bénéficiaire dans la limite de 40 heures, réparties pendant la durée de l'immobilisation du patient bénéficiaire.

La durée de chaque intervention est d'un minimum de 2 heures, du lundi au vendredi (hors jours fériés). Le bénéficiaire peut également demander à bénéficier de l'aide suivante :

4-2-4 La conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Pendant la période d'hospitalisation, pour accompagner (aller-retour) l'enfant à l'école ou à ses activités extrascolaires (hors compétitions), l'Assisteur organise et prend en charge un taxi, jusqu'à 240 € TTC au maximum.

4-2-5 Une aide aux tâches ménagères

Sur évaluation de l'Assisteur, une aide-ménagère est mise à la disposition du bénéficiaire, dès le premier jour d'hospitalisation, afin de venir en aide aux proches demeurant au domicile ou dès le retour de la personne bénéficiaire à son domicile. L'Assisteur prend en charge le coût de cette garantie jusqu'à 14 heures maximum, réparties sur 4 semaines.

5. DES CONSEILS ET UN ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE MALADIE GRAVE DU BÉNÉFICIAIRE

5-1 Un bilan de vie personnalisé est pratiqué

Sur simple appel téléphonique, le bénéficiaire ou son proche peut demander à l'Assisteur d'effectuer un bilan de vie. Ce bilan apprécie le contexte dans lequel évolue la personne (son environnement familial et social, les ressources finan-

cières dont elle dispose, ses habitudes de vie...), la gravité de son affection et son incidence sur la qualité de vie. Il comporte une évaluation des capacités psychiques et physiques de gestion du quotidien de la personne pour les activités de soins personnels, domestiques et ménagères, de loisirs, de vie sociale, de conduite automobile...

A l'issue de ce bilan, l'Assisteur présente, par téléphone, au bénéficiaire ou à son proche les conclusions pour l'aider à :

- organiser au mieux son maintien à domicile ;

- identifier la nature des interventions, la fréquence, la durée en fonction de l'environnement et du budget ;

- établir et demander les aides et allocations auxquelles il peut prétendre.

Le cas échéant, si son maintien à domicile n'est pas possible, il l'aidera à effectuer les démarches pour être admis au sein d'une structure d'accueil adaptée.

5-2 Un accompagnement pour réaliser les démarches administratives et sociales

Sur appel téléphonique, l'Assisteur met à la disposition du bénéficiaire un service d'écoute, d'information et d'orientation sur des problématiques à caractère administratif ou social. L'Assisteur analyse les besoins du bénéficiaire, entreprend les démarches nécessaires : il rédige les courriers, remplit les formulaires administratifs et d'aide sociale et contacte les différents organismes.

5-3 Un accompagnement psychologique sur demande

Sur demande du bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge une assistance psychologique, à raison de 4 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien, par année civile. En cas de détresse persistante, l'Assisteur oriente le bénéficiaire vers son médecin traitant. Sur prescription médicale de ce dernier, l'Assisteur peut prendre en charge également jusqu'à 14 heures de consultations psychologiques supplémentaires, en face à face.

Les frais de déplacements restent à la charge du bénéficiaire.

6. DES PRESTATIONS SPÉCIFIQUES POUR L'AIDANT

Ces garanties, destinées à l'aidant, sont limitées à une prise en charge par an et par bénéficiaire.

6-1 En cas d'hospitalisation imprévue de l'aidant

6-1-1 Pendant la période d'hospitalisation

Si l'aidant est hospitalisé de manière imprévue pour plus de 24 heures, l'Assisteur met en œuvre, au choix, l'une des garanties suivantes :

6-1-1-1 La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller-retour d'un proche, résidant en France métropolitaine, en Principautés d'Andorre ou de Monaco, au domicile du bénéficiaire.

6-1-1-2 La garde au domicile

Dans le cas où un proche de l'aidant ne peut s'occuper du parent dépendant pendant la période d'hospitalisation, l'Assisteur organise et missionne un professionnel agréé pour garder l'ascendant dépendant au domicile de l'aidant, dans la limite de 24 heures, réparties pendant la durée d'hospitalisation de l'aidant.

La durée de chaque prestation est d'un minimum de 2 heures, du lundi au vendredi (hors jours fériés).

6-1-2 Après la période d'hospitalisation

Dans les 30 jours calendaires qui suivent la fin de la période d'hospitalisation (hospitalisation de plus de 24 heures), l'aidant peut demander à bénéficier des services suivants :

6-1-2-1 Un accompagnement pour réaliser les démarches administratives et sociales

Sur appel téléphonique, l'Assisteur met à la disposition du bénéficiaire un service d'écoute, d'information et d'orientation sur des problématiques à caractère administratif ou social. L'Assisteur analyse les besoins du bénéficiaire, entreprend les démarches nécessaires : il rédige les courriers, remplit les formulaires d'aide sociale et contacte les différents organismes.

6-1-2-2 Un service d'aide à la recherche d'une structure d'accueil temporaire pour l'ascendant dépendant

L'équipe médicale de l'Assisteur, après évaluation de l'état de dépendance, recherche un maximum de 3 structures d'accueil, à proximité du domicile de l'aidant. Elle indique au bénéficiaire les différentes caractéristiques de ces établissements et les tarifs pratiqués.

L'Assisteur organise et prend également en charge les visites de ces établissements d'accueil temporaires, dans la limite de 3 visites maximum, à concurrence de 100 € TTC par visite.

L'Assisteur ne peut garantir l'accord d'admission de l'établissement et le nombre de places disponibles.

Suite à l'admission de l'ascendant dépendant au sein d'une structure d'accueil, l'Assisteur organise et prend en charge son transfert aller-retour en ambulance ou en taxi, dans un rayon de 50 km.

6-2 Un soutien en cas d'épuisement psychologique et physique de l'aidant

Les garanties 6-2-1, 6-2-2, 6-2-3 sont cumulables dans la limite d'un total de 400 € TTC facturé par le prestataire à l'Assisteur. Ces garanties destinées à l'aidant sont limitées à une prise en charge par an et par bénéficiaire.

En cas de détresse psychologique ou de fatigue physique de l'aidant, l'Assisteur peut mettre en œuvre les services d'assistance suivants :

6-2-1 La venue d'un proche

Afin de soulager l'aidant, l'Assisteur organise et participe au coût du transport aller-retour d'un proche résidant en France métropolitaine, en Principautés d'Andorre ou de Monaco.

6-2-2 Le transfert de l'ascendant dépendant chez un proche

Pour que l'aidant puisse faire une pause, l'Assisteur organise et participe au coût du transfert de l'ascendant dépendant, en taxi, en véhicule sanitaire ou en ambulance, chez un proche résidant en France métropolitaine, en Principautés d'Andorre ou de Monaco.

6-2-3 La garde au domicile par un(e) auxiliaire de vie

L'Assisteur organise l'intervention d'un(e) auxiliaire de vie habilité(e) pour soulager l'aidant des tâches qui lui incombent habituellement et qu'il ne peut plus assumer. L'Assisteur participe au coût d'intervention de l'auxiliaire de vie.

6-2-4 Un service d'aide à la recherche d'une structure d'accueil temporaire pour l'ascendant dépendant

L'équipe médicale de l'Assisteur, après évaluation de l'état de dépendance, recherche un maximum de 3 structures d'accueil, à proximité du domicile de l'aidant. Elle indique au bénéficiaire les différentes caractéristiques de ces établissements et les tarifs pratiqués.

L'Assisteur organise et prend également en charge les visites de ces établissements d'accueil temporaires, dans la limite de trois visites maximum, à concurrence de 100 € TTC par visite. L'Assisteur ne peut garantir l'accord d'admission de l'établissement et le nombre de places disponibles.

Suite à l'admission de l'ascendant dépendant au sein d'une structure d'accueil, l'Assisteur organise et prend en charge son transfert aller-retour en ambulance ou en taxi, dans un rayon de 50 km.

CAS D'EXCLUSION

Sont exclus du présent contrat :

- les frais engagés sans l'accord préalable de l'Assureur ;
- toute prestation non expressément prévue par les clauses du présent contrat ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- les sinistres survenus avant la date de prise d'effet du présent contrat ou après le terme de ce contrat ;
- les affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation au domicile ;
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement et de l'usage abusif d'alcool (selon le seuil fixé par le Code de la route à l'article R234-1) ;
- les conséquences des actes intentionnels et/ou dolosifs du bénéficiaire ;
- la participation du bénéficiaire à un crime, à un délit ou une rixe, sauf en cas de légitime défense ;
- la tentative de suicide du bénéficiaire ;
- les événements survenus lors de la pratique de sports dangereux (sports de combat, sports aériens, sports mécaniques) ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions, paris ou défis ;
- les conséquences des interventions à caractère esthétique sur la personne du bénéficiaire.

FAUSSE DÉCLARATION DE SINISTRE

Si le bénéficiaire fait sciemment une fausse déclaration portant sur la nature ou les conséquences d'un sinistre, il peut être déchu de tout droit à la garantie pour le sinistre (article L113-8 du Code des assurances). Le cas échéant, les frais engagés à tort par l'Assisteur devront être remboursés par le bénéficiaire.

PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

de l'assuré. »

La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L.114-2 du Code des assurances. Cet article prévoit que « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes ordinaires de 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'exécution 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).

L'article L.114-3 du Code des assurances prévoit que, « 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 ».

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré reconnaît avoir été informé par Auxia Assistance organisme assureur et responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Auxia Assistance a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier : Malakoff Médéric, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès d'Auxia Assistance ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Médéric auquel d'Auxia Assistance appartient
- la gestion des avis de l'assuré sur les produits, services ou contenus proposés par Auxia Assistance ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme ;
- la proposition à l'assuré de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Auxia Assistance ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré.

L'assuré reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel (en ce compris des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé de l'assuré, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique la signature du Bulletin individuel d'affiliation vaut recueil du consentement.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les services d'Auxia Assistance dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que les sous-traitants, les délégués de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures et les souscripteurs du contrat.

Les données de santé de l'assuré sont destinées au Service médical d'Auxia Assistance et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical et ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Auxia Assistance s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL et notamment aux durées prévues par le Pack Assurance. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des

obligations légales d'Auxia Assistance et des prescriptions légales applicables. Auxia Assistance et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et (2) à notifier à la CNIL et informer l'assuré en cas de violation de ses données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Dans le cadre du contrat, l'Assuré est informé que les Données personnelles de santé sont protégées par le secret professionnel tel que défini à l'article L.226-13 du code pénal. AUXIA ASSISTANCE garantit à l'Assuré le strict respect du secret médical entourant ses Données et s'engage à prendre les mesures nécessaires. Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de ré-identification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

Les appels téléphoniques réalisés auprès d'AUXIA ASSISTANCE ou de ses partenaires sont susceptibles d'être enregistrés, dans le cadre de la démarche qualité. Lorsqu'ils sont enregistrés, les appels sont conservés pour une durée de 6 mois maximum. L'enregistrement de l'appel peut être refusé à tout moment par l'appelant.

2. L'assuré dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem. L'assuré dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Sauf opposition écrite de la part de l'assuré, ses informations peuvent être communiquées aux organismes de retraite et d'assurance du Groupe Malakoff Médéric, ainsi qu'à leurs filiales et partenaires, à des fins de prospection commerciale/prospection de leurs offres de produits et services.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, par email à sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier à Malakoff Médéric, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

L'assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet : <https://www.cnil.fr/fr/agir>

ou par courrier à l'adresse suivante :
Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
3 Place de Fontenoy
TSA 80715
75334 PARIS CEDEX 07.

L'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel.

Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation à formuler quant à la gestion des garanties d'assistance, Vous pouvez adresser votre demande à notre Service Réclamations :

AUXIA ASSISTANCE, Service Réclamations,
TSA 10001, 78075 SAINT-QUENTIN YVELINES CEDEX.
Notre Service Réclamations prend en charge votre demande dans un délai de 4 jours ouvrés suivant la réception de votre courrier et vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.
Si la réponse apportée par notre Service Réclamations ne vous satisfait pas entièrement, nous vous invitons à adresser une demande écrite à l'adresse suivante :

AUXIA ASSISTANCE, Service Conciliation,
TSA 10001, 78075 SAINT-QUENTIN YVELINES
CEDEX.

Notre Service Conciliation prend en charge votre demande dans un délai de 4 jours ouvrés suivant la réception de votre courrier et vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.
Si l'examen du dossier par le Service Conciliation n'aboutit pas à une conciliation et que vous restez en désaccord avec la réponse apportée par nos services, il vous est alors possible de saisir le Médiateur de l'Association « La Médiation de l'Assurance », association dont est membre la Fédération Française de l'Assurance (FFA). Le Médiateur est une autorité indépendante et extérieure à la société d'assurance, qui examine et donne un avis sur le règlement des litiges liés au contrat d'assurance.

La demande doit être adressée à :
La Médiation de l'Assurance,
TSA 50110, 75441, PARIS CEDEX 09.

Pour saisir le médiateur, vous pouvez vous connecter sur : <http://www.mediation-assurance.org>

Les modalités de saisine du Médiateur peuvent aussi être consultées librement sur Internet à l'adresse suivante www.auxia.com

En application de l'article 2238 du Code civil, le recours à la médiation suspend le délai de prescription des actions.

La suspension a pour effet d'arrêter temporairement le cours de la prescription, mais n'efface pas le délai ayant déjà couru (article 2230 du Code civil). Le délai de prescription ne recommence à courir, pour une durée minimale de six mois, qu'à compter de la date à laquelle la procédure de médiation est déclarée achevée.



AUXIA Assistance
SA au capital de 1 780 000 €
Entreprise régie par le Code des assurances
21 rue Laffitte - 75009 Paris
351 733 761 RCS Paris



Société de courtage d'assurances

SARL au capital de 20 000 €

Siège social : 47 Place Alphonse Fiquet 80011 Amiens

Rcs Amiens 845 006 402 • Immatriculée à l'Orias sous le N° 19000807



178 rue Montmartre

75096 PARIS CEDEX 02

TEL. : 01.55.80.49.00 FAX : 01.55.80.49.99 www.mutuelles.biz

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité.

Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 775 671 902.



AUXIA Assistance

SA au capital de 1 780 000 €

Entreprise régie par le Code des assurances

21 rue Laffitte - 75009 Paris

351 733 761 RCS Paris