



RÈGLEMENT MUTUALISTE AU CONTRAT DE SURCOMPLÉMENTAIRE SECU-SUR 2

SOMMAIRE

- CHAPITRE 1 : Objet du contrat
- CHAPITRE 2 : Adhésions/cotisations
- CHAPITRE 3 : Tableau des garanties
- CHAPITRE 4 : Fonds social
- CHAPITRE 5 : Prise d'effet et durée des garanties du contrat
- CHAPITRE 6 : Les garanties du contrat
- CHAPITRE 7 : Dispositions diverses

CHAPITRE 1 : Objet du contrat

Le présent contrat d'assurance, à caractère facultatif, a pour objet de compléter les garanties de votre complémentaire santé, dans les limites et conditions ci-après.

Le contrat est constitué du présent règlement mutualiste remis à chaque adhérent, ainsi que du bulletin d'adhésion et d'une attestation de garanties confirmant l'adhésion de l'assuré au présent contrat.

Le contrat prévoit les prestations suivantes :

- prothèses dentaires
- médecins acupuncteurs, ostéopathes et psychologues
- hospitalisation chirurgicale - maternité
- orthodontie
- protection juridique
- densitométrie osseuse
- Pharmacie remboursée à 15% par la sécurité sociale Acte PH2

CHAPITRE 2 : Adhésions/cotisations

Le contrat est ouvert aux bénéficiaires de la MAOS et du contrat UCANSS du 12/08/2008. Le montant de la cotisation est dû par adhérent au contrat.

Les enfants des adhérents en catégorie famille au titre de la MAOS ou du contrat UCANSS sont automatiquement couverts par les garanties

Pour l'année 2018, le montant de la cotisation est fixé à 9 € par mois. La cotisation est payable par prélèvement bancaire semestriel à échoir. Les frais bancaires liés à un rejet de prélèvement sur compte bancaire pour :

- ▶ provision insuffisante
- ▶ compte clôturé
- ▶ opposition sur compte

sont à la charge de l'adhérent.

CHAPITRE 3 : Tableau des garanties

au 1^{er} janvier 2018

LIBELLÉ	NATURE
Prothèses dentaires(*) Remboursées par la Sécurité Sociale	100% de la base du remboursement S.S. (*)
Actes d'acupuncture, d'ostéopathie et de psychologie	Remboursement de 50% des frais réels dans la limite d'un plafond annuel de 100€ (pour l'ensemble des bénéficiaires)
Hospitalisation chirurgicale ou maternité (*)	600 € participation annuelle (*)
Protection juridique Santé	Assistance juridique en cas de difficulté à faire reconnaître vos droits, en cas d'accident ou maladie portant atteinte à l'intégrité physique ou morale
Pharmacie remboursée à 15% par la sécurité sociale Acte PH2	Crédit de 20€ par année civile par contrat pour l'ensemble des bénéficiaires
Orthodontie en complément des remboursements Sécurité Sociale et complémentaires	25% de la base du remboursement Sécurité Sociale (dans la limite des frais engagés)
Densitométrie osseuse médicalement prescrite	Forfait de 30 € par an et par bénéficiaire

(*) Après application d'un délai de carence de 6 mois, prestation servie en complément des remboursements de la Sécurité Sociale et des organismes complémentaires, dans la limite des frais engagés.

CHAPITRE 4 : Fonds social

L'assemblée générale détermine chaque année une enveloppe financière affectée au fonds social.

AIDE À DOMICILE

Par son intervention, l'aide à domicile apporte une aide matérielle et morale contribuant au maintien à domicile.

Ainsi les activités de l'aide à domicile ne se limitent pas à des travaux ménagers.

RAPPEL sur les actes essentiels de la vie :

L'aide à domicile intervient auprès des particuliers qui ne peuvent pas effectuer des tâches de la vie quotidienne compte tenu de leur état de santé. On entend par tâches de la vie quotidienne, les actes indispensables à la vie de tous les jours : se nourrir, se déplacer, se vêtir et faire régner un minimum d'hygiène dans le logement.

L'aide à domicile permet notamment aux abonnés d'assurer leur indépendance et maintenir les relations avec l'extérieur.

Toutefois, son concours s'arrête là ou doit intervenir un professionnel du domaine médical ou paramédical.

Cette prestation est mise en œuvre uniquement par ADOMI dans le cadre de la convention passée par la mutuelle. Elle ne peut être substituée par le recours à une aide déjà existante chez l'adhérent qui devra, dans tous les cas, respecter la procédure suivante.

Procédure :

Afin d'organiser la mission, l'adhérent informera le plateau ADOMI de :

- La date prévisible de sa sortie, en cas d'hospitalisation.

L'adhérent tiendra informé ADOMI, de toute évolution (date ou durée) de sa situation.

L'adhérent contacte directement le plateau d'ADOMI, sur une ligne spéciale, au 01 44 65 55 00 et fait part de ses besoins.

ADOMI note cette demande et toutes les informations nécessaires à l'organisation de la prestation prévue au contrat couvrant l'adhérent : numéro de Sécurité Sociale, nom, prénom, âge, adresse, numéro de téléphone et ou hôpital).

▶ Aide Ménagère

L'adhérent qui aura été hospitalisé au moins 3 jours pourra bénéficier de cette prestation.

Il devra fournir par fax au 01 44 65 55 01 ou 02, et/ou par courrier, les justificatifs nécessaires pour la prise en charge :

- Bulletin d'hospitalisation
- Certificat médical précisant que l'état de santé du patient nécessite l'intervention d'une d'aide à domicile pour accomplir les actes de la vie courante.

Cette aide sera limitée à 20 heures sur une période de un mois.

Exceptionnellement, si l'état de santé de l'adhérent le justifie (incapacité temporaire), une intervention pourra être accordée même si l'hospitalisation est inférieure à 3 jours. Dans ce cas ADOMI traitera la demande en accord avec la Mutuelle concernée. Les pièces justificatives à fournir seront identiques dans les deux cas.

▶ Garde des enfants de moins de 16 ans.

Suite à une hospitalisation ou au décès de l'adhérent, ou de son conjoint ou concubin, ADOMI organise la garde des enfants pendant 48 heures, en missionnant une « travailleuse familiale » si l'enfant à moins de 3 ans et une « aide ménagère à la famille » si l'enfant à plus de 3 ans.

Au préalable, ADOMI vérifiera auprès de l'adhérent si un proche de la famille peut garder l'enfant. Dans l'affirmative, le transport Aller/Retour sera pris en charge par la mutuelle sur la base du tarif 2^{ème} classe pour le train et classe économique pour l'avion, si le trajet en train est supérieur à 5 heures.

CHAPITRE 5 : Prise d'effet et durée des garanties du contrat

L'adhésion est annuelle et s'étend sur l'année civile du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Pour les nouvelles adhésions, les garanties du contrat prennent effet au 1^{er} jour du mois de paiement de la cotisation et se prolongent jusqu'au 31 décembre de l'année en cours, sauf pour les prestations prothèses dentaires, hospitalisation chirurgicale - maternité et l'aide à domicile pour lesquelles un délai de carence de 6 mois est appliqué.

La garantie est reconduite chaque année par tacite reconduction sauf résiliation intervenant dans les conditions suivantes : à la demande de l'adhérent, adressée par lettre recommandée avec accusé réception au moins deux mois avant la fin de l'année civile, à l'adresse suivante :

MAOS - 3, avenue Jules Cantini - 13006 Marseille

La résiliation sera effective le 1^{er} janvier suivant.

CHAPITRE 6 : Les garanties du contrat

Le remboursement des dépenses ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent, après remboursement de la part des régimes obligatoires de Sécurité Sociale et éventuellement d'autres organismes.

NE DONNENT PAS LIEU À REMBOURSEMENT :

- la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du code de la Sécurité Sociale,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité Sociale, à hauteur au moins du montant (*) du dépassement autorisé sur les actes cliniques,
(* Ce montant minimum non pris en charge peut être plus élevé selon les garanties souscrites
- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'assuré prévues à l'article L.160-13 du code de la Sécurité Sociale.

► 6.1 – « Prothèses dentaires »

Pour faire l'objet d'un remboursement, les prothèses dentaires doivent être remboursées par la Sécurité Sociale. La prise en charge est de 100% de la base du remboursement de la Sécurité Sociale. Cette prestation est servie en complément des remboursements de la Sécurité Sociale et des organismes complémentaires, dans la limite des frais engagés. La prestation sera effectuée sur présentation des justificatifs des remboursements de la Sécurité Sociale et des organismes complémentaires, et des dépenses engagées. Cette prestation n'est ouverte qu'après application d'un délai de carence de 6 mois à compter de la date d'adhésion.

► 6.2 – « Médecins acupuncteurs, ostéopathes et psychologues »

Actes d'acupuncture : la garantie ne s'applique qu'aux actes effectués par un médecin.

Actes d'ostéopathie et psychologie : la garantie ne s'applique qu'aux actes effectués par des ostéopathes et des psychologues officiellement inscrits sur les listes en préfecture.

Le souscripteur doit fournir une facture originale acquittée des honoraires perçus par le professionnel de santé.

La mutuelle intervient en participant à hauteur de 50% des frais engagés, dans la limite annuelle de 100 €.

► 6.3 – « Hospitalisation chirurgicale ou maternité »

Lors d'une hospitalisation chirurgicale ou maternité, ayant généré un reste à charge pour l'adhérent, il sera versé une participation annuelle maximale de 600 €.

Cette participation est servie en complément des remboursements de la Sécurité Sociale et des organismes complémentaires, dans la limite des frais engagés. La prestation sera effectuée sur présentation des justificatifs des remboursements de la Sécurité Sociale et des organismes complémentaires, et des dépenses engagées.

Cette prestation n'est ouverte qu'après application d'un délai de carence de 6 mois à compter de la date d'adhésion.

► 6.4 – « Orthodontie »

La prestation est servie pour les actes d'orthodontie acceptés et non acceptés par la Sécurité Sociale. La prise en charge est de 25% de la base du remboursement de la Sécurité Sociale. Pour les actes non acceptés par la Sécurité Sociale la base de remboursement est reconstituée conformément à la base retenue pour les actes acceptés. Cette prestation est servie en complément des remboursements Sécurité Sociale et des organismes complémentaires, dans la limite des frais engagés. La prestation sera effectuée sur présentation des justificatifs de remboursement de la Sécurité Sociale, des organismes complémentaires et des dépenses engagées.

► 6.5 – « Protection Juridique santé »

Cette garantie est servie au titre du contrat collectif souscrit par la mutuelle au profit des adhérents au produit SECU-SUR (dans le cadre de l'article L221-3 du code de la mutualité) auprès de CFDP ASSURANCES (entreprise régie par le code des assurances, dont le siège social est 1, place Francisque Régaud 69002 Lyon) organisme assureur.
(Voir les conditions générales CFDP en annexe)

► 6.6 – « Densitométrie osseuse »

Pour faire l'objet d'un remboursement, cet acte doit être médicalement prescrit. La prise en charge est limitée à 30 € par an et par bénéficiaire, sur présentation d'une copie de la prescription médicale et de la facture des frais d'honoraire du médecin.

► 6.7 – « Pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité Sociale Acte PH2 »

Pour faire l'objet d'un remboursement, la prestation « Pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité Sociale Acte PH2 » doit être remboursée par la Sécurité Sociale. La prise en charge est limitée à un crédit de 20 € par année civile (pour l'ensemble des bénéficiaires). Cette prestation est servie en complément du remboursement Sécurité Sociale et des organismes complémentaires dans la limite des frais réels. La prestation sera effectuée sur présentation des justificatifs des remboursements Sécurité Sociale, des organismes complémentaires et des dépenses engagées.

CHAPITRE 7 : Dispositions diverses :

► 7.1 – Sanction en cas de fausse déclaration

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration, intentionnelle de l'assuré portant sur les éléments constitutifs de la garantie du contrat en cours est sanctionnée par une clause de nullité du contrat.

Les cotisations déjà versées restent acquises à la mutuelle.

► 7.2 – Défaut de paiement de la cotisation

À défaut de règlement, dans les 10 jours suivant l'échéance, la mutuelle adressera à l'adhérent une lettre recommandée rappelant les dispositions légales en ce domaine (Code de la Mutualité Article L221-8), à savoir :

- suspension des garanties dans les 30 jours suivant l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure.
- annulation du contrat, 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours en cas de refus de paiement.

► 7.3 – Obligations de la mutuelle

La mutuelle s'engage à :

- remettre à l'adhérent, le règlement mutualiste
- informer les adhérents des modifications portant sur leurs droits et obligations.

La preuve de la remise du règlement mutualiste à l'adhérent et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à la Mutuelle.

► 7.4 – Prescription

Toutes les actions sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

► 7.5 – C.N.I.L.

L'adhérent peut demander communication et rectification de toute information le concernant figurant sur tout fichier à l'usage du souscripteur. Le droit d'accès et de rectifications peut s'exercer au siège du souscripteur.

NOTICE D'INFORMATIONS

Protection Juridique Santé MAOS

NUMERO DE CONTRAT : S101EXA0010
DATE D'EFFET : 01 janvier 2016



ARTICLE 1 – L'OBJET DU CONTRAT

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

LE SOUSCRIPTEUR DU CONTRAT : MAOS, Mutuelle Active des Organismes Sociaux et divers, 3 avenue Jules Cantini – 13006 Marseille, Siren 782 885 826 .

L'ASSUREUR : CFDP ASSURANCES – Entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.600.000 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe – 62 Rue de Bonnel – 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156.

VOUS OU LE BENEFICIAIRE : L'adhérent, désigné aux conditions particulières et à jour du paiement de ses cotisations.

TIERS : Toute personne étrangère au présent Contrat.

LE LITIGE OU LE DIFFEREND : Une situation conflictuelle causée par un désaccord, un événement préjudiciable ou un acte répréhensible Vous conduisant à faire valoir un droit contesté, à résister à une prétention ou à Vous défendre devant une juridiction ; **pour être couvert par le Contrat, le Litige ou le Différend doit être survenu et déclaré pendant la durée de votre adhésion.**

LE SINISTRE : Le refus qui est opposé à une réclamation dont Vous êtes l'auteur ou le destinataire (article L127-2-1 du Code des Assurances).

ARTICLE 2 – L'ADHESION AU CONTRAT

L'adhésion au Contrat est obligatoire pour tout adhérent bénéficiant d'un contrat SECURIS 2 auprès du Souscripteur. Elle prend effet à la date de prise d'effet du contrat santé souscrit auprès du Souscripteur, ou à sa date de renouvellement, et prend fin en cas de résiliation dudit contrat santé ou en cas de résiliation du présent Contrat, le Souscripteur s'engageant alors à informer le bénéficiaire de la fin de la garantie.

ARTICLE 3 – LES GARANTIES

3/1 L'ASSISTANCE TELEPHONIQUE :

Au numéro qui Vous est dédié, l'Assureur s'engage à Vous écouter et Vous fournir par téléphone des renseignements juridiques relevant du droit français et se rapportant aux garanties de protection juridique décrites dans la présente notice.

Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

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

QUE FAIRE EN CAS DE BESOIN D'ASSISTANCE ?

Vous pouvez accéder au service de l'Assureur au : ☎ 04 50 52 20 22
L'accès au service se fait du lundi au vendredi de 09H00 à 12H00 et de 14H00 à 17H00.

3/2 LA PROTECTION MEDICALE :

Vous êtes victime :

- ◇ d'une erreur médicale ou pharmaceutique,
- ◇ d'un retard ou d'une erreur de diagnostic,
- ◇ d'une infection nosocomiale,
- ◇ d'un défaut de conseil d'un praticien à l'occasion d'une maladie, d'une hospitalisation ou de tous soins ou examens médicaux

et vous souhaitez être assisté et faire valoir vos droits face à un établissement de soins (public ou privé) ou un professionnel de santé.

3/3 LA PROTECTION DE L'INTEGRITE :

Vous êtes victime :

- ◇ d'une agression
- ◇ d'une atteinte accidentelle à votre intégrité physique,
- ◇ d'une diffamation sur les réseaux sociaux,

et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits à l'encontre du responsable de votre préjudice.

ARTICLE 4 – LES ENGAGEMENTS DE L'ASSUREUR

POUR VOUS APPORTER LES MOYENS DE RESOUDRE UN LITIGE OU DIFFEREND GARANTI, L'ASSUREUR S'ENGAGE :

- A Vous informer sur vos droits et les mesures nécessaires à la sauvegarde de vos intérêts et à Vous conseiller sur la conduite à tenir devant un Litige ou Différend.
- A Vous aider à réunir les pièces et témoignages nécessaires à la constitution de votre dossier de réclamation ou de défense et à effectuer les démarches nécessaires pour obtenir une solution négociée et amiable.
- A Vous faire assister par des experts qualifiés quand la spécificité de la matière le nécessite et que cela est utile à la résolution du Litige ou Différend. L'expert Vous assistera et rendra si besoin une consultation écrite après Vous avoir entendu. Cet avis consultatif destiné à étayer votre réclamation ou votre défense Vous sera communiqué. L'Assureur prend en charge les frais et honoraires de cet expert dans la limite des montants contractuels garantis.
- A Vous proposer une médiation indépendante des parties. Le médiateur sera désigné sur une liste par une association ou un groupement professionnel sur demande de l'Assureur et avec votre acceptation. Il prendra contact avec les parties, les réunira et les mettra en condition de trouver par elles-mêmes la solution au Litige ou Différend en cours.

ET LORSQUE TOUTE TENTATIVE DE RESOLUTION DU LITIGE OU DIFFEREND SUR UN TERRAIN AMIABLE A ECHOUÉ, OU LORSQUE VOTRE ADVERSAIRE EST ASSISTÉ PAR UN AVOCAT, L'ASSUREUR S'ENGAGE :

- A Vous faire représenter par l'auxiliaire de justice de votre choix.
- A prendre en charge, dans la limite des montants contractuels garantis :
 - ◇ les frais et honoraires des avocats et experts ;
 - ◇ les frais de procès comprenant notamment les frais d'huissiers, d'expertise judiciaire, la taxe d'appel...
- A organiser votre défense judiciaire en respectant le libre choix de votre défenseur. Conformément à l'article L127-3 du Code des Assurances, lorsque Vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, Vous représenter ou servir vos intérêts, Vous avez la liberté de le choisir. Vous choisissez donc en toute liberté et indépendance l'avocat chargé de vos intérêts ; l'Assureur intervient seulement pour donner son accord sur le principe de la saisine mais ne désigne pas d'avocat en vos lieu et place. Si Vous n'en connaissez pas, Vous pouvez Vous rapprocher de l'Ordre des Avocats du Barreau compétent ou demander par écrit à l'Assureur de Vous communiquer les coordonnées d'un avocat.

Vous avez la maîtrise de la direction du procès en concertation avec l'avocat que Vous avez choisi. L'Assureur reste néanmoins à votre disposition ou à celle de votre avocat pour Vous apporter l'assistance dont Vous auriez besoin.

Lors de la saisine de l'avocat, celui-ci est tenu en application des règles déontologiques de sa profession, de Vous faire signer une convention d'honoraires afin de Vous informer des modalités de détermination de ses honoraires et de l'évolution prévisible de leur montant.

Par principe, Vous faites l'avance des frais et honoraires et l'Assureur Vous rembourse sur justificatifs le montant des factures réglées dans la limite des montants contractuels garantis. Si la convention d'honoraires le prévoit ou si Vous en faites la demande, l'Assureur peut procéder directement au règlement de la facture adressée par l'avocat, et ce dans la limite des montants contractuels garantis. Qu'il s'agisse d'un paiement direct ou d'un remboursement, le règlement de l'Assureur sera effectué au plus tard trente (30) jours après réception des justificatifs et interviendra Toutes Taxes Comprises.

- A Vous répondre et traiter votre demande, dans toutes les hypothèses, dans les trois (3) jours ouvrables.

ARTICLE 5 – VOS OBLIGATIONS

VOUS VOUS ENGAGEZ :

- A ne pas déclarer un Sinistre lorsque Vous aviez connaissance du fait générateur du Litige ou Différend lors de la prise d'effet de l'adhésion.
- A déclarer le Sinistre à l'Assureur dès que Vous en avez connaissance sauf cas de force majeure, afin que l'Assureur puisse défendre au mieux vos intérêts. L'Assureur ne peut néanmoins Vous opposer une déchéance de garantie pour déclaration tardive que s'il est prouvé que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice. Vous devez préciser la nature et les circonstances de votre Litige ou Différend et transmettre toutes les informations utiles telles que avis, lettres, convocations, actes d'huissier, éventuelles assignations...
- A relater les faits et circonstances avec la plus grande précision et sincérité.
- A fournir dans les délais prescrits par la loi ou les règlements tous documents à caractère obligatoire.
- A établir par tous moyens la réalité du préjudice que Vous alléguiez : **L'ASSUREUR NE PREND JAMAIS EN CHARGE LES FRAIS DE REDACTION D'ACTES, D'EXPERTISES, LES CONSTATS D'HUISSIER, LES FRAIS LIES A**

L'OBTENTION DE TMOIGNAGES, D'ATTESTATIONS OU DE TOUTES AUTRES PIECES JUSTIFICATIVES DESTINEES A CONSTATER OU A PROUVER LA REALITE DE VOTRE PREJUDICE, A IDENTIFIER OU A RECHERCHER VOTRE ADVERSAIRE, DILIGENTES A TITRE CONSERVATOIRE OU ENGAGES A VOTRE INITIATIVE.

- A ne prendre aucune initiative sans concertation préalable avec l'Assureur. Si Vous prenez une mesure, de quelque nature qu'elle soit, mandatez un avocat ou tout autre auxiliaire de justice, expert ou sachant, avant d'en avoir avisé l'Assureur et obtenu son accord écrit, les frais exposés restent à votre charge. Néanmoins, si Vous justifiez d'une situation d'urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire, l'Assureur Vous remboursera, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires des intervenants que Vous avez mandatés sans avoir obtenu son accord préalable.

ARTICLE 6 – LES EXCLUSIONS

L'ASSUREUR N'INTERVIENT JAMAIS POUR LES LITIGES OU DIFFERENDS :

- NE RELEVANT PAS DE VOTRE VIE PRIVEE, ET PLUS GENERALEMENT QUI NE SONT PAS EXPRESSEMENT DEFINIS,
- TROUVANT LEUR ORIGINE DANS UNE CATASTROPHE NATURELLE AYANT FAIT L'OBJET D'UN ARRETE MINISTERIEL OU PREFECTORAL, UNE GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, UNE EMEUTE, UN MOUVEMENT POPULAIRE, UNE MANIFESTATION, UNE RIXE, UN ATTENTAT, UN ACTE DE VANDALISME, DE SABOTAGE OU DE TERRORISME,
- DONT LES MANIFESTATIONS INITIALES SONT ANTERIEURES ET CONNUES DE VOUS A LA PRISE D'EFFET DE L'ADHESION AU PRESENT CONTRAT OU QUI PRESENTENT UNE PROBABILITE DE SURVENANCE LORS DE CETTE ADHESION,
- EN RAPPORT AVEC UNE VIOLATION INTENTIONNELLE DES OBLIGATIONS LEGALES OU INCONTESTABLES, UNE FAUTE, UN ACTE FRAUDULEUX OU DOLOSIF QUE VOUS AVEZ COMMIS VOLONTAIREMENT CONTRE LES BIENS OU LES PERSONNES EN PLEINE CONSCIENCE DE LEURS CONSEQUENCES DOMMAGEABLES ET NUISIBLES,
- SURVENANT LORSQUE VOUS ETES EN ETAT D'IVRESSE PUBLIQUE ET MANIFESTE OU LORSQUE LE TAUX D'ALCOOLEMIE EST EGAL OU SUPERIEUR A CELUI LEGALEMENT ADMIS DANS LE PAYS OU A LIEU LE SINISTRE, OU SOUS L'INFLUENCE DE SUBSTANCES OU DE PLANTES CLASSEES COMME STUPEFIANTS OU LORSQUE VOUS REFUSEZ DE VOUS SOUMETTRE A UN DEPISTAGE,
- RELATIFS A L'INDEMNISATION DE RISQUES SERIELS, D'AFFECTIIONS LIEES A L'AMIANTE OU AUX PRIONS,
- GARANTIS PAR UNE ASSURANCE DOMMAGES OU RESPONSABILITE CIVILE ET CEUX RELEVANT DU DEFAUT DE SOUSCRIPTION PAR VOUS D'UNE ASSURANCE OBLIGATOIRE,
- VOUS OPPOSANT AUX SERVICES PUBLICS OU PRIVES GESTIONNAIRES DES REGIMES DE SECURITE SOCIALE, DES REGIMES COMPLEMENTAIRES OU DES PRESTATIONS FAMILIALES,
- VOUS OPPOSANT AUX COMPAGNIES D'ASSURANCES OU AUX ETABLISSEMENTS BANCAIRES GESTIONNAIRES DES CONTRATS DE PREVOYANCE OU DE PRETS ASSORTIS DE GARANTIES « INDEMNITES JOURNALIERES » OU « INVALIDITE »,
- RELATIFS A LA MDPH OU A LA CNSA,
- VOUS OPPOSANT A VOTRE EMPLOYEUR OU AU SOUSCRIPTEUR.

L'ASSUREUR NE PREND JAMAIS EN CHARGE :

- LES FRAIS ENGAGES SANS SON ACCORD PREALABLE,
- LES AMENDES, LES CAUTIONS, LES CONSIGNATIONS PENALES, LES ASTREINTES, LES INTERETS ET PENALITES DE RETARD,
- TOUTE SOMME DE TOUTE NATURE A LAQUELLE VOUS POURRIEZ ETRE CONDAMNE A TITRE PRINCIPAL ET PERSONNEL,
- LES FRAIS ET DEPENS EXPOSES PAR LA PARTIE ADVERSE ET QUE VOUS DEVEZ SUPPORTER PAR DECISION JUDICIAIRE,
- LES SOMMES AU PAIEMENT DESQUELLES VOUS POURRIEZ ETRE EVENTUELLEMENT CONDAMNE AU TITRE DES ARTICLES 700 DU CODE DE PROCEDURE CIVILE, 375 ET 475-1 DU CODE DE PROCEDURE PENALE, L761-1 DU CODE DE LA JUSTICE ADMINISTRATIVE, AINSI QUE LEURS EQUIVALENTS DEVANT LES JURIDICTIONS ETRANGERES,
- LES SOMMES DONT VOUS ETES LEGALEMENT REDEVABLE AU TITRE DE DROITS PROPORTIONNELS,
- LES HONORAIRES DE RESULTAT.

ARTICLE 7 – L'APPLICATION DE LA GARANTIE

7.1 Dans le temps :

La durée de la garantie :

Sous réserve du paiement de la prime, la garantie du Contrat suit le sort du contrat santé souscrit auprès du Souscripteur, auquel elle est annexée. Elle prend effet dès l'adhésion au Contrat et est applicable pendant toute la durée de l'adhésion, sauf pendant les périodes de suspension du contrat santé souscrit auprès du Souscripteur.

La prescription :

La prescription est l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un délai défini par la Loi. Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L 114-1 du Code des Assurances). Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance, ou en cas de Sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un Sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (article L 114-2 du Code des Assurances). Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance du droit par le débiteur.

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

7.2 Dans l'espace :

La garantie du présent Contrat s'exerce dans tous les pays de l'Union Européenne ainsi qu'en Principauté d'Andorre et Principauté de Monaco : l'Assureur s'appuiera le cas échéant sur des correspondants habilités par la législation locale.

Dans les autres pays, l'intervention de l'Assureur se limite au remboursement sur justificatifs des frais et honoraires de procédure à hauteur du plafond de prise en charge spécifique prévu pour les pays autres que l'Union Européenne, Principauté d'Andorre et Principauté de Monaco.

ARTICLE 8 – LA PROTECTION DE VOS INTERETS

8.1 Le secret professionnel (article L127-7 du Code des Assurances) :

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

8.2 L'obligation à désistement :

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

8.3 L'examen de vos réclamations :

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

Toute réclamation concernant le présent Contrat, sa distribution ou le traitement d'un Litige ou Différend, peut être formulée par priorité auprès de votre interlocuteur habituel, et si sa réponse ne Vous satisfait pas, auprès du *Service Relation Client* de l'Assureur par courrier à CFDP Assurances - Service Relation Client – Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON ou par mail à relationclient@cfdp.fr.

A compter de la réception de la réclamation, l'Assureur s'engage à en accuser réception sous dix (10) jours ouvrables, et, en tout état de cause, à la traiter dans un délai maximum de deux (2) mois.

8.4 Le désaccord ou l'arbitrage (article L127-4 du Code des Assurances) :

En cas de désaccord entre Vous et l'Assureur au sujet de mesures à prendre pour régler un Litige ou Différend, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur ; toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en la forme des référés, peut en décider autrement lorsque Vous avez mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives. Si Vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenez une solution plus favorable que celle qui Vous avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce

personne mentionnée à l'alinéa précédent, l'Assureur Vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants contractuels garantis.

8.5 Le conflit d'intérêts (article L127-5 du Code des Assurances) :

En cas de conflit d'intérêts entre Vous et l'Assureur ou de désaccord quant au règlement du Litige ou Différend, l'Assureur Vous informe du droit mentionné à l'article L127-3 du Code des Assurances (à savoir le libre choix de l'avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre) et de la possibilité de recourir à la procédure mentionnée à l'article L127-4 du Code des Assurances (à savoir le désaccord ou l'arbitrage).

8.6 La loi « Informatique et Libertés » :

En application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, il est précisé que les données à caractère personnel recueillies

sont obligatoires pour conclure le présent Contrat et, qu'à ce titre, elles feront l'objet d'un traitement dont le responsable est l'Assureur, ce qu'acceptent expressément les personnes sur lesquelles portent les données. Ces données pourront être utilisées par l'Assureur pour les besoins de la gestion des services souscrits en exécution du présent contrat. Elles pourront être également utilisées pour les actions commerciales de l'Assureur. Ces données pourront également être communiquées à des Tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires. Les bénéficiaires du présent Contrat ont le droit d'obtenir communication de leurs données auprès de l'Assureur, d'en exiger, le cas échéant, la rectification, et de s'opposer à leur utilisation à des fins de prospection, notamment commerciale.

8.7 L'autorité de contrôle :

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 09.

ARTICLE 9 – LES MONTANTS CONTRACTUELS DE PRISE EN CHARGE

BAREME APPLICABLE AUX HONORAIRES D'AVOCAT ET D'EXPERT	En € TTC
Consultation d'expert	391,00 €
Démarches amiables :	
- Intervention amiable	112,00 €
- Protocole ou transaction	335,00 €
Assistance préalable à toute procédure pénale	
Assistance à une instruction	391,00 €
Assistance à une expertise judiciaire	
Expertise amiable	1 116,00 €
Démarche au Parquet (forfait)	129,00 €
Médiation conventionnelle	
Médiation judiciaire	558,00 €
Arbitrage	
Tribunal de Police	
Juridiction de Proximité statuant en matière pénale	558,00 €
Tribunal Correctionnel	893,00 €
Commissions diverses	558,00 €
Tribunal d'Instance	
Juridiction de Proximité statuant en matière civile	837,00 €
Tribunal de Grande Instance	
Tribunal Administratif	
Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale	1 116,00 €
Autres juridictions du 1er degré	
Référé	670,00 €
Incidents d'instance et demandes incidentes	670,00 €
Ordonnance sur requête (forfait)	446,00 €
Cour ou juridiction d'Appel	1 817,00 €
Recours devant le premier Président de la Cour d'Appel	558,00 €
Cour de Cassation	
Conseil d'Etat	2 096,00 €
Cour d'Assises	
Juridictions de l'Union Européenne	
Juridictions étrangères (U.E. – Andorre et Monaco)	1 116,00 €
Juge de l'exécution	
Juge de l'exequatur	670,00 €

PLAFONDS, FRANCHISE et SEUIL D'INTERVENTION	En € TTC
Plafond maximum de prise en charge par Litige ou Différend : (Union Européenne, Principautés d'Andorre et de Monaco)	22 313,00 €
Dont plafond pour : Démarches amiables :	558,00 €
Expertises judiciaires :	5 419,00 €
Plafond maximum de prise en charge par Litige ou Différend : (Hors Union Européenne, Principautés d'Andorre et de Monaco)	2 789,00 €
Seuil d'intervention judiciaire :	0,00 €
Franchise :	0,00 €

Les montants sont cumulables et représentent le maximum des engagements par intervention ou juridiction.

Ces montants comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation, etc...) et constituent la limite de la prise en charge même en cas de pluralité ou de changement d'avocat.

Les honoraires sont réglés une fois la prestation effectuée.

Les indemnités qui pourraient Vous être allouées au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, L761-1 du Code de la Justice Administrative ou leurs équivalents devant les juridictions étrangères, ainsi que les dépens et autres frais de procédure Vous bénéficient par priorité pour les dépenses dûment justifiées restées à votre charge, et subsidiairement à l'Assureur dans la limite des sommes qu'il a engagées.

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

Les déclarations de Sinistres parviendront :

- par téléphone : 04 50 52 20 22
- par courrier : à CFDP Assurances - 9 Avenue du Rhône - 74000 ANNECY
- par courriel : à cbappert@cfdp.fr