



**NOTICE D'INFORMATION
LPA SANTE NO 2026
*Contrat collectif à adhésion
facultative***

Chapitre I

Dispositions générales

Article 1

Cadre juridique du contrat collectif

L'association LA Prévoyance des Avocats (LPA – 12, place Dauphine 75001 PARIS), ci-après l'association, a souscrit auprès de la Mutuelle des Chambres de Commerce et d'Industrie ,Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 784 718 355.(MCCI – 38-42 rue Cuvier 93100 MONTREUIL) un contrat collectif à adhésion facultative, en vue de permettre à ses membres, et le cas échéant à leurs ayants droit, de bénéficier de garanties frais de santé, dans les conditions définies ci-après.

L'association est composée de membres (personnes physiques) exerçant une activité d'avocat, âgés d'au moins 18 ans, résidents en France, affiliés à un régime obligatoire d'assurance maladie français. ci-après « Groupe assurable ».

Le courtier d'assurance intermédiaire à la souscription des contrats ci-dessus référencés est la SOCIÉTÉ DE COURTAGE DES BARREAUX - 400, chemin des Jallassières - CS30002 - 13510 Eguilles - SAS au capital variable de 40 000 € inscrite au RCS d'Aix-en-Provence B 439 831 041 - N° ORIAS 07 005 717 www.orias.fr. Le courtier d'assurance intermédiaire à la gestion des contrats d'assurance ci-dessus référencés est GENERATION - 12 bis, rue de Kerogan, 29000 Quimper - SAS au capital de 102 766,40 € inscrite au RCS de Quimper n° 410 069 066 - N° ORIAS 07 000 872 www.orias.fr.

AXA Assistance France, Société Anonyme, dont le siège social est à Châtillon (92230), 6 rue André-Gide, garantit les prestations d'assistance selon les dispositions prévues à l'annexe « Les garanties d'assistance ».

L'autorité chargée du contrôle de la SOCIÉTÉ DE COURTAGE DES BARREAUX et de GENERATION est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

La présente notice précise les garanties et les prestations auxquelles peuvent prétendre les membres de à l'association ayant adhéré au contrat collectif « NO 2026 », ainsi que leurs modalités de prise en charge, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

Ce document vous indique également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou des limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Ne sont effectivement accordées que les garanties prévues dans le tableau des garanties joint à la présente notice d'information et correspondant à la formule de garanties choisie par le membre participant pour laquelle il paye les cotisations. La formule de garanties applicable est mentionnée dans le certificat d'adhésion.

Les relations contractuelles découlant de l'adhésion au contrat collectif sont régies par les conditions de ce dernier, la présente notice d'information et le certificat d'adhésion, ainsi que par les statuts de la mutuelle.

Le contrat collectif « NO 2026 » et l'adhésion du membre participant sont régis par la loi française et notamment par le Code de la Mutualité.

La langue utilisée est le français.

Article 2

Conclusion et modifications du contrat collectif

Le contrat collectif est conclu dans le cadre d'un marché d'appel d'offres pour une durée de **trois (3) ans**, reconductible un an et est souscrit par à l'association auprès de MCCI. Il prend effet à compter du **01/01/2025** et est en vigueur jusqu'au **31/12/2027**.

QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT Le présent contrat a pour objet de proposer à tous les adhérents de La Prévoyance des Avocats, âgés de moins de 70 ans, des garanties Frais de Santé définies par la présente notice d'information, les statuts, le règlement intérieur et le contrat mutualiste de la MCCI. Sont dénommés « assuré(s) », l'adhérent et ses bénéficiaires mentionnés sur le certificat d'adhésion.

Le contrat se renouvellera par tacite reconduction au **1er janvier de chaque année**, sauf résiliation dans les conditions prévues au

contrat. Il peut être modifié par avenant conclu entre l'association et MCCI.

Les modifications du contrat collectif sont notifiées aux membres participants par la remise, par MCCI pour le compte de l'Association, d'une notice d'information, conformément à l'article 6.1 ci-après.

Article 3

Adhésion du groupe assurable

La signature par toute personne physique répondant aux conditions de l'article 1, de la demande d'adhésion au contrat collectif emporte adhésion à l'association, acceptation des conditions définies dans la notice d'information, ainsi que des statuts de MCCI.

Article 4

Résiliation du contrat collectif

Le marché a une durée initiale de trois (**3** ans), reconductible un an avec possibilité de résilier annuellement.

L'association peut résilier le contrat chaque année, à effet du 31 décembre, en adressant une notification par lettre ou tout autre support durable ou moyen énoncé à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité (notamment déclaration au siège social ou acte extrajudiciaire), sous réserve de respecter un préavis de **six (6) mois avant l'échéance annuelle**. Le cachet de la poste, la date du mail ou la date de notification fera foi. Le contrat sera alors résilié au 31 décembre de l'année en cours à minuit.

L'assureur peut également résilier le contrat avec un préavis de **six (6) mois** avant la même échéance annuelle du 31 décembre.

L'association peut également résilier le contrat à tout moment, sans frais ni pénalités, après un délai d'un an à compter de la date de souscription, en adressant une lettre ou tout autre support durable ou moyen énoncé à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité. Dans ce cas, la résiliation prendra effet **un mois après la réception** de la notification par l'assureur.

En cas de résiliation du contrat collectif par LPA, les effets du contrat se poursuivront pour les adhésions effectuées avant la date de résiliation.

Article 5

Membres participants et bénéficiaires

Par membres participants, il faut entendre l'ensemble des personnes physiques membres du groupe assurable, qui adhèrent au contrat collectif « NO 2026 ».

5.1 Qui peut adhérer ?

Tout Membre de La Prévoyance des Avocats, assujetti à un régime obligatoire d'assurance maladie, ci-après dénommé l'adhérent. Peuvent également bénéficier de la garantie à laquelle adhère l'adhérent, son conjoint, ou à défaut son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, ou son concubin et ses enfants fiscalement à charge, appellés bénéficiaires, affiliés à un régime obligatoire et mentionnés sur le certificat d'adhésion.

L'adhésion au contrat C00394 NEOS est exclusivement réservée à l'avocat ou élève avocat sous réserve lui-même âgé de moins de 30 ans.

L'adhésion aux contrats renforts C00399, C00400, C00401, C00402, C00403, C00404 concerne l'adhérent et éventuellement ses bénéficiaires. Ces contrats ne peuvent être souscrits qu'en complément des contrats C00394, C00395, C00396, C00397, C00398.

Les garanties renforts C00399 HOSPI1 NO2026, C00400 HOSPI2 NO2026, C00401 OPTIDENT1 NO2026, C00402 OPTIDENT2 NO2026, C00403 ZEN1 NO2026, C00404 ZEN2 NO2026

Les bénéficiaires des prestations de la mutuelle MCCI sont les membres participants et, le cas échéant, sous réserve de leur affiliation et du paiement de la cotisation supplémentaire correspondante par le membre participant, leurs ayants droit figurant sur leur bulletin individuel d'adhésion.

Par ayants droit du membre participant, il convient d'entendre :

- son conjoint, ou à défaut son partenaire de PACS, ou à défaut son concubin relevant à titre personnel d'un régime de Sécurité sociale:
 - est considérée comme concubin, la personne répondant à la définition de l'article L515-8 du Code civil ; vivant en couple avec le membre participant dans le cadre d'une union de fait, s'il peut être prouvé la vie commune, sous la forme d'un justificatif (quittance de loyer, etc.), et à condition que ni le membre participant ni son concubin ne soient par ailleurs marié ou pacqué ;
 - est considérée comme partenaire de PACS, la personne liée au membre participant par un Pacte civil de solidarité tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code civil ;
- ses enfants à charge. Sont considérés comme à charge les enfants du membre participant ou de son conjoint, partenaire de PACS ou concubin à charge au sens fiscal et/ou social et affiliés à un régime obligatoire de Sécurité sociale français :
 - **jusqu'à leurs 18 ans (jusqu'au 31 décembre de leur 18^e anniversaire)**, sans condition supplémentaire ;
 - **jusqu'à 22 ans au plus (jusqu'au 31 décembre qui suit leur 22^e anniversaire), s'ils poursuivent leurs études**, sous réserve de produire un certificat de scolarité justifiant leur statut d'étudiant (études secondaires, supérieures, contrat d'apprentissage, de professionnalisation, d'orientation ou service civique). Ce certificat est à fournir avant le 31 octobre de chaque année. En cas d'absence de certificat à cette date, la couverture des droits est supprimée le 31 décembre de l'année et l'enfant est radié, à cette date, du dossier du membre participant. Cette couverture au titre de l'adhésion du membre participant prend fin le premier jour de l'année civile qui suit la date anniversaire des 22 ans ;
 - **durant une année à partir de la fin de leurs études, et au plus tard jusqu'à 22 ans (jusqu'au 31 décembre qui suit leur 22^e anniversaire)**, s'ils sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre comme demandeurs d'emploi à Pôle emploi ;
 - **sans limite d'âge**, s'ils justifient d'une situation de handicap donnant lieu à l'octroi d'une allocation adultes handicapés (AAH) définie à l'article L. 821-1 du code de la Sécurité sociale ou s'ils sont titulaires de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » définie à l'article L.241-3 du code de l'action sociale et des familles, sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21e anniversaire.

En outre, le nouveau-né est garanti à la date de la naissance dans les conditions prévues par le présent contrat si la demande en est faite à la mutuelle MCCI dans les trois mois qui suivent la naissance (sous réserve que les droits aux prestations du membre participant soient ouverts à cette date).

Dans tous les cas, la présentation régulière des pièces justificatives nécessaires à la reconnaissance de la qualité d'ayant droit (photocopie de la carte d'étudiant, photocopie du contrat d'apprentissage, etc.) conditionne l'ouverture et le maintien des garanties.

Chapitre II

Adhésion et résiliation des membres participants et de leurs ayants droit

Article 6

Adhésion des membres participants et affiliation de leurs ayants droit

6.2 Adhésion des membres participants

L'engagement réciproque de la mutuelle MCCI et du membre participant résulte de la demande d'adhésion de ce dernier au contrat collectif souscrit par à l'association dont il est membre, après consultation du document d'information sur le produit (IPID). Elle se matérialise par la signature d'un bulletin d'adhésion et de la fiche de conseil et d'information et l'émission par MCCI d'un certificat d'adhésion remis au membre participant par la mutuelle MCCI pour le compte de l'association. Les membres de l'association acquièrent la qualité de « membre participant » de la mutuelle MCCI, à la date de leur adhésion au contrat.

Le bulletin d'adhésion mentionne notamment l'identité des bén

néficiaires des garanties (membre participant et le cas échéant, son (ses) ayant(s) droit), la date d'effet souhaitée de l'adhésion, la formule de garanties souhaitée, le montant et les modalités de règlement des cotisations. Le tableau des garanties précisant les garanties afférentes à chaque formule de garanties est joint à la présente notice d'information.

Le certificat d'adhésion précise notamment la formule de garanties choisie et la liste des bénéficiaires. Il est établi sur la base des déclarations du membre participant concernant sa situation et celle de ses ayants droit, concernant :

- à l'adhésion du membre participant :
 - ses nom, prénom(s), date de naissance, numéro de Sécurité sociale et domicile, ainsi que, le cas échéant, ceux de ses ayants droit affiliés au présent contrat ;
 - le niveau de garanties auxquelles il souhaite adhérer,
 - son attestation de carte vitale, ainsi que celle de ses ayants droit affiliés au présent contrat ;
- en cours d'adhésion, le membre participant devra déclarer dans les 15 jours suivants :
 - tout événement entraînant la perte du statut de travailleur indépendant et/ou cessation de la profession d'avocat ;
 - toute modification des éléments ci-dessus spécifiés dans son bulletin d'adhésion ;
 - toute modification dans la composition de sa famille en cas d'affiliation d'ayants droit (notamment naissance, adoption, divorce ou séparation, décès) ;
 - tout changement de domicile ou fixation de domicile hors de France métropolitaine ou des départements d'outre-mer.

En cas de perte du statut de travailleur indépendant et/ou cessation de la profession d'avocat, sauf pour cause de liquidation de sa pension de retraite, le membre participant ne peut plus être membre de l'association, ni adhérent au contrat collectif « NO 2026 ». MCCI via le cabinet de courtage SCB pourra lui proposer d'adhérer à une formule de garanties compatible avec sa nouvelle situation.

Ces déclarations doivent parvenir au centre de Gestion GENERATION, par lettre recommandée, dans les quinze jours suivant la connaissance par le membre participant de la survenance de l'un de ces événements. Si l'absence ou le retard de déclaration cause un préjudice à MCCI, elle pourra invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder au versement des prestations prévues, et obtenir réparation du préjudice devant les tribunaux.

En cas d'aggravation du risque, liée à l'un de ces événements et indépendante de l'état de santé du membre participant, MCCI se réserve le droit de proposer une augmentation des cotisations et/ou une diminution des prestations. En cas de refus, le membre participant pourra résilier son adhésion.

La qualité de membre participant emporte la possibilité d'être représenté aux instances de la mutuelle (assemblée générale/ conseil d'administration) selon les modalités fixées par les statuts de MCCI et donne accès au fonds d'entraide de la mutuelle.

Notice d'information

La mutuelle MCCI remet à l'association la présente notice d'information qui définit les garanties souscrites, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir, le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. L'association est tenue de la remettre à chaque membre participant, accompagnée des statuts de MCCI.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, par avenant au contrat collectif, l'association est tenue de les informer en leur remettant une nouvelle notice ou un additif établi à cet effet par MCCI. Les membres participants peuvent dénoncer leur adhésion du fait de ces modifications dans un délai d'un mois à compter de la remise de cette notice.

La preuve de la remise de la notice au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'association. Celle-ci est seule responsable à l'égard du membre participant en l'absence de remise de la notice d'information initiale ou modificative.

6.3 Affiliation des ayants droit

Les ayants droit du membre participant tels que définis à l'article 5.2 ci-avant, sont affiliés de façon facultative. Ainsi, chaque membre participant a le choix d'affilier ou non l'un ou plusieurs de ses ayants droit.

6.4 Modification de la garantie

Le membre participant définit la garantie pour laquelle il opte, pour lui-même et ses ayants droit, sur le bulletin d'adhésion qu'il adresse à MCCI. Les prestations garanties sont définies au tableau remis au moment de l'adhésion ou du changement de garanties et correspondant à la formule choisie par le membre participant dans son bulletin d'adhésion.

En cas de changement ultérieur de garanties, les actes et soins dont la date est antérieure à la date d'effet de la modification sont remboursés conformément à la garantie précédemment souscrite par le membre participant, étant établi que la date de référence retenue est celle de la date des soins, telle qu'indiquée sur le dé-compte de la Sécurité sociale (pour les soins pris en charge par le régime obligatoire) et/ou celle de la facture (pour les actes non remboursés par le régime obligatoire).

Le changement de garanties n'est autorisé qu'à l'expiration d'un délai de douze mois suivant la date d'effet de l'adhésion, puis au 1^{er} janvier de chaque année. La demande doit être reçue au plus tard le 31 octobre de l'année précédente pour une prise d'effet le 1^{er} janvier suivant.

Le changement pour une formule inférieure

Toute modification doit être faite pour un minimum de 2 années consécutives.

Le changement pour une formule supérieure

Toute modification doit être faite pour un minimum de 2 années consécutives et pour la formule immédiatement supérieure.

Le tarif applicable à la nouvelle garantie tient compte de l'âge du membre participant et de ses éventuels ayants droit à la date de la modification.

Cas particulier

Vous pouvez aussi modifier vos garanties, en cours d'adhésion, à l'occasion d'un changement de votre situation de famille (dans les conditions prévues à l'article « Quels sont les bénéficiaires de la garantie ? », sous réserve de nous en faire la demande dans les 90 jours qui suivent la nouvelle situation).

La demande de modification peut toutefois intervenir à tout moment, en cas de changement de situation familiale (mariage, pacs, concubinage, naissance, séparation, décès, sortie d'un enfant du foyer, etc.), ou de changement dans la situation professionnelle du conjoint (perte ou reprise d'emploi, départ en retraite), sous réserve de nous en faire la demande dans les 90 jours qui suivent la nouvelle situation.

Dans ce cas, la date d'effet interviendra au plus tôt le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

6.5 Conséquences d'une fausse déclaration

La cotisation afférante à l'adhésion du membre participant est notamment fixée en fonction des éléments déclarés lors de son adhésion.

Le membre participant doit répondre avec exactitude aux questions posées par la mutuelle MCCI, au moment de l'adhésion au contrat collectif « NO 2026 » ou au cours de son exécution. Toute erreur ou fausse déclaration de sa part pourra entraîner l'attribution à MCCI de dommages et intérêts, voire entraîner la nullité de son adhésion au présent contrat.

Fausse déclaration intentionnelle du membre participant

La garantie accordée au membre participant par MCCI est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à MCCI qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts, conformément à l'article L.221-14 du code de la mutualité.

Fausse déclaration non intentionnelle du membre participant

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au certificat d'adhésion :

- si elle est constatée avant toute réalisation du risque, MCCI a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation

de cotisation acceptée par le membre participant. À défaut d'accord de celui-ci, son adhésion prend fin dix jours après notification de l'augmentation adressée au membre participant par lettre recommandée. MCCI restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus ;

- dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations qui aurait été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarées.

Article 7

Date d'effet – durée de l'adhésion des membres participants

7.1 À l'égard des membres participants

7.1.1 Prise d'effet de l'adhésion et entrée en vigueur des garanties des membres participants

L'adhésion du membre participant prend effet, sous réserve de l'acceptation de MCCI, à la date d'effet demandée dans le bulletin d'adhésion, sans que cette date puisse être antérieure à la date de sa signature. La date d'effet de l'adhésion est précisée dans le certificat d'adhésion.

Les garanties des membres participants prennent effet à la date figurant au certificat d'adhésion. Cette date ne peut être antérieure à la réception du BIA et des pièces mentionnées à l'article 8.1.

7.1.2 Durée de l'adhésion des membres participants

L'adhésion du membre participant et ses droits à garanties, prennent effet pour une durée initiale se terminant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se poursuit ensuite annuellement par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier, pour une durée d'un an, sauf dans les cas prévus à l'article 10.

7.2 A l'égard des ayants droit

L'affiliation des ayants droit prend effet, sous réserve de leur déclaration sur le bulletin individuel d'affiliation :

- soit à la même date que celle du membre participant, si leur affiliation est demandée en même temps que l'adhésion du membre participant au présent contrat ;
- soit à la date sollicitée par le membre participant, sans qu'elle puisse être antérieure à la date de la demande d'affiliation et des pièces mentionnées à l'article 8.1.

Par dérogation, l'affiliation des nouveaux nés ou des enfants adoptés prend effet à compter du 1^{er} jour du mois de leur naissance sous réserve que leur inscription soit demandée (par le biais d'un bulletin d'affiliation modifiant) dans les trois mois qui suivent la naissance et que les droits du membre participant soient déjà ouverts à cette date.

Article 8

Modalité d'adhésion

Le candidat à l'assurance doit adresser à la mutuelle MCCI, les pièces suivantes :

8.1 À l'adhésion :

- le bulletin d'adhésion mentionné à l'article 6.1 ;
- la fiche de conseil et d'information datée et signée ;
- un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne afférent au compte sur lequel seront versées les prestations ;
- une copie de l'attestation de la carte vitale de chacun des bénéficiaires assurés sociaux ;
- une attestation délivrée par les organismes sociaux, selon laquelle il est à jour de ses cotisations d'assurance vieillesse et maladie obligatoires ;
- le paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation ;
- un mandat de prélèvement en cas d'option pour un paiement par prélèvement, accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne afférent au compte sur lequel seront prélèvées les cotisations.

8.2 En cours d'exercice

En cas de modification de situation de famille, ou demande d'affiliation ou de retrait d'un ayant droit, le membre participant doit adresser à MCCI un bulletin d'affiliation/modification avec l'indication des changements de situation de famille et leur date

de survenance et la copie de l'attestation de la carte vitale des nouveaux bénéficiaires.

Article 9

Renonciation

9.1. Faculté de renonciation

La signature du bulletin d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif pour le membre participant s'il a adhéré par vente par démarchage ou à distance.

Le membre participant bénéficie d'un délai de renonciation.

Constitue une vente par démarchage, toute adhésion intervenue au domicile, à la résidence ou au lieu de travail du candidat à l'assurance y compris à sa demande, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, suite à sa sollicitation par des préposés ou mandataires de la mutuelle.

Lorsque l'adhésion du membre participant a été réalisée par démarchage, conformément à l'article L.221-18-1 du code de la mutualité, il dispose d'un délai de renonciation 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.

Toutefois, dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

Constitue une vente à distance toute adhésion intervenue au moyen d'une technique de communication à distance sur support papier, par téléphone ou en ligne sans la présence physique simultanée du membre participant et de la mutuelle. Conformément à l'article L. 221-18 du code de la consommation, en cas de vente à distance, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de quatorze jours calendaires révolus à compter de la date d'effet de son adhésion, ou de la date à laquelle il reçoit les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles si cet évènement est postérieur, sans avoir à justifier d'un motif, ni à supporter de pénalités.

9.2. Modalités de la renonciation

La renonciation peut être faite par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception au centre de Gestion GENERATION 12 bis, rue de Kerogan, 29000 Quimper ou par tout autre support durable ou moyen énoncé à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité. Elle peut être exercée à l'aide du modèle suivant :

« Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion n° XXXX effectuée le (date) et demande le remboursement des sommes versées dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente, sous déduction éventuelle des prestations dont j'aurais pu bénéficier ou faire bénéficier ».

9.3. Effets de la renonciation

En cas de vente à distance, l'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception de la lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de vente par démarchage, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la demande de renonciation. L'assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la cotisation dès lors que, après avoir renoncé, il demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie, mais dont il n'avait pas connaissance au jour de la renonciation.

Article 10

Cessation des garanties des membres participants et/ ou de leurs ayants droit

La cotisation est due jusqu'à la date de la résiliation de l'adhésion du membre participant.

Seuls les frais engagés postérieurement à la date d'effet de la garantie et antérieurement à la date d'effet de la résiliation sont pris en charge dans les conditions définies dans la présente notice d'information.

10.1. Cessation des garanties des membres participants

Le membre participant cesse d'être garanti au titre du contrat collectif « NO 2026 » en cas de :

- dénonciation, par le membre participant, de son adhésion au contrat, dans les conditions prévues à l'article 10.2 ci-après ;
- changement de régime d'assurance maladie obligatoire, entraînant la perte de la qualité de travailleur non salarié ;
- cessation de la profession d'avocat ;
- perte de la qualité d'adhérent de l'association ;
- non-paiement des cotisations, selon les modalités précisées à l'article 14 ;
- réticence ou fausse déclaration intentionnelle lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion ;
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues ;
- décès du membre participant.

La cessation de la garantie du membre participant entraîne automatiquement la fin des garanties de ses ayants droit. À tout moment, et sous réserve qu'il justifie des conditions d'adhésion, l'ancien membre participant peut demander à nouveau son adhésion au présent contrat.

10.2. Résiliation de son adhésion par le membre participant

10.2.1 Modalités de résiliation

Le membre participant peut dénoncer son adhésion :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ou de l'union ;
- par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque la mutuelle ou l'union propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

10.2.2 Résiliation à l'échéance

Le membre participant peut dénoncer son adhésion chaque année par notification selon l'une des modalités mentionnées ci-dessus, au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle, soit avant le 31 octobre, pour une prise d'effet au 31 décembre suivant.

10.2.3 Résiliation infra-annuelle

Le membre participant peut également dénoncer son adhésion à tout moment, selon l'une des modalités mentionnées à l'article 10.2.1 ci-dessus, après expiration d'un délai d'un an à compter de sa date d'adhésion telle que définie à l'article 7.1.1 de la présente notice.

La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

Dans le cas où le membre participant souhaite dénoncer une adhésion pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte du membre participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de dénonciation. La Mutuelle et le nouvel organisme s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture du membre participant durant la procédure.

Toutefois, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion dès que vous adhérez à un régime complémentaire obligatoire d'entreprise ou dès que vous ne remplirez plus l'une des conditions d'adhésion, sous réserve d'en apporter la preuve.

Le remboursement des primes trop perçues interviendra dans un délai de 30 jours suivant la date d'effet de la résiliation.

En cas de cessation du paiement des cotisations, de fausse déclaration.

Les garanties renforts sont indissociables de la garantie de base, la résiliation de l'une quelconque de ces garanties (base ou renfort) entraîne la résiliation de l'autre.

10.3. Cessation des garanties des ayants droit

Les garanties des ayants droit issues du contrat collectif frais de santé « NO 2026 » cessent en cas de :

- dénonciation, par le membre participant, de son adhésion au contrat collectif « frais de santé xxxx », dans les conditions mentionnées à l'article 10.2 ;
- décès du membre participant ou décès de l'ayant droit ;
- évolution de leur situation les conduisant à perdre la qualité d'ayant droit du membre participant ;

- non-paiement des cotisations par le membre participant, selon les modalités précisées à l'article 14 ;
- radiation de leur affiliation par le membre participant. La demande de radiation peut intervenir à chaque échéance annuelle moyennant le respect d'un préavis de deux mois, soit avant le 31 octobre, quel que soit le motif, ou en cours d'année dans les cas suivants :
 - décès de l'ayant droit (sur présentation du certificat de décès) ;
 - adhésion de l'ayant droit à un système de garanties collectives obligatoire de même nature (justifiée par une attestation de l'employeur de l'ayant droit ou de l'organisme assureur des garanties obligatoires) ;
 - souscription d'une couverture prenant place dans le cadre de la complémentaire santé solidaire (sur présentation de l'attestation de droits à la complémentaire santé solidaire) ;
 - départ à l'étranger (sur présentation d'un justificatif attestant de ce départ) ;
 - changement de situation familiale (divorce, séparation, enfant quittant le foyer – sur présentation de tout document attestant du changement) ;
 - réticence ou fausse déclaration intentionnelle lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion ;
 - fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations in-dûes.

Dans les cas mentionnés ci-dessus, la radiation prend effet le 1er jour du mois suivant celui de la réception par le centre de gestion de la demande de radiation.

Chapitre III

Cotisations

Article 11

Détermination des cotisations

Le montant initial de la cotisation pour chaque bénéficiaire doit être porté sur le bulletin d'adhésion. Il est déterminé en fonction :

- de l'âge de chaque assuré lors de la date de prise d'effet des garanties, étant entendu que les cotisations du troisième enfant et des suivants sont gratuites,
- de l'option de garantie assurée,
- de l'adresse postale du barreau de rattachement. Deux zones de tarifs sont possibles : Paris/Province.

La zone Paris ne concerne que Paris intra-muros. Par opposition, la zone province fait référence au reste de la France.

Pour les renforts La souscription d'un renfort est obligatoire pour l'adhérent et tous les bénéficiaires du contrat sans possibilité de panacher.

L'âge à considérer, pour l'application de la cotisation, est déterminé par différence de millésime entre l'année d'assurance et l'année de naissance du membre participant et de chaque ayant droit.

Déductibilité LOI MADELIN

Seules les garanties ci-après sont déductibles au titre de la LOI MADELIN : C00394 NEOS, C00395 ALPHA, C00396 BÊTA, C00397 GAMMA, C00398 DELTA.

Pour bénéficier de cette déductibilité fiscale, l'adhérent devra justifier de sa situation de régularité fiscale et être à jour de ses cotisations.

Par ailleurs, seules sont déductibles les cotisations du travailleur indépendant et éventuellement celles de ses ayants droit, reconnus comme tels par le régime obligatoire de sécurité sociale.

Article 12

Révision des cotisations et des prestations

Les cotisations sont réévaluées à chaque échéance annuelle, le cas échéant par avenant au contrat collectif, en fonction des résultats techniques des opérations s'inscrivant dans le cadre du contrat collectif « NO 2026 », des prévisions de consommation ou de l'évolution du coût des prestations couvertes.

Le montant de la cotisation évolue également lorsque chaque membre participant et ayant droit des garanties atteint une nouvelle tranche d'âge ou à l'âge atteint (à partir de 18 ans). La nouvelle cotisation prend alors effet au 1er janvier de l'année civile suivant la date anniversaire du membre participant et de son ou

ses ayants droit.

En outre, lorsque le risque se trouve aggravé, ou en cas de modification des dispositions réglementaires ou législatives et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale entraînant une modification de tout ou partie des engagements de la mutuelle, le montant des cotisations et/ou des prestations pourra être révisé par avenant au contrat collectif « NO 2026 », conformément à l'article 2.

En cas d'affiliation ou de radiation des ayants droit entraînant une modification de la cotisation applicable pour le membre participant, cette modification de cotisation est appliquée dès que la modification est prise en compte.

Par exception, et conformément à l'article L.221-5 du code de la mutualité, la modification proposée par la mutuelle visant à mettre le contrat collectif en conformité avec les règles relatives au « contrat responsable » est réputée acceptée à défaut d'opposition de l'association. La mutuelle l'informe par écrit des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. L'association dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des membres participants par l'association.

Les membres participants sont informés par l'association des modifications apportées, selon les modalités prévues à l'article 6.1.

Article 13

Paiement des cotisations

La cotisation est annuelle et payable à terme d'avance par le membre participant, auprès de MCCI. Cependant, le membre participant peut bénéficier d'un paiement fractionné de la cotisation. La date d'échéance des cotisations et leur montant sont définis dans l'avis d'échéancier joint au certificat d'adhésion. Chaque membre participant est redevable de sa cotisation et l'acquitte directement auprès du centre de gestion. Les cotisations sont payables par chèque, par prélèvement bancaire ou de caisse d'épargne et par virement.

Article 14

Défaut de paiement des cotisations

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-8-II du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de l'échéance, et indépendamment du droit de la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, l'Adhésion est suspendue trente (30) jours après la mise en demeure du Membre participant, par lettre recommandée avec avis de réception.

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

La Mutuelle a le droit de résilier l'Adhésion, dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours, prévu au premier alinéa.

Le Membre participant est informé, dans la lettre de mise en demeure, qu'à l'expiration du délai prévu précédemment, le défaut de paiement de la cotisation pourra entraîner son exclusion des garanties. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisation.

L'Adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure.

Chapitre IV

Garanties et prestations

Article 15

Prestations

L'adhésion du membre participant étant facultative et résultant de sa qualité de membre de à l'association, les prestations sont servies tant qu'il reste membre de celle-ci et que son adhésion n'a pas été résiliée. Les prestations accordées au titre du contrat collectif « NO 2026 » viennent en complément des remboursements effectués par un régime de Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'Assurance maladie. En conséquence, l'absence de prise en charge par le régime obligatoire de la Sécurité sociale entraîne l'absence de remboursement de MCCI, sauf stipulation expresse contraire prévue au certificat d'adhésion ou dans le tableau des garanties.

La formule de garanties choisie par le membre participant est identique pour l'ensemble de ses ayants droit.

Toute modification de garanties entraînera l'émission d'une nouvelle notice d'information qui devra être remise par le souscripteur à l'ensemble des membres participants.

Article 16

Étendue territoriale

Les garanties définies au certificat d'adhésion ne sont acquises qu'aux membres participants et à leurs ayants droit exerçant leur activité en France (Départements et régions d'outre-mer - DROM - compris) ou en détachement au sens des règlements européens de sécurité sociale, dès lors qu'ils bénéficient des remboursements d'un régime obligatoire de la Sécurité sociale Française.

Elle s'étend aux accidents et maladies survenus à l'étranger lorsque le régime obligatoire du bénéficiaire s'applique et que les séjours en dehors du territoire français ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes.

S'agissant des garanties d'assistance, l'étendue territoriale est limitée à la France (France métropolitaine, principautés de Monaco et d'Andorre.).

Les prestations sont toujours payées en euros.

Article 17

Dispositif du contrat responsable

Les formules C00394 NEOS, C00395 ALPHA, C00396 BÊTA, C00397 GAMMA, C00398 DELTA sont émises dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables », conformément aux articles L871-1 et L160-13 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application.

Les garanties des formules C00399 HOSP1, C00400 HOSPI2, C00401 OPTIDENT1, C00402 OPTIDENT2, C00403 ZEN1, C00404 ZEN2 ne respectent pas les critères dits responsables.

Les prestations accordées viennent en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire au titre des prestations en nature de l'Assurance maladie.

En conséquence, l'absence de prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie entraîne l'absence de remboursement de MCCI, sauf stipulation expresse contraire prévue dans la notice d'information ou le tableau des garanties.

17.1 Obligations de prise en charge

Conformément à l'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale, le contrat collectif NO 2026 prévoit la prise en charge, dans les limites prévues dans la formule de garanties choisie par le membre participant mentionnée au certificat d'adhésion :

- de l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R.160-5 du code de la Sécurité sociale (ticket modérateur), à l'exception des frais de cures thermales, des médicaments remboursés dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré et de l'homéopathie ;
- sous réserve que la garantie figure dans la formule de garanties mentionnée dans le certificat d'adhésion, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale visée à l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale, dans la double

limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

- du forfait journalier des établissements hospitaliers, sans limitation de durée. Cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médico-sociaux tels que les maisons d'accueil spécialisées (Mas) ou encore les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (Ehpad), ni les frais de cure thermale ;
- de l'intégralité, après intervention du régime obligatoire, des lunettes, prothèses dentaires des aides auditives appartenant à une liste réglementée dite « 100% Santé » (ou équipements 100 % Santé ou soins et prothèses 100% Santé), dans la limite des honoraires limites de facturation ou des prix limites de vente, sous réserve du respect des règles légales de renouvellement ;
- des équipements d'optique médicale à prise en charge libre (ou équipements à prise en charge libre), dans le respect des plafonds et plafonds de remboursement prévus par la réglementation et des règles légales de renouvellement ;
- des aides auditives à prise en charge libre (ou équipements à prise en charge libre) dans le respect des plafonds de remboursement prévus par la réglementation et des règles légales de renouvellement ;
- des prothèses dentaires à prise en charge libre (n'appartenant pas aux « soins et prothèses 100% Santé ») ou l'orthodontie prises en charge par le régime obligatoire, dans le respect du plancher de remboursement prévu par la réglementation.
- En conformité avec le décret N° 2025-1131 du 26 novembre 2025, la prise en charge de la location de courtée durée des véhicules pour personnes en situation de handicap ainsi que des prothèses capillaires des seconde et troisième classe, sont remboursés à 100% dans la limite de la BR, dans la limite des prix de vente.
- Conformément à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, le présent contrat permet aux adhérents et à leurs ayants droit d'accéder au tiers payant (dispense d'avance de frais) sur toutes les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats dits « responsables » et sous réserve que le professionnel de santé le pratique :
- au moins à hauteur des tarifs de responsabilité ;
- dans la limite des prix limites de vente pour les équipements 100% Santé optique et auditif et des honoraires limites de facturation pour les soins et prothèses dentaires 100% Santé ;
- et, en tout état de cause, dans la limite des garanties et prestations définies au tableau de garantie annexé et des frais exposés par l'adhérent ou ses ayants droit.

Il est précisé que le contrat prend en charge la participation forfaitaire pour les actes lourds, ainsi que le forfait patient urgences définis à l'article 17.3 ci-après.

17.2 Interdictions de prise en charge

Les garanties définies au certificat d'adhésion ne couvrent pas, conformément à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale sur chaque acte ou consultation réalisée(e) par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale, ni les franchises médicales mentionnées au III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale ; ces participations restent donc à la charge des adhérents et de leurs ayants droit ;
- la majoration du ticket modérateur mise à la charge des assurés par l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale dans le cas où l'assuré social n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant ;
- les dépassements autorisés d'honoraires sur le tarif des actes et consultations des médecins spécialistes, visés à l'article L. 162-5, 18^e du code de la Sécurité sociale, pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins ;
- tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

17.3 Définitions

Au sens des dispositions ci-dessus, on entend par :

Aides auditives

Dispositifs médicaux visant à compenser une perte auditive. Les aides auditives sont exclusivement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

La prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs. Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des Aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an. Elle est incluse dans le prix global déjà payé.

Base de remboursement (BR)

Tarif servant de référence au régime obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

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

Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTM)

Il s'agit de dispositifs négociés par l'Assurance maladie et les syndicats médicaux visant à modérer les dépassements d'honoraires. Exemples de dispositifs : option pratique tarifaire maîtrisée (OP-TAM) et option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique (OPTAM-CO). Ils remplacent le contrat d'accès aux soins (CAS) depuis le 1^{er} janvier 2017.

Équipements 100% Santé ou soins et prothèses 100% santé

Les bénéficiaires peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par le régime obligatoire et le contrat, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Ces soins identifiés (appelés aussi « paniers 100% Santé » ou « paniers à prise en charge renforcée ») sont définis réglementairement.

Les opticiens, audioprothésistes, et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre 100% Santé.

La différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par le régime obligatoire est remboursée par le contrat. Cette prise en charge par le régime obligatoire et le contrat est plafonnée aux honoraires limites de facturation (dentaire) ou aux Prix limites de vente (optique et aides auditives) auxquels sont tenus les professionnels de santé.

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier 100% Santé et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre 100% Santé.

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier 100% Santé de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Forfait patient urgences

Participation forfaitaire laissée à la charge de l'assuré social pour tout passage non programmé dans les services d'urgence d'un établissement de santé lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie de l'établissement (article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale).

Honoraires Limites de Facturation (HLF)

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec le régime obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

Depuis 2019, des honoraires plafonnés de facturation sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont celles en particulier contenues dans les « soins et prothèses 100% Santé ».

Lunettes (dans le cadre des équipements d'optique médicale)

Les lunettes sont composées d'une monture et de deux verres. Elles permettent de corriger la plupart des problèmes de vue (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie).

Le prix des verres varie selon leur nature et leur puissance (verres unifocaux ou multifocaux, verres progressifs), la qualité et les traitements appliqués aux verres (verres amincis, traitements antireflets ou anti-rayures, verres incassables, etc.).

Les équipements 100% Santé sont intégralement remboursés par le régime obligatoire et le contrat dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens.

Dans les autres cas, les opticiens fixent librement le tarif des montures et des verres. La prise en charge par le contrat intervient selon les garanties souscrites et dans la limite des plafonds prévus par les contrats dits « responsables ».

Pour les bénéficiaires de plus de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge intervient après une période minimale de deux ans, sauf variation significative de la vue ou en cas de situation médicale particulière.

Les opticiens ont l'obligation de remettre aux bénéficiaires un devis préalable à la vente comportant le prix de la monture et de chaque verre, ainsi que le remboursement de ceux-ci par le régime Obligatoire. Le devis doit nécessairement comporter une proposition de prestation sans reste à charge pour un équipement 100% Santé.

Participation forfaitaire actes lourds

Il s'agit d'un ticket modérateur forfaitaire ou fixe, à la charge de l'assuré social et appliqué sur certains actes coûteux pratiqués en ville ou en établissement de santé, en remplacement du ticket modérateur habituel.

Certains actes sont exonérés de toute participation de l'assuré social et, à ce titre, ne sont pas concernés par cette participation forfaitaire actes lourds (notamment radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100% du fait d'une ALD). Ce forfait est systématiquement pris en charge par l'assurance maladie complémentaire lorsque la couverture complémentaire santé est responsable.

Prix limites de vente (PLV)

Le prix limite de vente d'un dispositif médical correspond à un prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par le régime obligatoire est assortie d'un prix limite de vente. Les médicaments pris en charge par le régime obligatoire, qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limites de vente.

Les aides auditives et lunettes retenues dans les paniers « équipements 100% Santé » ont des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter afin que les bénéficiaires puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Prothèses dentaires

Les prothèses dentaires remplacent ou consolident une ou plusieurs dents abîmées. Il en existe différents types :

- les prothèses fixes, comme les couronnes et les bridges. Une couronne reconstitue durablement la dent pour la protéger. Lorsque plusieurs dents sont absentes, la reconstitution peut s'effectuer sous forme de bridge. Les prothèses fixes remboursées par le régime obligatoire sont réalisées dans les types de matériaux suivants : couronne métallique, céramo-métallique, zircone et céramo-céramique ;
- les prothèses amovibles sont des appareils dentaires (dentiers) qui peuvent s'enlever, et qui remplacent généralement plusieurs dents.

Les chirurgiens-dentistes se sont engagés à appliquer des honoraires limites de facturation selon le type de prothèse et la localisation de la dent (canine, incisive, prémolaire, molaire).

Pour certaines prothèses dentaires, entrant dans le panier de « soins et prothèses 100% Santé », le contrat prend en charge en plus de la base de remboursement du régime obligatoire, l'intégralité des dépenses engagées, permettant ainsi aux bénéficiaires de n'avoir aucun frais restant à leur charge, sous réserve que les chirurgiens-

dentistes respectent les honoraires limites de facturation.

Les prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier de « soins et prothèses 100% Santé » sont prises en charge par le régime obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par le contrat dépend du niveau de garantie souscrite.

Les chirurgiens-dentistes doivent également respecter les honoraires limites de facturation fixés pour certaines de ces prothèses dentaires qui n'entrent pas dans le panier de « soins et prothèses 100% Santé ».

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser une prothèse dentaire. Ce devis doit comporter le prix d'achat de chaque élément de la prothèse dentaire et le prix des prestations associées. Il doit nécessairement comporter une proposition entrant dans le panier de « soins et prothèses 100% Santé » ou à défaut hors champ du panier de « soins et prothèses 100% Santé » mais soumis à un tarif maximum de facturation, lorsqu'une telle proposition existe.

Soins dentaires

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

Ticket modérateur (TM)

Déférence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou de la franchise médicale, qui ne sont pas remboursées par la mutuelle MCCI).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD).

Le ticket modérateur peut être forfaitaire pour certains actes dits « lourds ».

La participation forfaitaire de 2 euros, les franchises médicales et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble des frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

Tiers payant

Ce système de paiement évite aux membres participants et à leurs ayants droit de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces prestataires de soins sont payés directement par le régime obligatoire et/ou la mutuelle MCCI pour les soins ou produits.

Conformément à l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, il s'applique, au minimum, à toutes les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats dits « responsables ».

Un pharmacien peut ne pas pratiquer le tiers payant en cas de refus de l'usage de médicaments génériques.

La mutuelle MCCI propose également un service de tiers payant pour la part qu'elle rembourse. Il appartient aux professionnels de santé de décider s'ils proposent ou non le service du tiers payant pour la part complémentaire. Dans le cas où le professionnel de santé consulté ne souhaite pas proposer ce service, le membre participant et ses ayants droits ne peuvent pas en bénéficier.

Article 18

Risques exclus

Sauf disposition contraire mentionné dans le tableau de garanties annexé au certificat d'adhésion, les frais résultant :

- de séjours en maisons de retraite, services de gérontologie et de gériatrie ;
- du forfait journalier acquitté à l'occasion d'un séjour dans un établissement médico-social (Mas, Ehpad, etc.) ;

n'ouvriront droit à remboursement de la part de MCCI que pour les garanties entrant dans le cadre des contrats dits « responsables » fixé par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Article 19

Demandes de remboursement

Les demandes de remboursement sont reçues et traitées par le centre de gestion GENERATION.

- soit par télétransmission de type « Noémie » ou autre, directement en provenance du centre de paiement de l'organisme obligatoire dont dépend le bénéficiaire ;
- soit sur présentation, par le membre participant, des décomptes ou relevés de décomptes de l'organisme de Sécurité sociale, des tickets modérateurs et des factures, seules pièces justificatives ouvrant droit au remboursement.

Les demandes de remboursement doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de soins mentionnée sur le décompte original du régime obligatoire. Toutes actions dérivant des opérations mentionnées au présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L.221 - 11 du code de la Mutualité.

Aucun des documents reçus pour effectuer les remboursements ne sera restitué. Il appartient donc au membre participant de garder, s'il le souhaite, une copie de ses documents avant envoi.

Dans le cas où le membre participant aurait perçu indûment ou par erreur des prestations, la mutuelle se réserve le droit de lui en réclamer le remboursement.

Toute fausse déclaration est susceptible d'entraîner la nullité de la garantie conformément à l'article 6.4 de la présente notice.

Article 20

Droits aux prestations

20.1

Les actes médicaux dont la date est antérieure à la date d'effet des garanties ou postérieure à la date de démission, de radiation ou d'exclusion du membre participant ne sont pas remboursables, la date de référence étant celle de la date de décision de la Sécurité sociale (pour les soins pris en charge par le régime obligatoire) et / ou celle de la facture (pour les actes non remboursés par le régime obligatoire).

20.2

La mutuelle MCCI se réserve le droit, préalablement ou postérieurement au remboursement des prestations, de faire procéder à un examen du bénéficiaire concerné par un praticien de santé désigné ou agréé par elle, dans le but de vérifier si les conditions de remboursement mentionnées ci-dessus sont effectivement remplies. Le membre participant doit faire toute diligence pour obtenir de ses médecins ou dentistes traitants, tous les documents relatifs à son état de santé, susceptibles d'être portés à la connaissance du médecin ou dentiste Conseil de la mutuelle MCCI pour lui donner la possibilité d'apprécier le bien-fondé des demandes de prestations.

Tout refus d'intervenir ou toute réticence qui empêcherait le médecin ou dentiste conseil d'accomplir sa mission, entraînerait la perte des droits aux prestations. Dans le cas où le membre participant aurait perçu indûment des prestations, la mutuelle MCCI lui en réclamera le remboursement.

20.3

Le remboursement des frais et actes médicaux par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge du membre participant déduction faite des remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Aucune prestation ne sera servie après la date d'effet de la cessation des garanties sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Dans l'hypothèse où la date de décision de la Sécurité sociale ou la date de la facture serait postérieure à la date de démission, radiation ou exclusion, aucune prestation ne serait versée.

20.4

Aucun délai d'attente n'est prévu. Par ailleurs, il n'y a pas de délai pour les enfants nouveau-nés et pour les enfants adoptés de l'adhérent, sous réserve que l'enfant ait été affilié à la Mutuelle dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption.

Enfin, en dentaire un plafond de 3500€ par an et par bénéficiaire (hors panier 100% Santé) est intégré au contrat.

Pour les cas particuliers suivants, vous devez nous adresser les documents ci-après :

Les prestations	Les documents à nous transmettre
La médecine courante	Original du décompte de remboursement Sécurité Sociale en l'absence de télétransmission
La médecine douce	Facture originale comportant le numéro Adeli du Praticien -prescription médicale le cas échéant
La pédicurie-podologie	Facture originale comportant le numéro Adeli du Praticien -prescription médicale le cas échéant
La Prévention (voir les garanties du contrat)	Facture originale comportant le numéro Adeli du Praticien -prescription médicale le cas échéant
Les Frais de Transport	Original du décompte de remboursement Sécurité Sociale en l'absence de télétransmission - facture du transporteur le cas échéant
Les Frais Pharmaceutiques pris en charge par la Sécurité Sociale	Original du décompte de remboursement en l'absence de Tiers Payant Sécurité Sociale
Les Soins Dentaires	Original du décompte de remboursement Sécurité Sociale en l'absence de télétransmission
Les actes prothétiques-Parodontologie-Orthodontie	L'original des factures
Les Verres et les Montures	Original du décompte de remboursement Sécurité Sociale en l'absence de télétransmission accompagné de la facture détaillée et de la copie de la prescription médicale
Les lentilles	Facture détaillée
Les prothèses auditives et leurs accessoires	Original du décompte de remboursement Sécurité Sociale en l'absence de télétransmission accompagné de la facture détaillée et de la copie de la prescription médicale
L'Appareillage divers	Original du décompte de remboursement Sécurité Sociale en l'absence de télétransmission accompagné de la facture détaillée
L'Hospitalisation	Le bordereau de facturation S3404 acquitté, le bulletin de situation, l'avis des sommes à payer, accompagné de l'attestation de paiement, les notes d'honoraires
La Cure Thermale	Facture de l'établissement thermal, justificatifs d'hébergement et de transport, original du décompte de remboursement Sécurité Sociale en l'absence de télétransmission

Dans le cadre de nos contrôles de conformité nous pouvons vous demander les factures originales, les décomptes originaux, les ordonnances originales des prestations, où à défaut une copie certifiée conforme lorsqu'ils ont été communiqués à votre Régime Obligatoire. Si vous refusez de nous communiquer les pièces demandées, nous pouvons refuser le remboursement ou limiter le remboursement au Ticket Modérateur de la Sécurité sociale. Dans le cadre de la vérification des exclusions et des limitations, nous pouvons vous demander des informations médicales, cette demande d'information étant limitée aux données nécessaires pour vérifier l'exclusion ou la limitation. Ces informations médicales doivent être transmises au Médecin-conseil. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces informations, nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif de la Sécurité sociale.

Quelques informations supplémentaires

Nous conserverons les pièces justificatives que vous nous transmettrez. À défaut des pièces justificatives, nous considérons que les dépenses réelles n'ont pas excédé le tarif de la Sécurité sociale. La facture doit comporter la mention « acquittée » et détailler les prestations, le prix et la date à laquelle ces prestations ont été réalisées.

Nous pouvons demander à l'adhérent, si besoin, toute autre pièce ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de la garantie.

Article 21

Paiement des prestations

Les prestations, prévues par la présente notice, seront versées par virement bancaire, directement aux membres participants ou à une tierce personne désignée sur le bulletin d'adhésion.

Des accords d'échanges informatisés ont été signés avec les organismes d'assurance maladie gestionnaire des régimes français de sécurité sociale, permettant de faire bénéficier les assurés du régime général de la gestion Noémie.

La mise en place est automatique pour tous les membres participants et leurs ayants droit fournissant la copie de leur attestation

Vitale (en cours de validité), sauf :

- en cas de refus du membre participant notifié par courrier ;
- ou si la gestion Noémie fonctionne déjà auprès d'un autre organisme complémentaire (pour un ayant droit du membre participant).

Un avis de paiement appelé décompte ou relevé de décomptes est envoyé aux membres participants et est également disponible sur leur espace adhérent, s'ils l'ont activé.

Chapitre V Dispositions diverses

Article 22

Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de MCCI est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sise 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Article 23

Subrogation

La mutuelle MCCI est subrogée de plein droit aux membres participants et aux ayants droit, victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée, et dans la limite des dépenses exposées par la mutuelle à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue, la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Si le membre participant et/ou ses ayants droit bénéficient d'une assurance permettant son indemnisation (assurance individuelle, personnes transportées en automobile, etc.) ils doivent demander à l'assureur le règlement des prestations dues et réclamer à la mutuelle, s'il y a lieu, un complément de prestations dans la limite de la catégorie à laquelle ils appartiennent, si toutefois ils n'ont pu obtenir la totalité du remboursement de leur assureur.

Article 24

Assurances cumulatives

Les remboursements de la mutuelle au titre du contrat, ajoutés à ceux perçus par le membre participant ou ses ayants droit de la part du régime obligatoire ou/et de tout autre organisme complémentaire sur la base d'autres contrats d'assurance maladie complémentaires ne peuvent excéder le montant des dépenses réellement engagées par l'assuré.

Cette limite est appliquée séparément pour chaque prestation, sans compensation entre les différents postes.

En application de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et du décret n°90-769 du 30 août 1990, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

Article 25

Informatique et libertés

À qui sont transmises les données personnelles des adhérents ?

Les données personnelles des membres participants sont destinées à la mutuelle MCCI, régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité, SIREN 784 718 355, dont le siège social

se situe 38-42 Rue Cuvier, 93100 Montreuil. Pour obtenir des informations sur la mutuelle, le membre participant peut consulter le site « www.mcci.fr ».

Les données personnelles des membres participants peuvent être transmises aux personnels des responsables de traitement, à leurs partenaires et sous-traitants contractuellement liés, réassureurs, organismes d'assurance ou organismes sociaux des personnes impliquées, intermédiaires d'assurance ainsi que les personnes intéressées au contrat.

Les données personnelles des membres participants sont collectées et traitées pour permettre à MCCI de réaliser des opérations de prospection commerciale et lui proposer le service ou le produit le plus adapté à ses besoins. Ce traitement a pour base légal l'intérêt légitime des responsables de traitement.

Les informations complémentaires sur la collecte et le traitement des données personnelles du membre participant sont disponibles sur le site de la mutuelle. Le membre participant peut contacter le délégué à la protection des données par courrier postal en adressant une demande au siège social de la Mutuelle (38-42 Rue Cuvier, 93100 Montreuil) à l'attention du Délégué à la protection des données, ou par mail à l'adresse suivante : dpo@mcci.fr.

Pourquoi avons-nous besoin de collecter et traiter les données personnelles des membres participants ?

Les données personnelles des membres participants sont collectées et traitées pour permettre à MCCI et au centre de gestion GENERATION de :

- conclure, gérer et exécuter les garanties de leur contrat d'assurance ;
- mener des actions de prévention ;
- lutter contre la fraude à l'assurance ;
- réaliser des opérations de prospection commerciale ;
- conduire des actions de recherche et de développement dans le cadre des finalités précitées ;
- élaborer des statistiques et des études actuarielles ;
- exercer des recours et la gestion des réclamations ;
- exécuter les obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur ;
- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Ces traitements ont pour bases légales l'intérêt légitime des responsables de traitement pour les finalités de prospection commerciale et de lutte contre la fraude à l'assurance et le contrat du membre participant pour les autres finalités citées.

Dans ce dernier cas, le refus du membre participant de fournir ses données entraîne l'impossibilité de conclure son contrat. Le responsable de traitement peut avoir recours à une prise de décision automatisée en vue de la souscription ou de la gestion du contrat pour l'évaluation du risque. Le membre participant peut, dans ce cas, demander quels ont été les critères déterminants de la décision auprès de votre délégué à la protection des données.

Pendant combien de temps MCCI conserve-t-elle les données personnelles des membres participants ?

Les données personnelles collectées et traitées dans le cadre de la conclusion et la gestion du contrat sont conservées conformément aux délais légaux de prescription, fixés selon la nature du contrat.

En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé sont conservées pendant cinq ans. Dans le cadre de la prospection commerciale, les données personnelles sont conservées trois ans à compter de leur collecte ou du dernier contact avec la personne concernée resté sans effet. En cas d'inscription sur une liste de lutte contre la fraude, les données personnelles sont conservées cinq ans. Le consentement du membre participant pour le dépôt de cookies/tags est conservé treize mois à compter de leur dépôt.

Le membre participant peut exercer ses droits par courrier à MCCI - Délégué à la protection des données 38-42 Rue Cuvier, 93100 Montreuil.

À l'appui de sa demande d'exercice des droits, il sera demandé au membre participant de justifier de son identité.

Le membre participant peut s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, il ne sera pas démarché par téléphone sauf s'il a communiqué son numéro de téléphone afin d'être recontacté ou sauf s'il est titulaire auprès de MCCI d'un contrat en vigueur.

Le membre participant peut définir des directives générales

aujourd'hui d'un tiers de confiance ou particulières auprès du responsable de traitement concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données personnelles après son décès. Ces directives sont modifiables ou révocables à tout moment.

En cas de désaccord sur la collecte ou l'usage de ses données personnelles, le membre participant a la possibilité de saisir la Commission nationale de l'informatique et libertés (CNIL).

Article 26

Prescription

Conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du code de la mutualité, toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites au terme d'un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance sauf en matière d'assurance sur la vie, lorsque le(s) bénéficiaire(s) ne sont pas le membre participant, où ce délai est alors porté à dix ans. Toutefois, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du (des) bénéficiaire(s) sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- demande en justice, même en référé ;
- mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (notamment pour le commandement de payer et la saisie).

La prescription est également interrompue dans les cas ci-après :

- désignation d'expert à la suite d'un sinistre
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par MCCI au membre participant en ce qui concerne le paiement de la prime ; par le membre participant à MCCI en ce qui concerne le règlement de la prestation).

Article 27

Mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

L'assureur, en sa qualité d'organisme financier, est soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du Code Monétaire et Financier (articles L561-1 et suivants du Code Monétaire et Financier). Afin de permettre à l'assureur de respecter ces obligations, le souscripteur s'engage à remettre à ce dernier les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui lui sont relatifs. Le souscripteur s'engage à fournir les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance clients de ses adhérents obtenus soit directement soit par l'intermédiaire d'une tierce personne délégataire du souscripteur. Ces éléments devront être obtenus à minima au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'adhérent. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble des éléments communiqués devront être actualisés tout au long de la relation d'affaires.

Le souscripteur s'engage par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction possible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, l'assureur réalisera une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

Article 28

Mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Le présent contrat sera sans effet et MCCI ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties au titre du présent contrat dès lors que l'exécution du contrat exposerait MCCI aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union européenne, le Royaume-Uni ou les États-Unis d'Amérique.

Article 29

Réclamation - Médiation

27.1 Réclamation

Le membre participant ou le souscripteur peuvent faire part de son mécontentement et adresser sa réclamation à MCCI par tout moyen et notamment :

- par courrier, au centre de gestion GENERATION
- par internet, sur son espace personnel
- par téléphone, au numéro de téléphone non surtaxé indiqué dans les notices d'information ou les courriers.

- Quel que soit le sujet de la réclamation, le membre participant devra indiquer :
 - la nature exacte de la réclamation ;
 - le numéro du contrat concerné ;
 - son adresse et son état civil complet (nom de famille et nom d'usage) ;
 - ses date et lieu de naissance (ou ceux du ou des ayants droit concernés) ;
 - toute autre référence portée à sa connaissance : numéro de compte, numéro de dossier en cours.

Le membre participant recevra un accusé de réception sous dix jours ouvrables maximum. Il sera tenu informé de l'avancement de l'examen de sa situation et recevra, sauf exception, une réponse au plus tard dans les deux mois qui suivent la réception de sa réclamation.

27.2 Médiation

Si à l'issue de la procédure de réclamation une difficulté ou un désaccord persiste quant à l'application ou à l'interprétation du présent Règlement, l'assuré a la possibilité de saisir le service de médiation fédérale. Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser, sous pli simple, à : CNPM – MEDIATION – CONSOMMATION – 27, avenue de la libération – 42400 SAINT-CHAMOND ou via l'adresse suivante : <https://cnpmmediation-consommation.eu>

Le Membre participant doit formuler sa demande de médiation dans un délai d'un (1) an à compter de la réclamation écrite effectuée auprès de la Mutuelle, à condition qu'il n'ait pas saisi les tribunaux.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas des droits du Membre participant et de la Mutuelle d'intenter une action en justice.

En application de l'article 2238 du Code civil, ce recours à la Médiation suspend le délai de prescription.

Article 30

Fraude à l'assurance

Si les membres participants et leurs bénéficiaires fournissent intentionnellement des documents falsifiés ou frauduleux (présentation à la mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausses déclarations d'hospitalisation, etc), au moment de la souscription et tout au long de l'adhésion, ils s'exposent à des poursuites pénales, à la nullité de leur affiliation ainsi qu'à la perte de droits à remboursement et seront tenus au remboursement des sommes indûment perçues.

Article 31

Convention sur la preuve

Dans le cadre des adhésions à distance, les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par la mutuelle MCCI ou tout mandataire de son choix matérialisant l'acceptation de l'adhésion du membre participant lui seront opposables ainsi qu'à ses ayants droit, et pourront être admis comme

mode de preuve de son identité (ou celle des ayants droit) et de son consentement relatif à l'adhésion au présent règlement mutualiste, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés par lui.

Article 32

Carte de tiers payant

Le tiers payant permet aux membres participants d'obtenir sur la base du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale, sans aucune avance de fonds, la délivrance des médicaments ou des actes médicaux prescrits par le médecin traitant. Il est pratiqué sur la base de la carte d'adhérent de l'année en cours.

Les modalités de fonctionnement de la carte, les prestations couvertes, les dates d'ouvertures et de clôtures des droits, les personnes concernées et les droits d'utilisation sont précisés sur la carte et sur le document joint lors de la remise de la carte.

La carte de tiers payant ne sera délivrée que pour les membres participants à jour de leur cotisation.

La mutuelle ne saurait être tenue pour responsable en cas de refus du tiers payant par un professionnel de santé.

Le membre participant et ses ayants droit s'engagent à restituer sans délai leur carte de tiers payant en cas de dénonciation, de radiation ou d'exclusion, notamment à la suite du non-paiement des cotisations. Ils s'engagent, à défaut, à la détruire et à en attester par écrit et s'interdisent, en tout état de cause, de la communiquer aux professionnels de santé après la date d'effet de la cessation de leurs garanties.

Ils s'engagent à rembourser MCCI de toute somme indûment avancée pour leur compte en cas de manquement à cette obligation.

L'utilisation de la carte par un membre participant dont l'adhésion est suspendue ou résiliée constitue un délit pouvant entraîner des poursuites.

Article 33

Les services

Accès à un service de téléconsultation médicale en composant le 01 55 92 12 13.

L'adhérent a la possibilité de contacter, de France (DOMTOM inclus) ou de l'étranger, un médecin généraliste, 24h sur 24 et 7 jours sur 7. Il est accueilli sur une plateforme de téléconsultation d'AXA Assistance par une équipe médicale. Ce médecin effectue une véritable consultation par téléphone et peut délivrer une ordonnance. Les consultations sont assurées par des médecins inscrits à l'Ordre National des Médecins et protégées par le secret médical.

Accès au réseau de soins Itelis :

Ce service donne accès à plus de 6 000 professionnels de santé partout en France dans les domaines suivants :

- Optique
- Dentaire
- Audioprothèse
- Chirurgie réfractive
- Ostéopathe
- Chiropracteur
- Diététicien
- Psychologue

En passant par ce réseau, l'adhérent a accès à des professionnels compétents, avec des tarifs privilégiés et des services exclusifs, et bénéficie du tiers payant.

Service d'assistance « ANGEL » en composant

le 01 55 92 12 13 (0,15€/mn) :

Les prestations d'assistance, gérées par Itelis sont les suivantes :

- Services de prévention, d'information et d'écoute psychologique
- Service d'accompagnement au quotidien

Bénéfice du Fonds d'Entraide MCCI :

Il a pour objectif d'aider financièrement les assurés qui sont dans une situation précaire pour des dépenses de santé non couvertes ou couvertes partiellement par leur contrat.



Votre santé est votre bien LE PLUS PRÉCIEUX

Bénéficiez d'un large choix de services* inclus dans votre contrat et facilement accessibles depuis votre espace adhérent



Téléconsultation

Consultez un médecin généraliste ou spécialiste et même des psychologues à distance, service accessible 24h/24 7j/7 depuis la France ou l'étranger.



Protection juridique

Un accompagnement en cas de litiges dans les domaines de la santé suite à des maladies causées par des tiers (erreur médicale, infection nosocomiale...).



Second Avis Médical

Un doute sur un diagnostic ou un traitement ? Eclairez vos décisions médicales grâce à l'expertise de médecins spécialistes de votre pathologie.



Hospiway®

Organisez au mieux votre hospitalisation ou celle d'un proche avec Hospiway, le service en ligne de comparaison de établissements de santé par spécialités.



Aide aux aidants

Vous soutenir dès l'entrée en dépendance d'un proche, vous apporter des solutions d'assistances et de répit (démarches administratives, recherche d'établissements spécialisés, ...).



Mon Coach santé «Angel»

Préservez votre forme et prenez soin de vous au quotidien grâce à des programmes de coaching et des conseils santé et bien-être.



ITELIS

Bénéficiez de tarifs préférentiels avec le réseau de soins Itelis étendu en optique, dentaire, audio et bien-être (diététique, psychologie et ostéopathie).



Assistance santé

Pensée pour faciliter votre vie, notre assistance vous accompagne après une hospitalisation ou une immobilisation.

Aide à domicile, garde des enfants et bien plus encore au 01 55 92 12 13.



Fonds d'entraide MCCI

Ce fonds solidaire permet d'attribuer des aides financières ponctuelles personnalisées pour assurer à nos adhérents un soutien au moment où ils en ont le plus besoin.

Pratique, simple, sécurisé et disponible 24h/7j, l'espace adhérent offre de nombreux services, accessibles en temps réel





Assistance

Annexe 1

Les Garanties de

l'Assistance

Notice d'information valant conditions générales Contrat MCCI

Assistance Santé à domicile

PRESENTATION DU CONTRAT

La présente Notice d'information détaille les garanties du contrat d'assurance pour compte de dommages souscrit par la **MUTUELLE DES CHAMBRES COMMERCE INDUSTRIE** sous le sigle **MCCI** société mutualiste régie par le Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro SIREN 784 718 355, dont le siège social est situé au 26 Rue FORTUNY - 75017 PARIS pour le compte de ses Adhérents. Elle précise le contenu, les conditions et modalités de mise en œuvre des garanties ainsi que les limites de couverture.

Ce contrat est souscrit par **MCCI** auprès de **Inter Partner Assistance**, société anonyme de droit belge au capital de 61 702 613 euros, entreprise d'assurance agréée par la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 0487, immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055 dont le siège social est située 166 Avenue Louise – 1050 Ixelles – Bruxelles Capitale – Belgique, prise au travers de sa succursale française située 6, rue André Gide – 92320 Châtillon, inscrite au RCS de Nanterre sous le numéro 316 139 500, ci-après désignée « AXA Assistance ».

ARTICLE 1. OBJET DU CONTRAT

La présente Notice d'information a pour objet de définir les termes et les conditions de mise en application par AXA Assistance des garanties d'assistance et d'assurance accordées aux Bénéficiaires du présent contrat **dans les limites et les conditions définies ci-après**.

ARTICLE 2. DEFINITION

Assureur

Inter Partner Assistance, ci-après désignée AXA Assistance, société anonyme de droit belge au capital de 61 702 613 euros, est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique située Boulevard de Berlaimont 14 – 1000 Bruxelles – Belgique et est immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 166 Avenue Louise – Bte 1 - 1050 Bruxelles – Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500 et située 6, rue André Gide 92320 Châtillon.

Bénéficiaire

- L'Adhérent : personne physique nommément désignée par le souscripteur et à jour de cotisation,
- Son conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au Bénéficiaire par un Pacs,
- Leurs enfants célibataires âgés de moins de 25 ans vivant au domicile et fiscalement à charge,
- Leurs descendants vivant au domicile et fiscalement à charge.

Adhérent aidant

Terme désignant l'Adhérent qui vient en aide à une Personne dépendante et/ou handicapée, qualifiée de Proche aidé.

Proche aidé

Terme désignant la personne accompagnée par l'Adhérent aidant, qui porte un handicap et/ou se trouve en état de dépendance et remplit l'une des qualités suivantes :

- Le conjoint du salarié aidant non divorcé ni séparé judiciairement. Est assimilé au conjoint, le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou, à défaut, le concubin répondant à la définition de l'article L 515-8 du Code civil. Le concubin ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.
- Selon le cas, une copie du Pacte civil de solidarité ou un justificatif de domicile commun devra nous être communiqué.
- L'ascendant : père ou mère de l'Adhérent aidant,
- Le descendant : l'enfant dont il assume la charge (au sens des prestations familiales)
- L'ascendant, le descendant tels que définis ci-dessus, de son conjoint

Domicile

Lieu de résidence principale et habituelle du Bénéficiaire Il est situé en France.

France

France métropolitaine, principautés de Monaco et d'Andorre.

Hospitalisation prévue ou imprévue

Admission dans un établissement de santé en vue d'un traitement médical ou chirurgical prescrit par un médecin (y compris dans un service d'urgences) suite à une atteinte corporelle grave.

Immobilisation au domicile

Obligation de demeurer au domicile, sur prescription médicale (y compris arrêt de travail ou incapacité totale temporaire) pour une durée supérieure à 5 jours, à la suite d'une maladie ou accident corporel.

Atteinte corporelle grave

Accident ou maladie dont la nature risque d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de l'état du Bénéficiaire si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Accident corporel

Altération brutale de la santé du Bénéficiaire ayant pour cause un événement extérieur, soudain, imprévisible et violent et indépendant de la volonté de la victime.

Evénement grave

Agression, attentat, décès, catastrophe naturelle, grave problème de santé.

Par « grave problème de santé », il convient d'entendre toute maladie ou tout accident corporel dont les caractéristiques (nature, durée, perte de fonctionnalité induite, menace sur le pronostic vital...) sont susceptibles de remettre en question les équilibres économique, « organisationnel » et/ou psychologique de l'adhérent et de son foyer.

Animaux domestiques

Animaux familiers (chiens et chats uniquement et 2 maximum) vivant habituellement au domicile du Bénéficiaire et à sa charge, et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur.

Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.

Personne dépendante

Personne se trouvant en état de dépendance classé GIR 1 à 3 ou présentant un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %.

GIR (Groupes Iso Ressources) et la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources)

La grille AGGIR est un outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques en cas de dépendance.

- **GIR 1** comprend les personnes confinées au lit ou en fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence continue d'intervenants.
- **GIR 2** est composé de deux sous-groupes :
 - d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
 - d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui conservent leurs capacités motrices.
- **GIR 3** regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
- **GIR 4** comprend les personnes qui ne peuvent pas se lever seules mais qui, une fois debout, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage.
- **GIR 5** est composé des personnes qui sont capables de s'alimenter, s'habiller et se déplacer seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- **GIR 6** regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du Bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente.

Autorité médicale

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où se trouve le Bénéficiaire.

Équipe médicale

Structure adaptée à chaque cas particulier et définie par le médecin régulateur.

Proche

Membre de la famille ou toute personne physique désignée par le Bénéficiaire ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays que le Bénéficiaire.

**Membre de la famille**

Ascendants et descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée au Bénéficiaire par un Pacs, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs du Bénéficiaire domiciliés dans le même pays que le Bénéficiaire.

Franchise

Part des dommages à la charge du Bénéficiaire.

ARTICLE 3. GARANTIES D'ASSISTANCE**3.1. ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION (PREVUE/IMPREVUE ET SUPERIEURE A 48 H) OU D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 5 JOURS D'UN BENEFICIAIRE**

Pour chacune des 3 prestations ci-dessous, seule une intervention par an est prise en charge. Au-delà d'une intervention par an, nous pouvons communiquer au Bénéficiaire les coordonnées de prestataires qualifiés. Le coût du personnel qualifié reste alors à la charge du Bénéficiaire.

Présence d'un proche au chevet du Bénéficiaire

Nous organisons et prenons en charge **un titre de transport aller-retour** en avion classe économique ou en train 1ère classe pour un proche résidant en France pour qu'il puisse se rendre à son chevet pendant son immobilisation.

Nous organisons son hébergement sur place et prenons en charge ses frais d'hôtel pendant **1 nuit maximum** à concurrence de **80 euros par nuit** (chambre et petit déjeuner inclus).

Les frais de nourriture et les frais annexes ne sont pas pris en charge.

Cette garantie est accordée si aucun membre de sa famille ne se trouve dans un rayon de 50 km du lieu de domicile du Bénéficiaire concerné.

Garde des enfants ou petits-enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans du Bénéficiaire, et dès le premier jour de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à domicile, nous l'organisons et la prenons en charge :

- Soit en permettant la venue d'un proche à son domicile,
- Soit en acheminant ses enfants ou petits-enfants au domicile d'un de ses proches,
- Soit en confiant la garde des enfants ou des petits enfants à son domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, la personne s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Les frais engagés pour ces trajets du domicile à l'école sont pris en charge jusqu'à **75 euros maximum** par hospitalisation ou immobilisation.

Cette prestation est limitée à 20 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour. Cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

Nous intervenons à la demande des parents et nous ne pouvons pas être tenus pour responsables des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

Nous prenons en charge **le ou les titres de transport aller-retour** en avion classe économique ou en train 1e classe.

Aide-ménagère à domicile

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation, soit dès le retour au domicile, ou pendant l'immobilisation à domicile, pour assurer les tâches domestiques. **Pour bénéficier de cette prestation, le Bénéficiaire doit nous en faire la demande dans les 8 jours suivant son hospitalisation ou son immobilisation.**

Nous limitons toutefois cette aide à une période maximale de 20 heures. La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par notre équipe médicale en fonction des seuls critères médicaux. **Elle ne peut excéder 20 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.**

Garde des animaux domestiques

Si les animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, nous organisons et prenons en charge, dès le premier jour de l'évènement, soit :

- Le transfert des animaux (**2 maximum**) jusqu'à la pension la plus proche dans un rayon de **50 km du domicile**, et la garde des animaux dans la **limite de 250 euros** par événement et pour l'ensemble des animaux ;
- Le transfert des animaux (**2 maximum**) jusqu'au domicile d'un proche dans la **limite de 50 km**.

Garde malade

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile ou pendant l'immobilisation à domicile. **Pour bénéficier de cette prestation, le Bénéficiaire doit nous en faire la demande dans les 8 jours suivant son hospitalisation ou son immobilisation.**

Nous limitons toutefois cette aide à la période de 20 jours suivant l'hospitalisation. La durée de présence de la garde malade est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. **Elle ne peut excéder 20 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.**

Soutien scolaire

Lorsque le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant du Bénéficiaire nécessite une immobilisation au domicile et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours consécutifs, nous recherchons et prenons en charge un ou plusieurs répétiteurs.

Ce soutien s'adresse aux enfants scolarisés en France dans un établissement scolaire français pour y suivre des cours d'une classe allant du cours préparatoire à la terminale.

Le ou les répétiteurs dispensent à l'enfant des cours dans les matières principales : français, mathématiques, histoire, géographie, physique, biologie, langues vivantes.

Ces cours sont dispensés à partir du 16e jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires.

Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 10 heures maximum par semaine et pendant 8 semaines.

Portage de repas

Si personne ne peut assurer la préparation des repas pendant l'hospitalisation ou l'immobilisation du Bénéficiaire, **nous organisons et prenons en charge la livraison des repas à domicile** (déjeuner et dîner exclusivement) **pendant 10 jours à compter de la date de l'évènement et selon les disponibilités locales.**

Le coût des repas reste à la charge du Bénéficiaire.

3.2. ASSISTANCE EN CAS DE GROSSESSE OU SEJOUR EN MATERNITE

Informations maternité

Notre équipe médicale communique au Bénéficiaire des informations et conseils médicaux en puériculture.

Elle donne tout renseignement d'ordre général.

Selon les cas, nous devrons nous documenter ou effectuer des recherches et rappeler le Bénéficiaire afin de lui communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et notre responsabilité ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une interprétation inexacte des informations transmises dans les domaines suivants :

- Habitation (acquisition, construction, financement, bail, congés, aide au logement),
- Impôts (fiscalité, calcul de l'impôt),
- Assurance vie,
- La famille : la grossesse et la naissance, l'adoption, l'éducation des enfants, prévoir sa succession, les handicaps,
- Les prestations familiales (allocations familiales, allocations logement, allocations de naissance, aide à la garde d'enfant, complément familial, allocation de parent isolé), les congés parentaux, l'assurance maternité du régime général, la protection de la femme enceinte, les établissements maternels,
- L'information administrative et sociale : les congés parentaux, le congé maternité, le congé paternel, les allocations familiales, les allocations spécifiques de la CAF, allocation de soutien familial, allocation de parent isolé, les diverses prestations, la prestation d'accueil du jeune enfant, les primes à la naissance, le cumul des primes, la durée légale des congés de maternité, la Sécurité sociale et indemnités journalières, l'incidence fiscale en fonction du statut matrimonial,
- L'information médicale et paramédicale : la grossesse (les consultations obligatoires, les 3 échographies, la périnatalogie, l'épissiotomie, la radiopelvimétrie, l'amniocentèse, la choriocentèse, la grossesse extra-utérine, le placenta prævia, la toxoplasmose, le facteur rhésus et incompatibilité materno-fœtal, la rubéole), l'accouchement (les signes précurseurs, la césarienne, l'accouchement après terme), le nourrisson (évolution et développement (sommeil, tonus, préhension, etc....) développement psychomoteur et affectif du nourrisson, les maladies du nourrisson (érythèmes, méningite, bronchiolite, etc....), la dentition, les maladies du nourrisson.

L'intervention de notre médecin se limitera à donner des informations objectives.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale ou paramédicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication. Si telle était la demande, nous conseillerions au Bénéficiaire de consulter son médecin traitant.

Présence d'un proche

En cas de séjour en maternité supérieur à 5 jours, nous organisons et prenons en charge un titre de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1ère classe pour un proche résidant en France afin de se rendre au chevet du Bénéficiaire durant son immobilisation.

Nous organisons son hébergement sur place et prenons en charge ses frais d'hôtel pendant **1 nuit maximum** à concurrence de **80 euros par nuit** (chambre et petit déjeuner inclus).

Les frais de nourriture et les frais annexes ne sont pas pris en charge.

Cette garantie est accordée si aucun membre de la famille du Bénéficiaire ne se trouve dans un rayon de 50 km de son lieu de domicile.

3.3. BIENVEILLANCE MALADIES GRAVES

3.3.1 DEFINITIONS SPECIFIQUES

Maladies Graves

Les Maladies Graves prises en charge dans le cadre de la présente garantie sont les suivantes :

- Cancer,
- Accident Vasculaire Cérébral,
- Crise cardiaque (infarctus du myocarde),
- Maladie de Parkinson,
- Insuffisance rénale (maladie rénale en phase terminale),
- Transplantation d'organes majeure,
- Sclérose en plaques.

Cancer

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommé « **Cancer** » le premier diagnostic sans équivoque de toute tumeur maligne caractérisée par la croissance incontrôlée des cellules malignes et l'invasion des tissus. **Pour la définition ci-dessus, les éléments suivants sont exclus :**

- **Toutes les tumeurs qui sont classées histologiquement comme bénignes, carcinomes in situ, pré-malignes, non invasives, présentant une malignité limite ou présentant un faible potentiel malin ;**
- **Les tumeurs traitées par endoscopie seule et les tumeurs de la vessie qui n'ont pas envahi la couche musculaire (Tis et Ta) ;**
- **Tumeurs de la peau à l'exception du mélanome malin supérieur à 0,7 mm Breslow et/ou histologiquement décrit par la classification TNM AJCC 7ème édition supérieure au stade T1aN0M0 ;**
- **Toutes les tumeurs de la prostate, sauf si elles sont classées histologiquement comme ayant un score de Gleason supérieur à 6 ou ayant atteint au moins la classification clinique TNM T2N0M0 ;**
- **Tumeur thyroïdienne à un stade précoce, mesurant moins de 2 cm de diamètre et décrite histologiquement comme étant T1N0M0 d'après la classification TNM de la 7ème édition de l'AJCC ;**
- **Leucémie lymphoïde chronique, sauf si histologiquement classée comme ayant progressé au moins au stade Binet A.**

Le diagnostic de la maladie doit être étayé par des preuves histologiques de malignité établies pendant la période de garantie et confirmé par un oncologue, un hématologue ou un anatomo-cytopathologiste.

Accident Vasculaire Cérébral

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommée « **AVC** » la nécrose du tissu cérébral causée par une hémorragie, une embolie ou une thrombose, entraînant un déficit neurologique permanent accompagné de symptômes cliniques persistants.

Il doit y avoir des anomalies claires et évidentes des fonctions sensorielles ou motrices lors de l'examen physique effectué par un neurologue. L'incident doit être démontré par une imagerie par résonance magnétique (IRM) ou une tomographie informatisée (CT).

Les éléments suivants sont exclus :

- **Accident ischémique transitoire,**
- **Dommages aux tissus cérébraux causés par une blessure à la tête.**

Crise cardiaque (infarctus du myocarde)

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommée « **Crise cardiaque (infarctus du myocarde)** » la nécrose du muscle cardiaque due à un apport sanguin inadéquat ayant entraîné TOUS les signes d'infarctus aigu du myocarde suivants :

- Nouveaux changements ischémiques typiques dans l'électrocardiographe : nouveaux changements de ST-

T ou nouveau bloc de branche gauche ou nouvelles ondes Q pathologiques ;

- L'augmentation caractéristique des biomarqueurs cardiaques ou des troponines enregistrés aux niveaux suivants ou supérieurs :
 - 1. Troponine T > 0,2 ng / ml
 - 2. AccuTnl > 0,5 ng / ml
- Les résultats caractéristiques aux examens suivants :
 - 1. Scintigraphie myocardique
 - 2. Coronarographie ou coroscanner

Pour la définition ci-dessus, les éléments suivants ne sont pas couverts :

- Autres syndromes coronariens aigus,
- Angine de poitrine sans infarctus du myocarde.

Maladie de Parkinson

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommé « **Maladie de Parkinson** » le diagnostic sans équivoque de la maladie de Parkinson par un neurologue, basé sur des signes définitifs d'atteinte neurologique progressive et permanente, notamment des tremblements, une rigidité musculaire, une hypokinésie et une instabilité posturale.

Les autres formes de parkinsonisme, qu'elles soient liées à des médicaments, à des toxines ou à d'autres maladies neurodégénératives, sont spécifiquement exclues.

Insuffisance rénale (maladie rénale en phase terminale)

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommée « **Insuffisance rénale (maladie rénale en phase terminale)** » une insuffisance chronique irréversible des deux reins nécessitant une dialyse rénale permanente ou une transplantation rénale.

Transplantation d'organes majeure

Pour l'application de la présente garantie, sera dénommée « **Transplantation d'organes majeure** » lorsque le Bénéficiaire bénéficie en tant que receveur d'une greffe de l'un des organes suivants : cœur, poumon, foie, pancréas, rein ou moelle osseuse (en utilisant des cellules souches hématopoïétiques précédées d'une irradiation totale de la moelle osseuse).

La transplantation de tout autre organe, partie d'organe, tissu ou cellule est exclue.

Sclérose en plaques

Le diagnostic de la « **Sclérose en Plaques** » doit être sans équivoque.

Il doit exister une altération clinique actuelle de la fonction motrice ou sensorielle, qui doit persister pendant une période continue d'au moins 6 mois.

Le diagnostic repose sur des techniques d'imagerie médicale, l'analyse du liquide céphalo-rachidien et les potentiels évoqués.

Diagnostic

Le diagnostic doit être réalisé par un médecin spécialiste régulièrement enregistré à l'Ordre des Médecins français, qui n'est pas un Bénéficiaire ni un membre de sa famille directe.

Les critères permettant de diagnostiquer une maladie grave sont définis ci-dessus.

Toute maladie diagnostiquée d'une autre manière est exclue du champ d'application de ce contrat.

Les conditions de prise en charge sont appréciées par le médecin conseil des assureurs, à partir des informations transmises. L'assureur se réserve le droit de demander tout document complémentaire nécessaire au diagnostic de la maladie.

3.3.2 PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE MALADIES GRAVES

Le diagnostic d'une Maladie Grave pendant la période de garantie du Bénéficiaire, telle que définie ci-dessus, ouvre droit aux prestations d'assistance suivantes.

En outre, les Bénéficiaires qui débutent pendant leur période de garantie un protocole de chimiothérapie ou de radiothérapie, peuvent bénéficier des prestations ci-après sans attendre que le diagnostic d'une Maladie Grave soit établi selon les dispositions ci-dessus.

Ligne Infos Santé

À tout moment, et sans attendre l'établissement d'un diagnostic, le Bénéficiaire a accès à une ligne téléphonique AXA Assistance dédiée (**du lundi au vendredi, de 10H00 à 19H00**) où il pourra obtenir des conseils dans les domaines suivants : nutrition, tabac, alcool, stress, activité physique.

Aide à domicile

Pour soutenir le Bénéficiaire atteint d'une Maladie Grave, et à la demande du Bénéficiaire, **nous organisons et mettons en œuvre les 3 services suivants en fonction des besoins du Bénéficiaire et dans la limite globale de 20 heures pour l'ensemble des services :**

■ Garde des enfants

A la demande du Bénéficiaire, nous pouvons organiser et prendre en charge la garde des enfants de moins de 16 ans :

- Soit par la venue d'un proche au domicile du Bénéficiaire ou par l'acheminement des enfants au domicile d'un proches du Bénéficiaire.

Pour ouvrir droit à cette prestation, le domicile du proche du Bénéficiaire doit être situé en France, tel que prévu dans les modalités d'intervention.

- Soit par la garde des enfants au domicile du Bénéficiaire, confiée à une personne qualifiée. En fonction de l'âge des enfants, la personne qualifiée s'occupe aussi de les accompagner à l'école.

Cette prestation est organisée et mise en œuvre avec un minimum de 2 heures consécutives par jour et dans la limite globale indiquée ci-dessus.

Les frais engagés pour ces trajets du domicile à l'école ne sont pas pris en charge.

Nous intervenons à la demande du Bénéficiaire et ne pouvons pas être tenus pour responsable des évènements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

■ Garde malade

En cas d'hospitalisation du Bénéficiaire, nous recherchons et prenons en charge les services d'une garde malade dès le retour au domicile.

Pour bénéficier de cette prestation, le Bénéficiaire doit nous en faire la demande dans les 8 jours suivant son hospitalisation.

Cette aide est limitée à la période de 20 jours suivant l'hospitalisation.

La durée de présence de la garde malade est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. **Cette prestation est organisée et mise en œuvre avec un minimum de 2 heures consécutives par jour et dans la limite globale indiquée ci-dessus.**

■ Aide-ménagère

A la demande du Bénéficiaire, nous pouvons organiser et prendre en charge une aide-ménagère pour assurer certaines tâches domestiques : ménage, achats quotidiens, préparation de repas.

Cette prestation est mise en œuvre après analyse de la situation du Bénéficiaire avec un minimum de 2 heures consécutives par jour et dans la limite globale indiquée ci-dessus.

Organisation de soins à domicile

Nous mettons à la disposition du Bénéficiaire atteint d'une maladie grave, un service de soins à domicile (infirmière, kinésithérapeute) sur présentation d'une prescription médicale de son médecin traitant.

Les frais de déplacement et honoraires du personnel soignant ainsi que les soins restent à la charge du Bénéficiaire.

Nous ne pouvons être tenus pour responsable des conséquences d'éventuels retards, empêchements ou fautes du personnel médical contacté.

Organisation de services

À la demande du Bénéficiaire atteint d'une Maladie Grave, nous organisons :

- L'accompagnement dans les déplacements sous réserve que son état permette ce déplacement (les moyens seront mis en œuvre en fonction de son état de santé et du lieu de destination) ;
- La livraison de plateaux repas contenant des aliments reconnus pour leurs qualités nutritionnelles et, si besoin, compatibles avec des traitements médicaux spécifiques ;
- Les autres services tels que : livraison de courses, service de pressing, coiffeur, personne de compagnie, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.

Le coût du service organisé reste à la charge du Bénéficiaire.

3.4. ASSISTANCE EN CAS DE DECES

3.4.1 ASSISTANCE EN CAS DE DECES DE L'ADHERENT

Rapatriement en cas décès

Nous organisons et prenons en charge le rapatriement du corps de l'Adhérent ou de ses cendres du lieu du décès jusqu'au lieu d'inhumation situé en France.

Nous n'intervenons que lorsque le décès a lieu en France et à plus de 30 km du domicile.

Nous prenons en charge les frais de traitement post mortem, de mise en bière et d'aménagements nécessaires au transport.

Les frais de cercueil liés au transport ainsi organisé sont pris en charge à concurrence de 2 300 euros. Les frais d'obsèques, de cérémonie, de convois locaux, d'inhumation ou d'incinération restent à la charge de la famille de l'Adhérent.

Le choix des sociétés intervenant dans le processus du rapatriement est de notre ressort exclusif.

Retour des Proches

Dans le cadre du rapatriement en cas de décès, nous organisons et prenons en charge le retour au Domicile des Membres de la famille de l'Adhérent l'accompagnant.

Nous prenons en charge un titre de transport aller-simple en avion classe économique ou en train 1^{re} classe à condition que les moyens initialement prévus pour leur voyage de retour ne soient pas utilisables ou modifiables.

Accompagnement du défunt

Si la présence sur place d'un membre de la famille ou d'un proche du défunt s'avère indispensable pour effectuer la reconnaissance du corps et les formalités de rapatriement ou d'incinération, nous organisons et prenons en charge **un titre de transport aller-retour** ainsi que les frais de séjour (chambre, petit-déjeuner et taxi) engagés pour le compte de cette personne.

Notre prise en charge se fait à concurrence de 150 euros par jour et pour une durée de 3 jours consécutifs maximum.

Cette garantie ne peut être mise en œuvre que si l'Adhérent voyageait seul au moment de son décès.

3.4.2 ASSISTANCE EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE OU D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE

Garde des enfants ou petits-enfants

Si personne ne peut assurer la garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans du Bénéficiaire pour se rendre aux obsèques, nous organisons et prenons en charge :

- Soit la venue d'un proche à son domicile,
- Soit l'acheminant des enfants ou petits-enfants au domicile d'un de ses proches,
- Soit la garde des enfants à son domicile à une personne qualifiée.

Cette prestation est limitée à 10 heures réparties sur 2 jours consécutifs.

Nous intervenons à la demande des parents et nous ne pouvons pas être tenus pour responsables des évènements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde des enfants.

Nous prenons en charge le ou les titres de transport aller-retour en avion classe économique ou en train 1e classe.

Soutien psychologique

Nous organisons et prenons en charge la mise en relation du Bénéficiaire ou d'un proche avec un psychologue clinicien à raison de 3 consultations téléphoniques par événement.

Nous nous chargeons également, s'il le souhaite, de le mettre en relation avec un psychologue proche de son domicile. **Les frais restent alors à la charge du Bénéficiaire.**

Aide aux démarches administratives et sociales « Obsèques »

En cas de décès d'un Bénéficiaire ou d'un membre de sa famille, nous mettons à disposition du conjoint survivant ou autre Bénéficiaire un service d'information téléphonique accessible de **8h à 20h30, 7 jours sur 7** sur les démarches administratives à accomplir.

3.5. SERVICES D'AIDE AUX AIDANTS

3.5.1 SERVICES DISPONIBLES POUR L'ADHERENT AIDANT D'UN PROCHE EN SITUATION DE DÉPENDANCE OU DE HANDICAP

Aide et accompagnement dans les démarches administratives (Aide à la constitution du dossier)

S'il y a reconnaissance d'un état de dépendance du proche aidé, attesté médicalement, nous informons l'Adhérent aidant sur les mesures et les avantages sociaux adaptés et faisons réaliser une évaluation par téléphone de la situation du proche en état de dépendance, par un(e) Assistant(e) Social(e) qui l'aidera à organiser ses démarches auprès des organismes appropriés en prenant contact, s'il le souhaite, avec lesdits organismes ou services sociaux concernés (aide aux budgets, aide à la famille et au logement etc...).

Soutien psychologique

Pour apporter à l'Adhérent aidant un soutien moral dans son rôle d'aidant, **nous organisons et prenons en charge, à sa demande, une assistance psychologique par téléphone avec un psychologue, dans la limite de 5 entretiens.**

Au-delà, nous pouvons orienter l'Adhérent aidant vers un psychologue clinicien pour une consultation en face à face. **Les frais restent alors à sa charge.**

L'assistance psychologique est accessible du **lundi au vendredi, de 8 H 00 à 20 H 00** (heure de Paris).

Bilan initial de situation de dépendance

À la demande de l'Adhérent aidant, nous organisons et prenons en charge le déplacement d'un professionnel de santé au domicile afin de l'aider à réaliser une évaluation complète et personnalisée de la situation du proche en situation de dépendance ou de handicap et ainsi lui proposer des solutions en adéquation avec ses besoins.

Cette évaluation s'appuie notamment sur :

- La situation et les attentes du proche dépendant : ses ressources, son environnement familial, ses habitudes,

ses préférences pour un maintien à domicile ou au contraire un placement en établissement spécialisé, l'adéquation de son domicile à sa situation, l'évaluation de son lieu de vie...,

- La situation et les attentes de l'Adhérent aidant : degré d'implication, situation psychologique, éloignement de son domicile par rapport à celui du proche aidé.

Nous ne prenons en charge qu'un seul bilan initial pendant toute la durée du contrat.

Organisation de services

À la demande de l'Adhérent aidant, nous organisons :

- L'accompagnement dans les déplacements sous réserve que l'état du proche en situation de dépendance ou de handicap permette ce déplacement (les moyens seront mis en œuvre en fonction de l'état de santé de la personne et du lieu de destination) ;
- La livraison de plateaux repas contenant des aliments reconnus pour leurs qualités nutritionnelles et, si besoin, compatibles avec des traitements médicaux spécifiques ;
- Les autres services tels que : livraison de courses, service de pressing, coiffeur, personne de compagnie, petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie), petit jardinage, petit bricolage.

Le coût des services organisés reste à la charge de l'assuré aidant.

Recherche d'établissements spécialisés

A la demande l'Adhérent aidant, nous communiquons des renseignements sur les hôpitaux, les cliniques spécialisées, les établissements médicalisés, les maisons de repos médicalisées, les centres de rééducation, etc... susceptibles de recevoir le proche en état de dépendance ou de handicap.

Cette liste n'est pas limitative et nous mettrons tout en œuvre pour venir en aide à l'assuré aidant.

Aide au déménagement vers l'établissement spécialisé choisi

Si le proche en état de dépendance ou de handicap a été accepté par l'établissement d'accueil choisi, nous mettons à sa disposition et à celle de son aidant un service d'aide à l'organisation du déménagement et le mettons en relation avec des entreprises de déménagement auprès desquels nous avons négocié des tarifs préférentiels.

Nous nous engageons à communiquer la liste de trois entreprises de déménagement et fournissons toute information nécessaire concernant les prix, la disponibilité et la prestation.

Nous donnons également toute information concernant les thèmes suivants :

- Les formalités vis à vis des assureurs ;
- Les démarches à accomplir lors d'un déménagement ;
- Les responsabilités du déménageur ;
- Les démarches à accomplir en cas de litige du déménagement.

Le coût du déménagement n'est pas pris en charge.

3.5.2 ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 48 HEURES OU D'IMMOBILISATION DE PLUS DE 5 JOURS DE L'ADHERENT AIDANT

Aide-ménagère ou auxiliaire de vie à domicile

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère ou d'une auxiliaire de vie à domicile, soit pendant la durée de l'hospitalisation ou dès le retour au domicile, soit pendant l'immobilisation à domicile, pour assurer les tâches domestiques du proche aidé.

Pour bénéficier de cette prestation, le Bénéficiaire doit nous en faire la demande dans les 8 jours suivant son hospitalisation ou son immobilisation.

La durée de présence de l'aide-ménagère ou de l'auxiliaire de vie est fixée par notre équipe médicale en fonction des seuls critères médicaux. **Elle ne peut excéder 10 heures, réparties sur 20 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.**

Transfert des animaux domestiques

Si les animaux domestiques du proche aidé ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, nous organisons et prenons en charge le transfert des animaux (**2 maximum**), dès le premier jour de l'évènement :

- Soit jusqu'à la pension la plus proche **dans un rayon de 50km du domicile** ;
- Soit jusqu'au domicile d'un proche **dans la limite de 50 km**.

Livraison de médicaments

En cas d'incapacité de se déplacer de l'Adhérent aidant ou de l'un de ses proches dans les 30 jours suivant l'évènement, nous organisons et prenons en charge la recherche et l'acheminement des médicaments indispensables au traitement du proche aidé sur présentation d'une prescription médicale (ordonnance) de moins de 24 heures. **Cette prestation est accordée pendant 10 jours maximum.**

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

Portage de repas

En cas d'incapacité de se déplacer de l'Adhérent aidant ou de l'un de ses proches dans les 30 jours suivant l'évènement, nous organisons et prenons en charge le portage de repas au domicile du proche aidé. **Cette prestation est accordée pendant 10 jours maximum** (et à concurrence d'une seule livraison par jour).

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

3.5.3

ASSISTANCE EN CAS DE BESOIN DE REPIT DE L'ADHERENT AIDANT

Si l'état de l'Adhérent aidant, en dehors de toute hospitalisation, le rend momentanément incapable d'assumer sa charge aux côtés du proche en état de dépendance notamment du fait d'une maladie, d'une immobilisation ou d'un état d'épuisement psychologique et/ou physique, **nous organisons et prenons en charge les frais liés à l'une des deux prestations ci-dessous dans la limite maximum de 1 000 euros TTC** :

Auxiliaire de vie

A la demande de l'Adhérent aidant, nous mettons à la disposition du proche en état de dépendance, sous 48 h, une auxiliaire de vie à domicile pour l'aider et pallier l'absence de l'Adhérent aidant.

L'intervention de l'auxiliaire de vie est prise en charge dans la limite de 4 heures par jour pendant 7 jours consécutifs maximum.

Recherche de places d'hébergement temporaire en établissement spécialisé

A la demande de l'Adhérent aidant, nous aidons à la recherche d'un centre temporaire (accueil de jour ou de courte durée) susceptible d'accueillir le proche en état de dépendance.

Le coût de l'hébergement est pris en charge dans la limite de 7 jours par an.

ARTICLE 4. EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

Outre les exclusions spécifiques à chacune des garanties de la présente Notice, sont exclues et ne pourront donner lieu à l'intervention d'AXA Assistance, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit, tout dommage, accident, ainsi que leurs conséquences résultantes :

- Toutes interventions et / ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier,
- Les interruptions volontaires de grossesse,
- Les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et / ou nécessitant des soins ultérieurs programmés,
- Les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les 6 mois avant la date de demande d'assistance,
- Les tentatives de suicide et leurs conséquences,
- Les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique,
- Les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.

Outre les exclusions précisées ci avant, sont également exclues toutes conséquences :

- Résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement,
- De dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du Bénéficiaire,
- De la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye,
- De la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat,
- De la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,
- Du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- D'effets nucléaires radioactifs,
- Des dommages causés par des explosifs que le Bénéficiaire peut détenir,
- De la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires.

Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni remboursement :

- Les frais non justifiés par des documents originaux,
- Les frais engagés par le Bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel,
- Toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernemental.

ARTICLE 5. RESPONSABILITE

4.1 Responsabilité d'AXA Assistance

L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens. AXA Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.
contractuelle contraire

4.2 Exonération de responsabilité

ARTICLE 6. DECLARATION DES SINISTRES

Pour bénéficier des garanties du présent Contrat, les Bénéficiaires doivent appeler le numéro de téléphone suivant : 01 55 92 12 13 (et composer le 2) numéro non surtaxé ; le coût de l'appel est à la charge du Bénéficiaire.

ARTICLE 7. FAUSSE DECLARATION DES ELEMENTS CONSTITUTIFS DU SINISTRE

Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du sinistre (date, nature, cause, circonstances ou conséquences) connus du Bénéficiaire l'expose aux sanctions prévues par le Code des assurances, c'est-à-dire : réduction d'indemnité ou déchéance de garantie en cas de mauvaise foi (Articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances)..

ARTICLE 8. SUBROGATION DANS LES DROITS ET ACTIONS DU BENEFICIAIRE

AXA Assistance est subrogée dans les droits et actions du Bénéficiaire contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention et/ou son indemnisation, à concurrence des frais engagés et/ou des indemnités réglées en exécution du Contrat.

ARTICLE 9. TERRITORIALITE

Les garanties d'assistance s'exercent en France métropolitaine, principautés de Monaco et d'Andorre.

ARTICLE 10. PRISE D'EFFET ET DUREE DE LA COUVERTURE

Les garanties d'assistance sont acquises pendant toute la durée du présent Contrat à toute personne déclarée comme Bénéficiaire par le Souscripteur. Ceux-ci conservent la qualité de Bénéficiaire pendant la durée du Contrat conclu entre le Souscripteur et AXA Assistance.



ARTICLE 11. PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

En qualité de responsable de traitement, les informations concernant les Bénéficiaires sont collectées, utilisées et conservées par les soins d'AXA Assistance pour la souscription, la passation, la gestion et l'exécution du présent Contrat, conformément aux dispositions de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles et conformément à sa politique de protection des données personnelles telle que publiée sur son site internet.

Ainsi, dans le cadre de ses activités, AXA Assistance pourra :

- a) Utiliser les informations de l'Adhérent ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans la présente Notice. En utilisant les services d'AXA Assistance l'Adhérent consent à ce qu'AXA Assistance utilise ses données à cette fin ;
- b) Transmettre les données personnelles de l'Adhérent et les données relatives à son Contrat, aux entités du Groupe AXA, aux prestataires de services d'AXA Assistance, au personnel d'AXA Assistance, et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives, afin de gérer le dossier de sinistre de l'Adhérent, lui fournir les garanties qui lui sont dues au titre de son Contrat, procéder aux paiements, et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet ;
- c) Procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques de l'Adhérent dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des services rendus ;
- d) Procéder à des études statistiques et actuarielles ainsi qu'à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter nos produits aux besoins du marché ;
- e) Obtenir et conserver tout document photographique pertinent et approprié du bien de l'Adhérent, afin de fournir les services proposés dans le cadre de son contrat d'assistance et valider sa demande ; et
- f) Procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'AXA Assistance et autres communications relatives au service clients.
- g) Utiliser les données personnelles dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

AXA Assistance est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, AXA Assistance met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la Loi en la matière.

Les données recueillies peuvent être communiquées aux autres sociétés du Groupe AXA ou à un tiers partenaire, y compris pour une utilisation à des fins de prospection commerciale. Si l'Adhérent ne souhaite pas que ses données soient transmises aux sociétés du Groupe AXA ou à un tiers pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, il peut s'y opposer en écrivant au :

Délégué à la Protection des données

AXA Assistance
6, rue André Gide 92320 Châtillon
Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com

Pour toute utilisation des données personnelles de l'Adhérent à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA Assistance sollicitera son consentement.

L'Adhérent peut revenir à tout moment sur son consentement.

En souscrivant au présent contrat et en utilisant ses services, l'Adhérent reconnaît qu'AXA Assistance peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à ce qu'AXA Assistance utilise les données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où l'Adhérent fournit à AXA Assistance des informations sur des tiers, l'Adhérent s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité du site internet d'AXA Assistance (voir ci-dessous).

L'Adhérent peut obtenir, sur simple demande, copie des informations le concernant. Il dispose d'un droit

d'information sur l'utilisation faite de ses données (comme indiqué dans la politique de confidentialité du site AXA Assistance – voir ci-dessous) et d'un droit de rectification s'il constate une erreur.

Si l'Adhérent souhaite connaître les informations détenues par AXA Assistance à son sujet, ou s'il a d'autres demandes concernant l'utilisation de ses données, il peut écrire à l'adresse suivante :

Délégué à la protection des données

AXA Assistance
6, rue André Gide 92320 Châtillon
Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com

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

ARTICLE 12. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui leur donne naissance.

Ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix (10) ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants-droit de l'Adhérent décédé.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visée ci-après :

- Toute demande en justice, même en référé, ou même portée devant une juridiction incompétente ;
- Tout acte d'exécution forcée, ou toute mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- Toute reconnaissance par l'assureur du droit à garantie de l'Adhérent, ou toute reconnaissance de dette de l'Adhérent envers l'assureur ;
- Tout recours à la médiation ou à la conciliation ;
- Lorsque la partie est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

La prescription est également interrompue par :

- La désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;

-L'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'assureur à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la souscription ou par l'Adhérent à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 13. RECLAMATION ET MEDIATION

En cas de désaccord concernant la gestion du contrat, le Souscripteur et/ou les Bénéficiaires s'adresse(nt) en priorité à leur interlocuteur privilégié afin de trouver des solutions adaptées aux difficultés rencontrées. Si la réponse apportée n'est pas satisfaisante, le Souscripteur et/ou les Adhérents peut/peuvent adresser leur réclamation par courrier à l'adresse suivante :

AXA Assistance

Service Gestion Relation Clientèle
6, rue André Gide 92320 Châtillon

Ou sur le site internet à partir de la rubrique « contact » : www.axa-assistance.fr/contact

AXA Assistance s'engage à accuser réception sous dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, sauf si une réponse est apportée dans ce délai.

Une réponse sera adressée dans un délai maximum de deux (2) mois, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire.

Après épuisement des voies de recours internes ci-dessus énoncées et si un désaccord subsiste, le Souscripteur et/ou les Adhérents peut/peuvent faire appel au Médiateur, personnalité indépendante, en écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Ou en complétant le formulaire de saisine directement sur le site internet : www.mediation-assurance.org

Ce recours est gratuit. L'avis du Médiateur ne s'impose pas et laissera toute liberté à l'Adhérent pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la réception du dossier complet.

La Charte de « la Médiation de l'Assurance » est également consultable sur le lien suivant : www.mediation-assurance.org/médias/mediationassurance/Charte_V2.pdf

ARTICLE 14. AUTORITE DE CONTROLE

Inter Partner Assistance (AXA Assistance) est soumise en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique située Boulevard de Berlaimont 14 – 1000 Bruxelles – Belgique - TVA BE 0203.201.340 – RPM Bruxelles – (www.bnbb.be).

La succursale française d'IPA est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 15. COMPETENCE JUDICIAIRE

Le présent Contrat est soumis au droit français.

Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du Contrat sera de la compétence des juridictions françaises

Annexe 2

Tableaux de Garanties

Annexe 3

Les Cotisations



Document à caractère informatif

MCCI, mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité
SIREN 784 718 355 | Agréée pour les branches 1, 2
Siège social : 38-42 Rue Cuvier, 93100 Montreuil