



Notice d'information

Contrat collectif à adhésion facultative

**Conjuguons le mieux-être
à toutes les personnes, à tous les temps**

Pour contacter votre service de gestion

Pour la GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	
Par téléphone	01 40 87 20 28
Par mail	contrat.mieuxetre@tessi.fr
Par courrier	Centre de gestion Mutuelle Mieux-Etre TSA 60147 31602 Muret Cedex

Pour bénéficier des garanties d'assistance MIEUX-ETRE ALLO SANTE (Assistance Vie quotidienne et Rapatriement médical) ainsi que de la garantie Protection juridique Santé	
Par téléphone	05 49 34 80 19

CHAPITRE 1 – OBJET DE LA NOTICE D'INFORMATION	4
ARTICLE 1. DESCRIPTION	4
CHAPITRE 2 – VOTRE ADHESION AU CONTRAT	4
ARTICLE 2. QUI PEUT ADHERER A ESPRIT'SANTE TNS ?	4
ARTICLE 3. QUI PEUT BENEFICIER DE LA GARANTIE ?	5
ARTICLE 4. QUELLES SONT LES CONDITIONS ET FORMALITES D'ADHESION A LA GARANTIE ?	5
ARTICLE 5. QUAND PREND EFFET VOTRE ADHESION ET QUELLE EST SA DUREE ?	6
ARTICLE 6. COMMENT CHANGER DE FORMULE DE GARANTIES ?	6
ARTICLE 7. QUELS DOCUMENTS VOUS SONT REMIS ET COMMENT SE MATERIALISE VOTRE ADHESION ?	6
ARTICLE 8. COMMENT EXERCER VOTRE DROIT DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE ?	6
CHAPITRE 3 – FIN DE VOTRE ADHESION A Esprit'Santé TNS	7
ARTICLE 9. DANS QUELS CAS LA GARANTIE PEUT-ELLE PRENDRE FIN ?	7
ARTICLE 10. DANS QUELLES CONDITIONS DENONCER VOTRE ADHESION ?	7
ARTICLE 11. COMMENT CONTINUER A BENEFICIER D'UNE BONNE PROTECTION ?	8
CHAPITRE 4 – VOS REMBOURSEMENTS	8
ARTICLE 12. A QUELS REMBOURSEMENTS AVEZ-VOUS LE DROIT ?	8
ARTICLE 13. COMMENT OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?	8
ARTICLE 14. PLURALITE D'ASSURANCES	9
ARTICLE 15. DES GARANTIES RESPONSABLES	10
ARTICLE 16. CE QUE NE COUVRE PAS VOTRE GARANTIE	11
CHAPITRE 5 – LES SERVICES AUXQUELS VOUS AVEZ DROIT	11
ARTICLE 17. LE TIERS PAYANT	11
ARTICLE 18. L'ACCES AU RESEAU DE SOINS ITELIS	12
ARTICLE 19. L'ACCES AUX SERVICES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT MUTUALISTES	13
ARTICLE 20. PREVENTION	13
ARTICLE 21. FONDS SOCIAL	13
ARTICLE 22. CATALOGUE VACANCES	13
CHAPITRE 6 – VOS OBLIGATIONS	13
ARTICLE 23. QUELLES SONT VOS OBLIGATIONS ?	13
ARTICLE 24. SUBROGATION	14
CHAPITRE 7 – VOS COTISATIONS	14
ARTICLE 25. QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE COTISATION ?	14
ARTICLE 26. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON-PAIEMENT DE VOTRE COTISATION ?	14
CHAPITRE 8 – DIVERS	14
ARTICLE 27. REVISION EN CAS DE MODIFICATION LEGISLATIVE OU REGLEMENTAIRE	14
ARTICLE 28. LA MUTUELLE PEUT-ELLE PROCEDER A UN CONTROLE MEDICAL AU COURS DE L'ADHESION ?	15
ARTICLE 29. PRESCRIPTION	15
ARTICLE 30. INFORMATIQUE ET LIBERTES	15
ARTICLE 31. VOS RECLAMATIONS	17
ARTICLE 32. CONTROLE	17

CHAPITRE 1 – OBJET DE LA NOTICE D'INFORMATION**Article 1. Description**

Cette notice d'information a pour objet de décrire les conditions et modalités de fonctionnement du contrat Esprit'Santé TNS. Mutuelle Mieux-Être s'engage à utiliser uniquement la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

▪ Quels sont les intervenants au contrat ?

- > **L'Organisme assureur : Mutuelle Mieux-Etre**, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN n°775 659 907, dont le siège social est situé au 171 avenue Ledru Rollin, 75011 Paris.
- > **Le Souscripteur : l'Association de Prévoyance Sociale Mutuelle Mieux-Etre (APSME)**, association régie par la loi du 1er juillet 1901, sise 171 avenue Ledru-Rollin 75011 Paris.
- > **Le Membre participant (Adhérent) :** la personne qui adhère au contrat Esprit'Santé TNS. Vous adhérez à l'APSME qui a souscrit, auprès de Mutuelle Mieux-Etre, à Esprit'Santé TNS.
- > **Les Assurés :** les personnes exposées aux événements garantis, c'est-à-dire le Membre participant et ses Ayants-droits affiliés au contrat.

Le contrat Esprit'Santé TNS a pour objet de vous faire bénéficier, en tant que travailleur non salarié non agricole, membre de l'APSME, de garanties de remboursement de frais de santé complémentaires aux prestations versées par la Sécurité sociale française.

Le contrat est composé de **13 formules de garanties**.

▪ La Loi Madelin

Esprit'Santé TNS est éligible aux avantages fiscaux de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite « loi Madelin ».

Ainsi, **vous bénéficiez de la déductibilité fiscale Madelin :**

- > **Sur la part de votre cotisation en tant que travailleur non salarié non agricole et,**
- > **Sur celle de vos ayants droit figurant en tant que tels sur votre carte d'assuré social.**

Pour en bénéficier, vous devrez être en mesure de **justifier** auprès de Mutuelle Mieux-Etre, **à la date de votre adhésion à la garantie et lors du renouvellement de votre adhésion, que vous êtes à jour du paiement de vos cotisations obligatoires d'assurance maladie et vieillesse.**

CHAPITRE 2 – VOTRE ADHESION AU CONTRAT**Article 2. Qui peut adhérer à Esprit'Santé TNS ?**

Vous pouvez adhérer à Esprit'Santé TNS si vous êtes une personne physique :

- > **Âgée au minimum de dix-huit (18) ans et au maximum de quatre-vingt (80) ans,**
- > **Résidant en France métropolitaine,**
- > **Relevant d'un régime d'assurance maladie obligatoire de Sécurité sociale français,**
- > **Exerçant une activité non salariée non agricole** dont les résultats sont imposables à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux ou dans celle des bénéfices non commerciaux ou ayant la qualité de dirigeant non-salarié de société soumise à l'impôt sur les sociétés.

La perte de la qualité de travailleur non salarié non agricole n'entraîne pas la résiliation de votre adhésion ni celle de vos ayants-droit **sous réserve que vous bénéficiez d'une pension de vieillesse au titre de votre activité non salariée non agricole**. Cependant, dans ce cas, vous ne pouvez plus bénéficier des avantages fiscaux de la loi Madelin.

Article 3. Qui peut bénéficier de la garantie ?

- > **Le Membre participant**, c'est-à-dire **vous** en tant qu'Adhérent à Esprit'Santé TNS.
- > **Les Ayants-droit**, c'est-à-dire les personnes bénéficiant de la garantie à votre demande. Les nom et prénom de vos Ayants-droit doivent être mentionnés sur votre bulletin d'adhésion, accompagné, le cas échéant, des pièces justificatives demandées. Ils sont également mentionnés sur votre Certificat d'adhésion.

Peuvent avoir la qualité d'Ayant-droit :

- > **Votre conjoint** ou la personne avec qui vous avez conclu un contrat relevant du régime juridique du pacte civil de solidarité (PACS), ou la personne avec qui vous entretenez un concubinage notoire et constant d'une durée au moins égale à 2 ans, pouvant justifier d'une résidence principale commune durant cette période.
- > **Vos enfants**, ceux de votre conjoint, de votre partenaire de PACS ou de votre concubin au sens de la Sécurité sociale. Sont également assimilés :
 - Les enfants jusqu'à leur 21ème anniversaire, et vivant sous le même toit que vous :
 - S'ils poursuivent des études sans bénéficier d'un régime de Sécurité sociale français,
 - S'ils sont en premier apprentissage,
 - S'ils exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55 % du SMIC.
 - Les enfants jusqu'à leur 28ème anniversaire s'ils poursuivent des études et sont affiliés à un régime de Sécurité sociale français,
 - Les enfants sans limitation d'âge s'ils bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés versée par les Caisses d'Allocations Familiales.
- > D'une manière générale, **toute autre personne à votre charge effective et permanente**, vivant sous le même toit que vous.

LE SAVIEZ-VOUS ?
Si vos enfants poursuivent des études, nous vous conseillons de les conserver sur votre garantie. Vous n'avez, en effet, aucune obligation de les inscrire à une mutuelle étudiante. Si vos enfants entrent dans la vie active, nous pouvons leur proposer des solutions adaptées.

Nota Bene : Vos Ayants-droit, nommément désignés au bulletin d'adhésion, bénéficient de la formule que vous avez choisie et donc du même niveau de garanties que vous.

Article 4. Quelles sont les conditions et formalités d'adhésion à la garantie ?

- **Pièces à fournir à l'adhésion**

Vous remplissez un bulletin d'adhésion prévu à cet effet, sur lequel vous mentionnez la formule de garanties choisie. **Aucune formalité médicale n'est exigée, quelle que soit l'option retenue.** Joignez à ce bulletin les pièces demandées :

Dans tous les cas :

- > Le bulletin d'adhésion dûment complété et signé (nous vous conseillons d'en garder une copie),
- > La fiche Recueil des besoins et Devoir de conseil complétée et signée
- > Un RIB et le mandat de prélèvement SEPA complété pour le prélèvement des cotisations et le remboursement des prestations,
- > La photocopie de votre attestation Vitale de Sécurité sociale (fournie par votre régime obligatoire), ainsi que celles de vos Ayants-droit à rattacher à votre adhésion.

Le cas échéant :

- > **Le concubin** : certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur mentionnant une résidence principale commune.
- > **Le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)** : copie du PACS
- > **Les enfants** : copie du livret de famille et si votre enfant est concerné par l'un des cas suivants :
 - Pour les enfants de 21 à 28 ans poursuivant des études et affiliés à un régime de Sécurité sociale français : carte d'étudiant en vigueur pour l'année scolaire ou certificat de scolarité.
 - Pour les enfants en apprentissage âgés de moins de 21 ans vivant sous le même toit que le participant : copie du contrat d'apprentissage.
 - Pour les enfants exerçant une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC âgés de moins de 21 ans vivant sous le même toit que le participant : copie du contrat de travail
 - Pour les enfants sans limitation d'âge s'ils bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés : carte d'invalidité.

> Pour les autres personnes à charge effective et permanente du membre participant (au sens de la Sécurité sociale) : Copie de votre avis d'imposition.

▪ **Adhésion à Mutuelle Mieux-Etre**

En adhérant à Esprit Santé TNS, vous devenez Membre participant de Mutuelle Mieux-Etre, conformément à l'article L.221-2 III du Code de la mutualité. A ce titre, un exemplaire des statuts de Mutuelle Mieux-Etre vous est remis lors de votre adhésion. En votre qualité de Membre participant, vous êtes représenté à l'Assemblée générale de Mutuelle Mieux-Etre, conformément à l'article L. 114-6 du Code de la mutualité et selon les dispositions statutaires de Mutuelle Mieux-Etre.

Article 5. Quand prend effet votre adhésion et quelle est sa durée ?

Votre adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion pour une période expirant le 31 décembre de la même année sous réserve du paiement des cotisations.

L'adhésion se renouvelle ensuite annuellement au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf en cas de cessation de la garantie dans les conditions prévues aux articles 9 et 10 de la présente Notice d'information.

Article 6. Comment changer de formule de garanties ?

Après un (1) an de couverture, vous avez la possibilité de solliciter un changement d'option parmi les formules de prestations en vigueur au moment de sa demande et sous réserve d'en faire la demande par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception deux (2) mois avant la prise d'effet.

Le changement de formule de garanties est formalisé par la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion qui met fin à celui précédemment signé et, l'édition d'un nouveau certificat d'adhésion. Vous et vos Ayants-droit affiliés bénéficiez obligatoirement du même niveau de garanties.

Article 7. Quels documents vous sont remis et comment se matérialise votre adhésion ?

L'acceptation de votre adhésion par Mutuelle Mieux-Etre est matérialisée par l'envoi d'un Certificat d'adhésion et d'une carte de tiers payant mentionnant notamment l'identité des personnes assurées et la date d'effet de l'adhésion. Un exemplaire des statuts de Mutuelle Mieux-Etre et de l'APSME, ainsi que la présente Notice d'information vous sont remis lors de votre adhésion.

Article 8. Comment exercer votre droit de renonciation en cas de vente à distance ?

En cas d'adhésion à distance, vous disposez d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion et ce, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Ce délai commence à courir soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L. 121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à la prise d'effet de votre adhésion.

Vous êtes informés que votre garantie ne peut recevoir commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans votre accord. Le droit de renonciation ne s'applique pas lorsque la garantie a été exécutée intégralement, avant que vous n'exerciez votre droit de renonciation.

Pour renoncer à votre adhésion, il vous suffit d'adresser une lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante :

Mutuelle Mieux-Etre - Service relation adhérents

171 avenue Ledru-Rollin

75544 Paris cedex 11

Modèle de courrier de renonciation :

« Je soussigné(e) M. /Mme (nom, prénom, n° d'adhérent) demeurant au..... (adresse) déclare, conformément l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, renoncer à mon adhésion.

Fait à le (Date et signature) ».

Mutuelle Mieux-Etre rembourse les sommes versées dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la notification.

En cas d'exercice de votre faculté de renonciation, la garantie cesse à la date d'envoi de la notification.

CHAPITRE 3 – FIN DE VOTRE ADHESION A Esprit'Santé TNS

Article 9. Dans quels cas la garantie peut-elle prendre fin?

La garantie cesse à zéro heure :

- > Le jour de la résiliation du contrat,
- > Au 31 décembre qui suit la perte de la qualité de membre de l'APSME, à condition d'en informer Mutuelle Mieux-Etre deux (2) mois avant cette date,
- > A la date indiquée au sein de l'avis de réception émis par Mutuelle Mieux-Etre,
- > En cas de non-paiement des cotisations,
- > Le jour de la prise d'effet de la dénonciation de votre adhésion,
- > Le jour où vous n'êtes plus en mesure de fournir à Mutuelle Mieux-Etre toute pièce justificative permettant d'attester de la régularité de votre situation vis-à-vis du régime obligatoire de Sécurité sociale.

Pour les Ayants-droit, la garantie cesse à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions posées à l'article 3 de la présente Notice d'information et, en tout état de cause, à la même date que vous.

La cessation de la garantie entraîne tant pour vous que pour vos Ayants-droit, la suppression du droit aux prestations pour toutes demandes consécutives à une maladie ou à un accident dont la date des actes, soins, prescriptions est postérieure à la date d'effet de la cessation de la garantie.

Mutuelle Mieux-Etre reste engagée pour les dépenses de santé dont la date des actes, soins, prescriptions est antérieure à la date d'effet de la cessation de la garantie et ce jusqu'à leur liquidation complète, sous réserve que les pièces justificatives de ces dépenses soient adressées dans les vingt-quatre mois suivant cette même date.

▪ La réticence ou fausse déclaration intentionnelle

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part de nature à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'opinion pour Mutuelle Mieux-Etre, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque, entraîne de plein droit la nullité de l'adhésion. Par conséquent, vous êtes déchu de tout droit aux prestations. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à Mutuelle Mieux-Etre, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. Dans le cas où les faits délictueux sont constatés après le versement des prestations, Mutuelle Mieux-Etre en poursuit le recouvrement.

Article 10. Dans quelles conditions dénoncer votre adhésion ?

Vous pouvez rompre votre adhésion par l'envoi d'une lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, moyennant le respect d'un délai de préavis qui ne peut être inférieur à deux (2) mois avant son échéance annuelle.

Vous pouvez également dénoncer votre adhésion, après expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la prise d'effet de l'adhésion, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prendra effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification.

Cette notification peut être effectuée par courrier électronique à l'adresse suivante : [résiliation-individuelle@mieux-etre.fr](mailto:resiliation-individuelle@mieux-etre.fr)

En cas de modification apportée à vos droits et obligations, vous pouvez, dans un délai d'un (1) mois à compter de l'envoi de l'information concernant cette modification, dénoncer votre adhésion par lettre recommandée. La dénonciation de votre adhésion prendra effet le premier jour du mois civil suivant la réception de la lettre ou à compter de la date d'effet de ladite modification apportée si elle est postérieure.

La dénonciation par Mutuelle Mieux-Etre est prononcée :

- En cas de non-paiement des cotisations ;
- En cas de nullité de l'assurance.

En cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, ou en cas de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie des risques en relation directe avec votre situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans votre situation nouvelle, tant Mutuelle Mieux-Etre que vous-même pouvez dénoncer votre adhésion.

Dans ce cas, la fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. La dénonciation prend effet le dernier jour du mois de la réception de sa notification par lettre recommandée, sous réserve que vous nous adressiez toutes les précisions de nature à établir que la résiliation est en relation directe avec ledit évènement.

A compter de la date d'effet de la dénonciation, vous ainsi que vos Ayants-droit cessez d'être Assurés. Les demandes de prestations consécutives à une maladie ou à un accident dont la date des actes, soins, prescriptions est postérieure à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion, ne sont pas prises en charge par Mutuelle Mieux-Etre.

Article 11. Comment continuer à bénéficier d'une bonne protection ?

Votre garantie est viagère, c'est-à-dire que Mutuelle Mieux-Etre vous proposera une garantie remboursement de frais de santé, sans délai de carence, ni questionnaire médical, aux conditions applicables aux garanties individuelles en vigueur au moment de la demande, afin que vous puissiez bénéficier d'une continuité de couverture remboursement santé, au moins équivalente :

- > Si le contrat conclu entre l'APSME et Mutuelle Mieux-Etre est résilié,
- > Ou si vous n'êtes plus membre de l'APSME,
- > Ou en cas de dénonciation de votre adhésion.

CHAPITRE 4 – VOS REMBOURSEMENTS

Article 12. A quels remboursements avez-vous le droit ?

En remplissant le bulletin d'adhésion, vous choisissez le niveau de vos remboursements.

Le tableau des prestations de la formule choisie vous est remis lors de votre adhésion.

Votre garantie a pour objet de vous rembourser, en tout ou partie, les frais de santé **restant à votre charge après intervention du régime obligatoire de Sécurité sociale**. Les taux de remboursement et les bases de remboursement du régime de Sécurité sociale pris en considération sont ceux applicables à la date des actes, d'exécution des soins et de prescription.

Les dépenses médicales effectuées lors d'un séjour temporaire à l'étranger ne seront prises en charge qu'à la condition de donner lieu à un remboursement effectif du régime obligatoire de la Sécurité sociale française. Les remboursements seront effectués en euros et selon les garanties prévues à la grille. En tout état de cause la prise en charge sera plafonnée à 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française, Sécurité sociale incluse. Pour les garanties du contrat non prises en charge par la Sécurité sociale française, le remboursement de Mutuelle Mieux-Etre ne sera accordé que si les soins et actes ont été effectués sur le territoire français.

Certaines prestations peuvent comporter un plafond garanti.

Plafond garanti : montant maximum de prestations pouvant être perçu par un assuré par année civile et tel que défini au tableau des prestations. Les forfaits indiqués au sein de ce tableau sont fixés par année civile et sont attachés à la personne. En cas de souscriptions multiples au cours d'une même année civile, le calcul du forfait prend en compte les remboursements dont a éventuellement bénéficié l'adhérent au titre de garanties similaires. En tout état de cause, la Mutuelle continue de prendre en charge le ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire (hors cure thermique et homéopathie).

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident **ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.**

Article 13. Comment obtenir vos remboursements ?

Le versement de vos prestations vous est adressé directement, sur la base des décomptes que nous transmet votre régime obligatoire de Sécurité sociale au titre de la télétransmission.

Si votre régime obligatoire ne peut pas nous transmettre directement votre décompte, vous devez nous envoyer les originaux de vos décomptes et le cas échéant, les pièces originales justificatives correspondantes.

PRESTATIONS	PIÈCES A FOURNIR	
	Dans le cas d'une avance intégrale des frais AVEC TÉLÉTRANSMISSION	Dans le cas d'une avance intégrale des frais SANS TÉLÉTRANSMISSION
FRAIS MÉDICAUX COURANTS		
> Consultations et visites	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
> Auxiliaires médicaux / Sages-femmes / Psychologues (dispositif Mon Psy)		
> Laboratoire / Imagerie		
> Actes de spécialité/ chirurgie	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée avec le cachet d'identification du praticien
> Médecines douces	Facture acquittée comportant le cachet d'identification du praticien	
PHARMACIE		
> Pharmacie	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
OPTIQUE		
> Monture	Facture acquittée	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée
> Verres	Prescription + Facture acquittée indiquant la référence du verre acheté	Prescription + décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée
> Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (S.s)	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
> Lentilles non remboursées par la S.s	Prescription médicale en cours de validité dans la limite de 24 mois + facture acquittée	
> Traitement chirurgical de correction visuelle	Facture acquittée et détaillée	
DENTAIRE		
> Soins dentaires	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
> Orthodontie acceptée par la S.s	Facture acquittée et détaillée	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée
> Inlays/Onlays		
> Prothèse dentaire remboursée par la S.s		
> Orthodontie non remboursée par la S.s		
> Prothèse dentaire non remboursée par la S.s		
> Implantologie parodontologie non remboursée		
PROTHÈSES ET APPAREILLAGE		
> Prothèses auditives (dont accessoires et entretiens) + autres	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
> Orthopédie		
FRAIS HOSPITALIERS - MATERNITÉ		
> Actes dans le cadre d'une hospitalisation	Facture acquittée + avis des sommes à payer et, le cas échéant bordereau de facturation	
> Frais liés au séjour		
> Chambre particulière/ Frais d'accompagnement		
CURES THERMALES		
> Cures thermales	Factures acquittées et détaillées	Décompte de la Sécurité sociale + factures acquittées et détaillées
PRÉVENTION		
> Actes remboursés par la Sécurité sociale	facture acquittée et détaillée	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée
> Actes non remboursés par la Sécurité sociale	Prescription + facture acquittée et détaillée	
> Sevrage tabagique	Prescription + facture détaillée acquittée + décompte Sécurité Sociale si pris en charge	
	Dans le cas d'un paiement partiel des frais AVEC TÉLÉTRANSMISSION	Dans le cas d'un paiement partiel des frais SANS TÉLÉTRANSMISSION
Frais médicaux courants, pharmacie, optique, dentaire, prothèses et appareillage, frais hospitaliers, maternité, cures thermales, prévention	Fournir documents indiqués ci-dessus + facture acquittée et détaillée dans tous les cas	Fournir documents indiqués ci-dessus + facture acquittée et détaillée dans tous les cas

Article 14. Pluralité d'assurances

Les prestations de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque montant de prestation garantie et des frais réellement engagés quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat (le Membre participant et les Ayants droit) peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

Article 15. Des garanties responsables

Votre couverture Frais de santé est régie par le Code de la mutualité, et de manière générale par la loi française. Votre contrat est rédigé en langue française. Votre couverture est responsable au sens des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Vos garanties et vos niveaux de remboursement suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

Sont pris en charge au titre du contrat responsable conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale :

- > L'intégralité du ticket modérateur défini à l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité sociale,
- > Lorsque cette garantie est prévue dans le tableau des prestations, les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée au sens de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (OPTAM, OPTAM-CO), ce, dans le respect des limites réglementaires,
- > L'intégralité des frais exposés par l'adhérent pour les dispositifs médicaux d'optique et d'aides auditives appartenant à une classe à prise en charge renforcée : ces équipements sont intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, sous réserve du respect des prix limites de vente (étant précisé que les prix limites de vente des verres varient selon la correction, tandis que ceux des aides auditives diffèrent entre les assurés de moins de 21 ans et les assurés ayant au moins cet âge). Les équipements appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée sont remboursés dans la limite des plafonds réglementaires,
- > L'intégralité des frais exposés par l'adhérent pour les soins dentaires prothétiques appartenant à une classe à prise en charge renforcée : ces équipements sont intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, sous réserve du respect des honoraires limites de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale. Les équipements appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée sont remboursés conformément à ce qui est prévu dans la grille de garanties, sans que ce remboursement ne puisse excéder les honoraires limites de facturation pour les actes pour lesquels l'entente directe est limitée.
- > Le forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers sans limite de durée. Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux n'est pas pris en charge.

Conformément à la réglementation applicable aux contrats responsables, ces garanties peuvent bénéficier du mécanisme du tiers payant, sous réserve de l'acceptation du professionnel de santé.

Précisions relatives aux garanties optique, aide auditive et dentaire :

Dans le tableau des prestations joint à la présente Notice d'information, les montants de remboursement des garanties optique, aide auditive et dentaire sont limités de la façon suivante :

> Garantie optique :

Conformément aux dispositions du contrat responsable, la prise en charge est limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux ans, sauf pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, auxquels cas, un équipement peut être remboursé tous les ans. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. **La date retenue pour le calcul du renouvellement de l'équipement optique est la date de dernière facturation du dispositif concerné ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.** Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

> Garantie dentaire :

Selon la formule de garanties choisie, un montant maximum de remboursement par année (hors prothèses 100% santé) et par bénéficiaire peut être prévu sur l'ensemble des postes dentaires (hors soins).

Dans ce cadre, lorsque le maximum de remboursement est atteint, Mutuelle Mieux-Etre continue de prendre en charge, conformément aux exigences prévues par l'article L. 911-7 du Code de la sécurité sociale (« panier de soins ») :

- Au moins 125% BR (Sécurité sociale incluse) sur les soins prothétiques et d'orthodontie remboursés par la Sécurité sociale,
- Le ticket modérateur sur les autres garanties dentaires remboursées par la Sécurité sociale.

> **Garantie aide auditive :**

Conformément aux dispositions du contrat responsable, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. **La date retenue pour le calcul du renouvellement de l'équipement est la date de dernière facturation du dispositif concerné ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.** Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Article 16. Ce que ne couvre pas votre garantie

En qualité de contrat responsable, sont exclus :

- La participation forfaitaire de 1 euro mentionnée au II de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale sur les consultations et les actes de biologie ;
- Les franchises médicales mentionnées au III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale (0,50 euros sur les médicaments et sur les actes effectués par un auxiliaire médical, 2 euros par transport) ;
- La majoration de participation des assurés aux tarifs servant de base au calcul des prestations de la Sécurité sociale prévue aux articles L.162-5-3 et L.1111-5 du code de la santé publique (majoration du ticket modérateur applicable aux actes effectués en dehors du parcours de soins coordonné ou en l'absence de désignation d'un médecin traitant ou si l'assuré refuse d'autoriser l'accès ou la modification de son dossier médical personnel par le professionnel de santé),
- 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 du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (si l'assuré consulte certains spécialistes en dehors du parcours de soins).

Sont exclus de la garantie :

- Sauf dispositions contraires prévues à la garantie, les actes ou prescriptions ne figurant pas aux nomenclatures des actes et prescriptions de la Sécurité sociale,
- Sauf dispositions contraires prévues à la garantie, les actes ou prescriptions figurant aux nomenclatures des actes et prescriptions de la Sécurité sociale mais ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par celle-ci,
- Sauf dispositions contraires prévues à la garantie, les frais de séjour et les honoraires afférents à des hospitalisations médicales et chirurgicales dans des hôpitaux et cliniques non conventionnés au-delà du ticket modérateur,
- Sauf dispositions contraires prévues à la garantie, les frais de séjour et honoraires afférents à des hospitalisations au titre de la maternité,
- Tous les frais afférents à des hospitalisations en unité de soins de longue durée au-delà du ticket modérateur,
- Tous les frais afférents à des séjours en établissement psychiatrique, de convalescence, de repos et de rééducation, au-delà du ticket modérateur et hormis le forfait journalier hospitalier,
- Tous les frais afférents à des séjours en établissements médico-pédagogiques et médico-sociaux, au-delà du ticket modérateur,
- Sauf dispositions contraires prévues à la garantie, toute prise en charge de chambre particulière liée à une hospitalisation médicale ou chirurgicale,
- Toute prise en charge de chambre particulière non liée à une hospitalisation médicale ou chirurgicale,
- Sauf dispositions contraires prévues à la garantie, les frais engagés pour des cures en stations thermales prises en charge par la sécurité sociale,
- Les frais engagés pour des cures en stations thermales non prises en charge par la Sécurité sociale.

CHAPITRE 5 – LES SERVICES AUXQUELS VOUS AVEZ DROIT

Parce que les exigences en santé ne sont pas les mêmes d'une personne à l'autre, Mutuelle Mieux-Etre vous apporte une écoute attentive et vous accompagne au quotidien.

Article 17. Le Tiers Payant

Le Tiers Payant offre la possibilité de ne pas effectuer d'avance de frais de santé chez de nombreux professionnels (pharmaciens, radiologues, laboratoires d'analyses, cliniques, hôpitaux, opticiens...).

Pour en bénéficier, il vous suffit de présenter au professionnel de santé la carte Vitale et la carte de Tiers Payant. Si le Tiers Payant est effectué uniquement sur la part Sécurité sociale, il est nécessaire pour être remboursé d'adresser au centre de gestion le décompte Sécurité sociale accompagné du reçu ou de la facture dite subrogatoire.

Les cartes de Tiers Payant sont annuelles. Elles vous sont adressées automatiquement.

En cas de perte ou de vol de votre carte de Tiers Payant, la demande de renouvellement devra être confirmée par écrit (courrier, fax, e-mail), afin d'éviter toute poursuite de la part des professionnels de santé si lesdites cartes étaient utilisées frauduleusement. Les nouvelles cartes seront adressées sous 15 jours.

Article 18. L'accès au réseau de soins Itelis

Notre partenaire Itelis a signé des accords avec plus de 6 000 professionnels de santé de France métropolitaine qui s'engagent à :

- > Proposer une offre adaptée à votre besoin médical, à des tarifs négociés,
- > Respecter des normes de qualité et de service clients.

En vous rendant chez ces professionnels de santé, vous bénéficiez des engagements suivants :

- > Des tarifs négociés,
- > Un devis clairement défini et chiffré,
- > Des services complémentaires.

> Chez les opticiens partenaires

- > Des tarifs négociés sur les verres, les montures, les lentilles et le para-optique (lunettes de soleil, produits lentilles, ...)
- > Une proposition comportant au minimum une offre de base avec un reste à charge minimal voire nul si possible et une offre personnalisée,
- > La réparation et l'ajustement des équipements optiques,
- > Une garantie casse gratuite sans franchise de 2 ans pour la monture et les verres et de 6 mois pour les lentilles traditionnelles,
- > Une garantie adaptation gratuite sans franchise de 2 mois pour les verres et 3 mois pour les lentilles traditionnelles,
- > Une garantie déchirure gratuite sans franchise de 3 mois pour les lentilles traditionnelles,
- > Un examen de la vue annuel gratuit,
- > Des actions d'information et de prévention dans le domaine de la santé visuelle,
- > Le maintien des offres promotionnelles en cours dans le magasin en sus des avantages Itelis.

> Chez les chirurgiens-dentistes/implantologues partenaires

- > Des tarifs négociés sur les prothèses les plus fréquentes (couronnes, bridge) et sur le traitement implantaire,
- > Le remplacement de l'implant en cas de rejet,
- > Une qualité d'accueil, d'écoute et de conseil, notamment en matière de prévention bucco-dentaire,
- > Le respect des règles d'hygiène et de sécurité.

> Chez les audioprothésistes partenaires

- > Des tarifs négociés sur les prothèses auditives avec aucun reste à charge sur les piles (sur la base d'une consommation normale),
- > Un essai gratuit d'un mois minimum,
- > Une garantie panne gratuite sans franchise de 4 ans,
- > Le contrôle annuel de l'audition sans obligation d'achat,
- > Le prêt gracieux d'une aide auditive en cas de casse, d'inadaptation ou d'utilisation impossible de l'équipement.

> Au près des centres de chirurgie réfractive partenaires

- > Des tarifs négociés sur les techniques les plus utilisées,
- > Des critères de qualité :
 - Environnement à haut degré de propreté et protocoles de type opératoire selon les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé),
 - Grande expérience du chirurgien ophtalmologiste (au moins 5 ans dans le domaine de la chirurgie réfractive et réalise au moins cent procédures par an),

- Examen pré et post opératoire.

Comment bénéficier de ce réseau de professionnel de santé ?

- > Localisez le partenaire le plus proche
 - Via l'application mobile Ma Mutuelle Mieux Etre
 - Par Internet depuis l'espace personnel
 - Par téléphone en appelant votre centre de gestion
- > Présentez au partenaire votre carte de tiers payant sur laquelle figure la mention Itelis
- > Demandez à bénéficier des avantages du réseau Itelis

Article 19. L'accès aux services de soins et d'accompagnement mutualistes

Premier réseau sanitaire et social de France, les services de soins et d'accompagnement mutualistes apportent des réponses adaptées aux besoins de santé de la population : consultations médicales, hospitalisation, équipements optiques et auditifs, soins dentaires, analyses médicales. Différents services d'aide aux familles, personnes âgées et en situation de handicap sont également proposés aux adhérents des mutuelles. Les services de soins mutualistes **respectent les tarifs fixés par la Sécurité sociale** (secteur 1) et garantissent aux adhérents un reste à charge le plus minime possible.

Article 20. Prévention

Nos actions de prévention ont pour objectif de vous aider à mieux gérer votre santé. A ce titre, vous bénéficiez :

- > **D'une information santé ciblée** et régulière que vous retrouverez dans nos newsletters et notre lettre des adhérents ou encore sur notre site.
- > **Des chats experts** pour échanger en direct avec des professionnels de santé et obtenir des réponses à vos questions.
- > **D'actions près de chez vous sur différentes thématiques** pour vous sensibiliser aux différents risques liés à votre santé (exemples : journée de dépistage auditif en agence, atelier Ma Maison Ma Santé, etc.).

Article 21. Fonds social

Géré par une commission ad hoc, il permet d'**allouer une aide financière aux adhérents rencontrant des difficultés passagères**. Pour toute demande, contactez Mutuelle Mieux-Etre.

Article 22. Catalogue Vacances

Vous avez accès aux offres de notre partenaire, **BTP Vacances**, opérateur touristique agréé qui sert plus de 100 000 vacanciers chaque année.

BTP Vacances c'est :

- > Des destinations en France et à l'étranger
- > Un large choix de circuits, de villages clubs et de résidences locatives
- > La gratuité pour les moins de 2 ans, 50% de réduction pour les 2 – 5 ans
- > Des vacances de qualité à des prix très attractifs

BTP Vacances propose également différentes formules d'accueil en fonction des attentes et des possibilités de chacun et un large choix de destinations. Pour plus d'informations, **rendez-vous sur www.mieux-etre.fr**

CHAPITRE 6 – VOS OBLIGATIONS

Article 23. Quelles sont vos obligations ?

Vous vous engagez à :

- > **Informez Mutuelle Mieux-Etre de toutes demandes de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers** ; la Mutuelle étant subrogée de plein droit à l'Assuré, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées ;
- > **Régler votre cotisation**. En cas de défaut de paiement, les dispositions légales en matière de suspension et résiliation de la garantie s'appliquent (article L. 221-8 du code de la mutualité) ;
- > **Informez la Mutuelle lorsque vous bénéficiez d'une garantie de même nature** que celle assurée par le présent contrat, souscrite de façon individuelle ou dans un cadre collectif ;
- > **Restituer votre carte de tiers payant**, en cas de dénonciation de votre adhésion. Toute utilisation abusive de la carte expose son auteur à une action en recouvrement, et le cas échéant à une procédure judiciaire.

- > Transmettre à Mutuelle Mieux-Etre votre adresse électronique, ainsi que tout changement de cette même adresse de messagerie, permettant ainsi la transmission de tout document remis dans le cadre de la relation contractuelle, notamment les documents d'informations, les modifications du montant des cotisations, ainsi que les modifications de prestations.

Article 24. Subrogation

Mutuelle Mieux-Etre est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. La subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que Mutuelle Mieux-Etre a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare 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 les prestations versées n'indemnisent 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.

CHAPITRE 7 – VOS COTISATIONS

Article 25. Quel est le montant de votre cotisation ?

Votre cotisation pour l'année en cours est mentionnée au sein de votre bulletin d'adhésion.

Elle dépend de la formule de garanties choisie, de votre lieu de résidence et de votre âge. L'âge est déterminé par la différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année d'assurance concernée.

Elle est payable d'avance par prélèvement automatique (mandat SEPA) avant le 10 du mois couvert sur un compte bancaire ou postal selon un fractionnement mensuel. Si vous souhaitez honorer vos cotisations par chèque, vous devrez en faire la demande à votre gestionnaire. Ce service sera facturé 2,50 euros par échéance réglée par chèque.

Lors de chaque renouvellement annuel, Mutuelle Mieux-Etre peut réévaluer le montant des cotisations notamment **en fonction des résultats techniques de la gamme Esprit'Santé TNS et de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.**

En cas de modification des dispositions législatives ou réglementaires (exemple : des niveaux de remboursement du régime de Sécurité sociale), **Mutuelle Mieux-Etre peut être amenée à procéder à une réactualisation du montant des cotisations.**

Article 26. Que se passe-t-il en cas de non-paiement de votre cotisation ?

Si vous ne réglez pas votre cotisation ou fraction de cotisation le 10 de chaque mois, nous pouvons adresser à votre dernier domicile connu, sous pli recommandé, une lettre de mise en demeure qui prévoit, si vous ne nous avez pas réglé entre-temps :

- **la suspension de votre garantie trente (30) jours après** l'envoi de cette lettre ; la suspension vous fait perdre ainsi qu'aux autres bénéficiaires, même si la cotisation a été acquittée ultérieurement, le droit aux prestations pour les soins reçus et les frais engagés pendant cette période, ainsi que pour les hospitalisations ayant débuté pendant cette période ;

- **la résiliation de votre adhésion dix (10) jours après** l'expiration de ce délai de 30 jours.

L'envoi de cette lettre de mise en demeure est indépendant de notre droit de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice. Si vous payez la cotisation due avant que votre adhésion ne soit résiliée, votre garantie reprend effet le lendemain à midi du jour du paiement.

CHAPITRE 8 – DIVERS

Article 27. Révision en cas de modification législative ou réglementaire

En cas de modification des bases de remboursement ou des taux de remboursement de la Sécurité sociale entraînant une augmentation du montant du ticket modérateur ainsi qu'en cas de changement de nomenclature des actes et des produits médicaux, Mutuelle Mieux-Etre peut décider de la modification des conditions d'ouverture du droit à prestation et du montant de celles-ci ainsi que de l'adaptation du montant ou du taux de cotisation.

Article 28. La Mutuelle peut-elle procéder à un contrôle médical au cours de l'adhésion ?

Au cours de votre adhésion, en cas de litige sur un remboursement, Mutuelle Mieux-Etre peut procéder à tout contrôle sur pièces permettant de vérifier l'exactitude des renseignements que vous nous faites parvenir.

Les décisions prises à l'issue de ces contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre motivée, en recommandé avec demande d'avis de réception. Mutuelle Mieux-Etre peut également avoir recours à une expertise médicale effectuée par un médecin ou un spécialiste de son choix, à tout moment et pour tout membre participant ou ayant-droit. Les conclusions de l'expertise médicale vous sont notifiées par lettre recommandée avec avis de réception ; elles peuvent conduire Mutuelle Mieux-Etre à cesser, à refuser, ou à réduire le versement des prestations. Ces conclusions s'imposent à vous sans que vous puissiez vous prévaloir du règlement desdites prestations par la Sécurité sociale. Si vous souhaitez contester la décision du médecin ou spécialiste expert désigné par Mutuelle Mieux-Etre, vous avez la possibilité de faire appel au médecin ou spécialiste de votre choix. En cas de divergence entre notre médecin ou spécialiste et celui choisi par le membre participant, ces deux médecins ou spécialistes en désigneront un troisième. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ou spécialiste. Les honoraires du troisième médecin ou spécialiste sont partagés par parts égales. Si un désaccord subsiste, le tribunal compétent saisi par la partie la plus diligente, pourra désigner un nouvel expert.

Article 29. Prescription

La prescription consiste en l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi.

Toutes les actions dérivant de Esprit Santé TNS sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions de l'article L. 221-11 du code de la Mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- > En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où Mutuelle Mieux-Etre en a eu connaissance ;
- > En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Pour les garanties en cas de décès (exemple : allocations obsèques), la prescription est portée à dix (10) ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant. Pour les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, la prescription est portée à dix (10) ans lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription peut être interrompue par :

- > Une demande en justice, même en référé,
- > La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- > Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution,
- > Un acte d'exécution forcée,
- > La désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque,
- > L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant le défaut de paiement de la cotisation ou de règlement de la prestation.

Article 30. Informatique et libertés

Toutes les données relatives aux Assurés constituent des informations à caractère personnel et, à ce titre, leur collecte, traitement et sécurité sont réglementés par les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 et le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016.

Les données à caractère personnel qui sont collectées auprès des Assurés sont destinées à Mutuelle Mieux-Etre en tant que responsable du traitement. Elles sont traitées au sein de l'Union Européenne.

La collecte de ces données est nécessaire à la gestion des garanties souscrites ainsi qu'à l'accomplissement par Mutuelle Mieux-Etre de son devoir de conseil. Elles pourront, le cas échéant, être communiquées au(x) délégué(s) de gestion, au réassureur, à l'assisteur, à nos réseaux de soins partenaires, et à la société de groupe assurantiel de protection sociale BTP (SGAPS BTP) dont est membre la mutuelle.

Elles pourront également être transmises aux autorités compétentes en matière fiscale, sociale, contrats en déshérence, fraude et lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, conformément à la réglementation en vigueur.

De plus, sous réserve du consentement exprès des Assurés, les données personnelles pourront être utilisées par la SARL Mieux-Etre ou Mutuelle Mieux-Etre pour leur proposer des offres d'assurance adaptées à leurs besoins.

Les données de santé des Assurés, ne sont utilisées uniquement à des fins de gestion de leurs remboursements, à l'exclusion de tout autre traitement.

Conformément à la réglementation applicable précitée, les personnes concernées peuvent s'opposer à toute prospection et exploitation commerciales de leurs données à caractère personnel en sollicitant le délégué à la protection des données à l'adresse ci-dessous.

Par ailleurs, les personnes concernées disposent également de droits aux informations les concernant, détenues par Mutuelle Mieux-Etre ou ses partenaires commerciaux et institutionnels. Les droits sont les suivants:

- D'accès : permettant à l'Assuré d'obtenir confirmation que des données à caractère personnel le concernant sont ou ne sont pas traitées par la Mutuelle en tant que responsable de traitement ;
- À la rectification : permettant à l'Assuré d'obtenir de la Mutuelle la rectification des données à caractère personnel le concernant ;
- À l'oubli : permettant à l'Assuré d'obtenir de la Mutuelle l'effacement de données à caractère personnel le concernant ;
- À la limitation du traitement : permettant à l'Assuré, dans certaines circonstances, d'obtenir de la Mutuelle la limitation du traitement de ses données à caractère personnel ;
- À la portabilité de ses données à caractère personnel : permettant à l'Assuré de demander à la mutuelle de récupérer ses données à caractère personnel avec la possibilité, si elle le souhaite, que celles-ci soient transmises directement à un autre responsable de traitement ;
- D'opposition : permettant à l'Assuré de s'opposer à tout moment, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel ;

Pour réaliser l'un ou plusieurs de ces droits, il convient d'adresser un mél à l'adresse susvisée, l'adresse dpo@mieux-etre.fr ou en écrivant à l'adresse suivante : A l'attention du Délégué à la protection des données - Mutuelle Mieux-Etre - 171 avenue Ledru-Rollin - 75544 Paris cedex 11, qui se chargera de transmettre le cas échéant.

Ces droits s'éteignent au décès de leur titulaire, sauf exceptions prévues à l'article 40-1 et suivants de la loi du 6 janvier 1978.

Les données collectées sont conservées sous une forme permettant l'identification des personnes physiques pendant une durée qui n'excède pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles ces données sont collectées et traitées, sauf disposition contraires du droit de l'Union européenne ou du droit français.

Conformément à la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation le Membre participant a la possibilité de s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dite « Bloctel ». L'inscription doit être faite par le Membre participant lui-même, en se rendant sur le site www.bloctel.gouv.fr. Le cas échéant, il ne pourra plus faire l'objet de prospection commerciale par démarchage téléphonique.

Article 31. Vos réclamations

Vous avez la possibilité de formuler une réclamation, en écrivant à : Mutuelle Mieux-Etre - service réclamation - 171 avenue Ledru-Rollin 75544 Paris Cedex 11, ou par courriel à reclamations@mieux-etre.fr, ou en téléphonant à l'agence Mutuelle Mieux-Etre la plus proche de votre lieu de résidence dont la liste est disponible sur le site www.mieux-etre.fr.

Dans l'hypothèse où à l'issue de cette procédure une difficulté ou un désaccord persiste, et lorsque toutes les voies de recours internes ont été épuisées, vous avez la possibilité de saisir le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF, qui exerce sa mission en toute indépendance, par courrier au 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15, ou directement sur le site <https://www.mediateur-mutualite.fr/>.

Article 32. Contrôle

Mutuelle Mieux-Etre est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

Faire mieux pour vous !

Depuis près de **90 ans**, Mutuelle Mieux Être place la santé au cœur de son métier. Forts de notre expertise et de la qualité de nos offres, nous partageons notre savoir-faire au quotidien avec plus de **4000 entreprises adhérentes**.

Si notre mission principale est de couvrir les dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale, nos actions visent aussi la promotion du bien-être pour vous offrir au-delà des garanties...

le « **mieux-être** ».

APSME
Association de prévoyance sociale Mieux-être

STATUTS

Modifiés par : l'Assemblée Générale Extraordinaire du 21 décembre 2000
l'Assemblée Générale Extraordinaire du 10 janvier 2006
l'Assemblée Générale Extraordinaire du 15 février 2007
l'Assemblée Générale Extraordinaire du 20 décembre 2012
l'Assemblée Générale Extraordinaire du 2 juin 2016

Article 1 : CONSTITUTION ET DENOMINATION

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts, une Association dénommée :

ASSOCIATION DE PREVOYANCE SOCIALE MIEUX-ETRE

Cette Association à but non lucratif est régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et par l'article L141-7 du Code des Assurances, ainsi que par les présents statuts.

Article 2 : OBJET DE L'ASSOCIATION

L'APSME a pour objet :

- d'assurer la défense des intérêts moraux et matériels de ses adhérents, et de les assister, en cas de besoin, financièrement ou sous une autre forme,
- d'étudier toutes les questions relatives à leurs régimes facultatifs de retraite et de prévoyance aussi bien que les questions concernant la couverture des risques divers de leur vie personnelle,
- de leur donner, à ce sujet, des informations et des conseils,
- de proposer et d'organiser, sur l'ensemble du territoire français, la protection sociale complémentaire des travailleurs ou anciens travailleurs non salariés non agricoles et de leurs ayants-droit, en négociant et en souscrivant à leur profit des contrats d'assurance de groupe au sens de l'article L.141-1 du Code des assurances et notamment ceux visés à l'article L.144-1 du même Code.

L'Association n'est pas rémunérée pour cette activité de négociation et de souscription, et n'a pas d'activité de présentation des garanties d'assurance souscrites.

L'Association n'a pas pour but de partager des bénéfices entre ses membres.

Article 3 : SIEGE

Le siège de l'association est fixé à PARIS, 11^{ème} arrondissement, 171 avenue Ledru-Rollin.

Il peut être déplacé sur décision du Conseil d'Administration.

Article 4 : DUREE

La durée de l'Association est illimitée.

Les exercices sociaux commencent le 1er janvier et finissent le 31 décembre de chaque année.

Article 5 : COMPOSITION

L'association se compose de membres « actifs », de membres « personnes morales », de membres « désignés » et de membres « d'honneur ».

Les membres « actifs » sont des personnes physiques, adhérentes aux contrats d'assurance souscrits par l'Association, et qui exercent une activité non salariée, non agricole ou qui ont exercé une telle activité et bénéficient à ce titre d'une pension de vieillesse.

Les membres « personnes morales » sont des organismes de protection sociale et des groupements professionnels représentatifs des professions indépendantes.

Les membres « désignés » sont des personnes physiques appelés à être candidats à la fonction de membre du conseil d'administration. Ces membres sont désignés par les membres « personnes morales ».

Les membres « actifs » et « désignés » disposent chacun d'un droit de vote à l'Assemblée générale et peuvent proposer une résolution à cette Assemblée dans les conditions prévues au Titre 2.

Les membres d'honneur sont désignés par l'assemblée générale pour les services qu'ils ont rendus ou rendent à l'association. Ils sont dispensés du paiement de la cotisation annuelle et ont le droit de participer à l'assemblée générale avec voix délibérative

Article 6 : DEMISSION - RADIATION

La qualité de membre actif de l'Association se perd si l'adhérent cesse de payer les primes ou les cotisations qu'il doit au titre de son adhésion au(x) contrat(s) d'assurance de groupe souscrits par l'Association, une fois que son exclusion de ce(s) contrat(s) groupe est effective, dans le respect des dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances ou de l'article L221-8 du Code de la Mutualité.

La qualité de membre « actif » se perd en cas de dénonciation de son adhésion au(x) contrat(s) d'assurance de groupe souscrit(s) par l'Association.

La qualité de membre « désigné » se perd par démission de l'Association ou par le retrait de la désignation par la personne morale, ou la démission de ladite personne morale.

La qualité de membre « personne morale » se perd par démission de l'Association.

La qualité de membre d'honneur se perd par la démission ou le décès.

Article 7 : CIRCONSCRIPTION

L'activité de l'Association s'étend sur tout le territoire français.

Article 8 : RESPONSABILITE

Le patrimoine de l'Association répond seul des engagements contractés par elle, sans qu'aucun des membres de l'Association, même s'il participe à son administration, puisse, sauf faute détachable de ses fonctions, être tenu personnellement responsable envers les tiers.

TITRE 2 ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT

Article 9 : CONSEIL D'ADMINISTRATION

1/ Composition

L'Association est administrée par un Conseil d'Administration de cinq (5) membres au minimum et de neuf (9) membres au maximum, élus par l'Assemblée Générale.

La durée du mandat des Administrateurs est de trois (3) ans.

Le Conseil d'administration est composé, pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenu au cours des deux (2) années précédant leur désignation aucun intérêt, ni aucun mandat dans l'organisme (les organismes) d'assurance signataire(s) du(des) contrat(s) d'assurance de groupe souscrit(s) par l'Association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ce(s) même(s) organisme(s).

En cas de vacances d'un Administrateur en cours de mandat, il est pourvu à son remplacement par les soins du Conseil dont la décision est soumise à la ratification de la plus proche Assemblée Générale.

Les fonctions de remplaçant expirent à la même date que celle de l'Administrateur qu'il remplace.

Les membres sortants sont rééligibles.

2/ Bureau du Conseil

Le Conseil d'administration choisit parmi ses membres un Président, un Vice-président, un Secrétaire et un Trésorier. Ils composent le Bureau. Le Conseil d'administration peut décider d'ajouter d'autres fonctions au sein du Bureau.

Le Bureau est désigné pour la durée du mandat des administrateurs.

En cas de vacance du Bureau, le Conseil pourvoit sans délai à son remplacement.

3/ Rôle des membres du Bureau

- Le Président

Le Président convoque les Assemblées générales et les réunions du Conseil d'administration.

Il représente l'Association dans tous les actes de la vie civile et est investi de tous pouvoirs à cet effet. Il peut déléguer certaines de ses attributions.

En cas d'empêchement, autre que temporaire, il est procédé à son remplacement immédiat.

- Le Vice-président

Il remplace le Président en cas d'absence, de maladie ou d'empêchement de ce dernier. Lorsqu'il est appelé à remplacer le Président, il dispose de l'ensemble de ses pouvoirs.

- Le Secrétaire

Le Secrétaire est chargé de tout ce qui concerne la correspondance et les archives.

Il rédige les procès-verbaux des délibérations.

Il tient le registre spécial, prévu par la loi, et assure l'exécution des formalités prescrites.

- Le Trésorier

Le Trésorier établit ou fait établir, sous sa responsabilité, les comptes de l'Association. Il est chargé de l'appel des cotisations. Il procède, sous le contrôle du Président, au paiement et à la réception de toutes les sommes. Il établit un rapport sur la situation financière de l'Association et le présente à l'Assemblée générale annuelle.

4/ Réunion du Conseil

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président au moins deux fois par an. La convocation est obligatoire quand elle est demandée par la moitié au moins des Administrateurs.

Le Conseil d'Administration peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Les décisions sont prises à la majorité relative des Administrateurs présents ou représentés. En cas de partage égal des voix, celle du Président de séance est prépondérante.

Un membre du Conseil ne peut se faire représenter que par un autre membre du Conseil.

Les fonctions de membre du Conseil d'administration sont gratuites sans préjudice des remboursements de frais exposés pour l'exercice des fonctions.

5/ Pouvoir du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour les opérations se rattachant à l'objet de l'Association.

Il peut désigner un ou plusieurs conseillers techniques, chargé de lui donner tous avis et documentation technique relatifs à la réalisation de l'objet de l'Association.

Le Conseil d'administration est habilité, notamment, sans que cette énumération soit limitative, à effectuer les opérations suivantes :

- Gérer les fonds de l'Association et arrêter les comptes annuels de l'Association,
 - convoquer les Assemblées Générales et fixer leur ordre du jour,
 - rédiger le rapport annuel d'activité de l'Association,
 - rédiger un rapport annuel sur le fonctionnement du ou des contrat(s) d'assurance de groupe souscrit(s) par l'Association,
 - rédiger et modifier le règlement intérieur,
 - proposer la modification des statuts,
 - révoquer un membre pour faute grave,
 - transférer le siège social de l'Association.
- décider la création de sections dans la mesure où il l'estime nécessaire. Chaque section correspond à un groupe particulier de travailleurs non salariés non agricoles. Les sections rendront un avis sur les évolutions qui concernent les garanties relatives au groupe de personnes qu'elles représentent. Cet avis sera présenté au Conseil d'administration.

Article 10 : ASSEMBLEE GENERALE

1/ Composition de l'assemblée générale

L'Assemblée générale de l'Association est composée de tous les membres de l'Association, ci-après désignés « les Membres ».

2/ Réunion de l'assemblée générale

Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée générale, les Membres résidant en métropole ont la faculté de donner mandat à un autre Membre ou à leur conjoint s'ils sont membres adhérents. Les Membres résidant dans les départements ou territoires d'Outre-mer ont la faculté de voter par correspondance.

Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou Membres.

Un même Membre peut disposer, au maximum, de 5 % des droits de vote.

L'Assemblée générale est convoquée par le Président du Conseil d'administration, une fois par an.

L'Assemblée générale ne peut valablement délibérer que si mille Membres ou un trentième des Membres au moins sont présents ou représentés.

Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée. Elle peut se tenir sans délai et délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses Membres présents ou représentés.

Le mandat peut être donné pour deux assemblées tenues le même jour ou dans un délai de quinze (15) jours.

Le Conseil d'administration est tenu de présenter au vote de l'Assemblée les projets de résolutions qui lui ont été communiqués soixante (60) jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée par le dixième des Membres au moins, ou par cent Membres si le dixième est supérieur à cent.

La convocation à l'Assemblée précède de trente (30) jours au moins la date fixée pour la réunion de l'Assemblée, elle est faite par lettre simple.

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'administration ainsi que ceux communiqués, le cas échéant, par les Membres dans les conditions prévues ci-dessus.

A dater de la convocation, chaque Membre peut prendre connaissance, au siège de l'Association, de tous les documents comptables relatifs à l'exercice écoulé.

L'Assemblée est tenue au siège de l'Association ou en tout autre lieu du territoire métropolitain sur décision du Conseil d'administration.

Le Bureau de l'Assemblée est celui du Conseil d'administration.

L'Assemblée est présidée par le Président du Conseil d'administration ou à défaut par le Vice-président ou à défaut par un autre membre du Bureau.

L'Assemblée délibère sur toutes les questions portées à l'ordre du jour.

Les délibérations de l'Assemblée générale sont adoptées à la majorité simple des Membres présents ou représentés.

Le Conseil d'administration précise en tant que de besoin les modalités d'organisation du vote.

Une feuille de présence des réunions sera établie et conservée au siège de l'Association.

3/ Attributions de l'Assemblée générale

Elle entend notamment le rapport annuel du Conseil d'administration.

Elle pourvoit au renouvellement des membres du Conseil d'administration tous les trois ans, et ratifie les cooptations d'administrateurs décidées par le Conseil d'administration durant l'année.

Elle confère au Conseil d'administration ou à certains membres du Bureau toutes autorisations pour accomplir les opérations entrant dans l'objet de l'Association et pour lesquelles les pouvoirs statutaires seraient insuffisants.

L'Assemblée générale a seule qualité pour autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association.

Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit.

Le Conseil d'administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants il en fait rapport à la plus proche Assemblée.

4/ Assemblée Générale Extraordinaire

L'Assemblée Générale Extraordinaire est convoquée sur la proposition :

- soit du Conseil d'Administration,
- soit sur la demande d'au moins un dixième des membres.

Elle est régie par les mêmes règles que celles prévues dans le présent article pour l'Assemblée Générale Ordinaire, sous réserves des dispositions prévues dans l'alinéa qui suit.

Les décisions de l'Assemblée Générale Extraordinaire sont prises à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés.

TITRE 3 MODIFICATION DES STATUTS ET DISSOLUTION

Article 11 : MODIFICATION DES STATUTS

Les statuts ne peuvent être modifiés que par une Assemblée Générale Extraordinaire selon conditions définies dans l'article 10

Article 12 : DISSOLUTION

Le Président du Conseil d'administration convoque une Assemblée générale extraordinaire lorsque la dissolution de l'Association est en cause.

En cas de dissolution, l'Assemblée Générale Extraordinaire désigne un ou plusieurs Commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association. En aucun cas, les membres de l'Association ne peuvent se voir attribuer une part quelconque des biens.

En cas de dissolution ou de liquidation de l'Association, le(s) contrat(s) se poursuit (poursuivent) de plein droit entre l'entreprise (les entreprises) d'assurance et les personnes antérieurement adhérentes au(x) contrat(s) de groupe.

TITRE 4 RESSOURCES ET DEPENSES -COMPTABILITE

Article 13 : RESSOURCES

Les ressources de l'Association se composent :

- des droits d'entrée et des cotisations versés par les membres, déterminés conformément aux décisions du Conseil d'Administration ;
- de toutes autres ressources ou subventions qui ne seraient pas contraires aux lois en vigueur.

Article 14 : DEPENSES

Les dépenses de l'Association comprennent :

- les frais généraux comportant tous les frais entraînés par le fonctionnement de l'Association ;
- les sommes versées en application de l'objet de l'Association, en particulier dans le domaine de l'action sociale.

TITRE V DISPOSITIONS DIVERSES

Article 15 : REGLEMENT INTERIEUR

Le Conseil d'administration arrête le texte d'un règlement intérieur, qui précise en tant que de besoin les règles d'application des présents statuts.

Ce règlement est soumis à l'Assemblée générale ordinaire, ainsi que ses modifications éventuelles.

Article 16 : FORMALITES

Le Président, au nom du Conseil d'Administration est chargé de remplir toutes les formalités de déclaration et de publication prescrites par la législation en vigueur. Tous pouvoirs sont donnés au porteur des présentes à l'effet d'effectuer ces formalités.

Article 17 : DROITS ET OBLIGATIONS DES MEMBRES DE L'ASSOCIATION

Chaque membre de l'Association doit respecter les présents statuts, ainsi que le règlement intérieur.

ARTICLE 18 : CONTESTATIONS

Les présents statuts sont soumis à la loi française. Les Membres de l'Association s'engagent à se réunir à l'occasion de tout différend qui pourrait survenir entre eux, afin de tout mettre en œuvre pour le régler à l'amiable. A défaut de résolution amiable, la contestation sera jugée conformément à la loi et soumise à la juridiction des tribunaux compétents.

ARTICLE 19 : PROCÈS-VERBAUX

Les procès-verbaux des Assemblées sont transcrits par le Secrétaire. Ils sont signés du Président et d'un membre du Bureau présent à la délibération.

Les procès-verbaux des délibérations du Conseil d'administration sont transcrits par le Secrétaire. Ils sont rédigés sur des feuilles numérotées, et placés les uns à la suite des autres dans un classeur.

Le Président, à défaut le Secrétaire, peut délivrer toutes copies certifiées conformes de tous procès verbaux qui font foi vis-à-vis des tiers.

Les procès-verbaux sont disponibles au siège de l'Association.

**ASSOCIATION POUR LA PROTECTION SOCIALE
DE TRAVAILLEURS NON SALARIES**

**REGLEMENT INTERIEUR
Modifié par l'Assemblée générale du 2 juin 2016**

Article 1 : Membres désignés et composition du conseil d'administration

Pour l'application de l'article 5 des statuts - Composition de l'Association et de l'article 9 / 1 – Composition du Conseil de d'administration des statuts, les organismes de protection sociale ou les groupements professionnels représentatifs des professions indépendantes dont les représentants désignés sont en droit membres du Conseil d'administration et des Assemblées générales sont :

- L'ASSOCIATION DE MOYENS DU GROUPE AUDIENS, sise 74 rue Jean Bleuzen - 92170 Vanves.
- La CONFÉDÉRATION DE L'ARTISANAT ET DES PETITES ENTREPRISES DU BÂTIMENT (CAPEB), sise 2 rue Béranger - 75140 Paris Cedex 03.
- La FÉDÉRATION FRANÇAISE DU BÂTIMENT (FFB), sise 33 avenue Kleber - 75016 Paris.
- La CARPILIG P, membre de l'ASSOCIATION DE MOYENS DU GROUPE LOURMEL, sise 108 rue de Lourmel - 75015 Paris.
- L'UNION NATIONALE DES ECONOMISTES DE LA CONSTRUCTION (UNTEC), sise 8 rue Percier - 75008 Paris.
- AVENIR MUTUELLE, sise 173 rue de Bercy - 75012 Paris.
- MUTUELLE MIEUX-ETRE, sise 171 avenue Ledru-Rollin - 75011 PARIS

Il est convenu que 7 sièges du conseil d'administration sont occupés par les représentants de chacune de ces 7 organisations ou entités.

Article 2 : Admission de nouveaux membres au sein du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration a seul pouvoir pour décider d'admettre en son sein le représentant d'un nouveau groupement représentatif des professions indépendantes ou d'un nouvel organisme de protections sociale et ce, dans la limite totale de 9 membres, conformément à l'article 9 / 1 des statuts.

Statuts

Modifiés par l'Assemblée Générale
du 17 juin 2021

TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE	5
Chapitre 1 - Formation et objet de la mutuelle.....	5
Article 1 - Dénomination de la mutuelle.....	5
Article 2 - Objet de la mutuelle.....	5
Article 3 - Siège social	6
Article 4 - Règlements mutualistes	6
Article 5 - Respect de l'objet de la mutuelle.....	6
Article 6 - Règlement intérieur	6
Chapitre 2 - Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion.....	6
Section 1 - Conditions d'adhésion	6
Article 7 - Catégories de membres	6
Article 8 - Adhésions	7
Article 9 - Intermédiation	7
Section 2 - Démission, radiation, exclusion	7
Article 10 - Démission ou terme de l'affiliation	7
Article 11 - Radiation	7
Article 12 - Exclusion.....	7
Article 13 - Conséquence de la démission, de la radiation et de l'exclusion.....	8
TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE	8
Chapitre 1 - Assemblée Générale	8
Section 1 – Composition	8
Article 14 - Sections de vote	8
Article 15 - Composition de l'Assemblée générale.....	8
Article 16 - Election des délégués.....	8
Article 17 - Vacance en cours de mandat d'un délégué de section.....	9
Article 18 - Nombre de délégués	9
Article 19 - Empêchement	9
Section 2 - Réunion de l'Assemblée générale	9
Article 20 - Convocation.....	9
Article 21 - Modalités de convocation	9
Article 22 - Modalités de vote de l'Assemblée générale et conditions de quorum	9
Article 23 - Force exécutoire des décisions de l'Assemblée générale	9
Section 3 - Compétences de l'Assemblée générale	10
Article 24 - Compétences.....	10
Chapitre 2 - Conseil d'administration	10
Section 1 - Composition et élection des membres du Conseil d'administration	10
Article 25 - Composition	10
Article 26 - Conditions d'éligibilité - Limite d'âge	11
Article 27 - Candidatures	11
Article 28 - Modalités d'élection et durée du mandat.....	11
Article 29 - Renouvellement du Conseil d'administration.....	11
Article 30 - Vacance	11

Section 2 - Réunions du Conseil d'administration	12
Article 31 - Réunions.....	12
Article 32 - Représentants des salariés.....	12
Section 3 - Pouvoirs du Conseil d'administration	12
Article 33 - Pouvoirs du Conseil d'administration	12
Article 34 - Délégation de pouvoirs par le Conseil d'administration.....	13
Section 4 - Statut de l'administrateur et du mandataire mutualiste	13
Article 35 - Remboursement des frais	13
Article 36 - Convention d'indemnisation Employeur.....	13
Article 37 - Le mandataire mutualiste	13
Article 38 - Indemnités versées aux administrateurs	13
Article 39 - Interdiction liée à la fonction d'administrateur	13
Article 40 - Obligations des administrateurs et du dirigeant opérationnel.....	13
Article 41 - Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du Conseil d'administration	14
Article 42 - Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information.....	14
Article 43 - Responsabilité	14
Chapitre 3 - Président et bureau	14
Section 1 - Election et attributions du président.....	14
Article 44 - Election et révocation	14
Article 45 - Vacance	14
Article 46 - Pouvoirs propres du Président.....	14
Section 2 - Election et attributions des membres du bureau	15
Article 47 - Election.....	15
Article 48 - Attributions du Bureau.....	15
Article 49 - Les vice-présidents	15
Article 50 - Le secrétaire	15
Article 51 - Le trésorier	15
Chapitre 4 - Dirigeants effectifs.....	15
Article 52 - Nomination des dirigeants effectifs	15
Article 53 - Vacance des dirigeants effectifs.....	16
Article 54 - Attributions des dirigeants effectifs.....	16
Chapitre 5 - Section professionnelle et interprofessionnelle	16
Article 55 - Constitution des sections	16
Article 56 - Commission de gestion	16
Article 57 - Règlement intérieur de section.....	16
Chapitre 6 - Organisation financière	16
Section 1 - Produits et charges.....	16
Article 58 - Produits	16
Article 59 - Charges.....	16
Article 60 - Vérification préalable.....	17
Section 2 - Règles de sécurité financière	17
Article 61 - Marge de solvabilité.....	17
Article 62 - Système Fédéral de Garantie	17
Section 3 - Commissaire aux comptes	17
Article 63 - Commissaire aux comptes.....	17

Section 4 - Fonds d'établissement.....	17
Article 64 - Montant du fonds d'établissement.....	17
Section 5 - Fonds de développement	17
Article 65 - Objet du fonds.....	17
Section 6 - Fonds social	18
Article 66 - Objet du fonds.....	18
Chapitre 7 - Affiliation à la SGAPS BTP.....	18
Article 67 - Affiliation et pouvoirs conférés à la SGAPS BTP.....	18
TITRE III - INFORMATION DES ADHERENTS	18
Article 68 - Etendue de l'information	18
TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES.....	18
Article 69 - Dissolution volontaire et liquidation.....	18
Article 70 - Subrogation	19
Article 71 - Informatique et liberté.....	19
Article 72 - Loi applicable.....	19
Article 73 - Médiation	19
Article 74 - Interprétation.....	20

TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE LA MUTUELLE

Chapitre 1 - Formation et objet de la mutuelle

Article 1 - Dénomination de la mutuelle

La mutuelle est régie par le Code de la mutualité et notamment son livre II, et par toutes dispositions législatives ou réglementaires prises pour l'exécution des textes précités ou les modifiant, et par les présents statuts.

La dénomination sociale est : « MUTUELLE MIEUX-ETRE »

Personne morale de droit privé à but non lucratif, la Mutuelle est immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 659 907.

Article 2 - Objet de la mutuelle

La mutuelle a pour objet social de pratiquer en assurance directe :

- Toutes opérations couvrant les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, telles que définies au a du 1° de l'article L.111-1.I du Code de la mutualité ;
- Toutes opérations comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le versement d'un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, ou faisant appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés, telles que définies au b du 1° de l'article L.111-1.I du Code de la mutualité,

Et ce, conformément à l'article R.211-2-1, dans le cadre des branches suivantes :

- 1 – Accidents
- 2 – Maladie
- 20 – Vie Décès
- 21 - Nuptialité Natalité

- d'assurer la prévention des risques de dommages corporels, mettre en œuvre une action sociale ;
- d'assurer le développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et l'amélioration de leurs conditions de vie dans les conditions prévues par l'article L.111-1.III du Code de la mutualité ;
- de pratiquer toutes opérations de réassurance et notamment d'accepter en réassurance les risques des opérations qu'il lui sont présentés par tout organisme régi par le Code de la mutualité, par le code de la sécurité sociale, par le code rural ou par le code des assurances. Elle est habilitée à céder en réassurance tout ou partie des opérations qu'elle assure et à rétrocéder tout ou partie des opérations qu'elle réassure ;
- de se substituer intégralement à des mutuelles ou des unions régies par le livre II du Code de la mutualité pour la délivrance des engagements des opérations entrant dans son objet social ;
- et d'une manière générale d'effectuer toutes opérations de quelque nature qu'elles soient se rattachant directement ou indirectement à l'objet social et susceptibles d'en faciliter le développement ou la réalisation.

A cet effet, la mutuelle peut notamment :

- participer à la création de mutuelle en application de l'article L.111-3 du Code de la mutualité,
- contracter tout accord entrant dans le champ de l'article L.221-3 du Code de la mutualité,
- adhérer et participer à tout groupement mutualiste et notamment les unions relevant de l'article L.111-4-1 du code de la mutualité, ainsi que s'affilier à une société de groupe d'assurance mutuelle relevant de l'article L.322-1-3 du code des assurances ou à une société de groupe assurantiel de protection sociale au sens de l'article L931-2-2 du Code de la Sécurité sociale.
- confier la gestion de ses opérations à des organismes créés à cette fin,
- prendre en charge la gestion technique et administrative d'organismes régis par le Code de la mutualité, par le code de la sécurité sociale, par le code rural ou par le code des assurances,
- détenir des participations ou contrôler des entreprises dont l'activité est de nature à faciliter la réalisation de son objet social ou en constitue la prolongation,
- favoriser par son entremise l'accès de ses adhérents et de leurs ayants droit aux réalisations et aux services, des divers organismes partenaires du mouvement mutualiste,
- et d'une manière générale souscrire tout accord, convention ou contrat ayant pour objet de garantir, au profit des membres des groupements adhérents, les opérations mentionnées à l'article L.111-1 du Code de la mutualité,
- présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance en application de l'article L.116-1 du Code de la mutualité,
- déléguer, de manière totale ou partielle, la gestion d'un contrat collectif en application de l'article L.116-3 du code de la mutualité.

Article 3 - Siège social

Le siège social est fixé à Paris dans le 11^{ème} arrondissement, au 171 avenue Ledru-Rollin.

Il peut être transféré en tout autre endroit du même département ou d'un département limitrophe par une simple décision du Conseil d'administration, sous réserve de ratification de cette décision par la prochaine Assemblée générale, et partout en France en vertu d'une délibération de l'Assemblée générale prise dans les conditions de l'article 22.II des présents statuts. Lors d'un transfert décidé par le conseil, celui-ci est autorisé à modifier les statuts en conséquence.

Article 4 - Règlements mutualistes

Les règlements mutualistes adoptés et modifiés par le Conseil d'administration définissent le contenu et la durée des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations (article L.114-1 du Code de la mutualité).

Les personnes bénéficiaires des prestations de la mutuelle sont les personnes physiques ayant adhéré individuellement à un (aux) règlement(s) mutualiste(s), ainsi que les personnes physiques membres ou salariés de personnes morales ayant souscrit à un (aux) règlement(s) mutualiste(s) ou à un contrat collectif à adhésion individuelle ou à caractère obligatoire.

Article 5 - Respect de l'objet de la mutuelle

Les organes dirigeants de la mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers à l'objet de la mutuelle.

Article 6 - Règlement intérieur

Le Conseil d'administration peut établir un règlement intérieur déterminant les conditions d'application des statuts. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et aux règlements mutualistes.

Chapitre 2 - Conditions d'adhésion, de démission, de radiation et d'exclusion

Section 1 - Conditions d'adhésion

Article 7 - Catégories de membres

La mutuelle se compose de membres participants et honoraires.

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

Peuvent adhérer comme membres honoraires les personnes morales souscriptrices d'un contrat collectif.

Les membres sont répartis dans les collèges suivants :

Collège A : les salariés et retraités issus des professions du Bâtiment et des Travaux Publics, et des activités annexes et connexes ;

Collège B : les salariés et retraités issus des professions industrielles, commerciales ou agricoles affiliés à un régime général d'assurance maladie ou au régime agricole ainsi que les agents de l'Etat ; les commerçants artisans, membres des professions libérales affiliés au régime obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non salariés ou au régime obligatoire des exploitants agricoles, ainsi que les retraités de ces mêmes professions.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle peuvent être, selon la définition retenue au sein du règlement ou du contrat :

- le conjoint du membre participant, sont également assimilés :
 - . la personne ayant conclu avec le membre participant un contrat relevant du régime juridique du pacte civil de solidarité régi par les articles 515-1 à 515-7 et 506-462 du Code civil,
 - . la personne entretenant avec le participant un concubinage notoire et constant, pouvant justifier d'une résidence principale fiscale commune sur le territoire de la République française.
Le nom de l'ayant-droit es-qualité est mentionné sur le bulletin individuel d'adhésion.
- les enfants du membre participant, de son conjoint ou de son concubin au sens de la Sécurité sociale, sont également assimilés :
 - . les enfants jusqu'à leur 21^{ème} anniversaire exerçant une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55 % du SMIC,
 - . les enfants jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire :

- . s'ils poursuivent des études, et sont affiliés à un régime de Sécurité sociale ou à une assurance volontaire de la Sécurité sociale (Caisse des Français de l'étranger) ;
- . s'ils sont sous contrat d'apprentissage ou de professionnalisation aux conditions prévues par le code du travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de leur activité professionnelle ;
- . s'ils sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits au pôle emploi, sans bénéficier d'une indemnisation à ce titre. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi.
- les enfants sans limitation d'âge s'ils bénéficient de l'allocation aux handicapés adultes versée par les Caisses d'Allocation Familiales.
- d'une manière générale, toute autre personne à la charge effective et permanente du membre participant, vivant sous le même toit.

Article 8 - Adhésions

Adhésions Individuelles

Sous réserve d'acceptation par la Mutuelle, acquièrent la qualité de membres participants de la mutuelle les personnes qui font acte d'adhésion constaté par la signature du bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des présents statuts et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste auquel le membre a adhéré.

Adhésions collectives dans le cadre de contrats collectifs

• Opérations collectives facultatives :

Sous réserve d'acceptation par la Mutuelle, la qualité d'adhérent résulte de la signature du bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des dispositions des présents statuts et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste ou par le contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

• Opérations collectives obligatoires :

Sous réserve d'acceptation par la Mutuelle, la qualité d'adhérent résulte de la prise d'effet de l'affiliation au contrat écrit souscrit par l'employeur ou la personne morale souscriptrice auprès de la mutuelle et ce, en application de dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

Article 9 - Intermédiation

La mutuelle peut recourir à des intermédiaires d'assurance et de réassurance. Les dispositions de livre III et du livre V du code des assurances relatives aux intermédiaires sont applicables aux intermédiaires de la mutuelle. Lorsque l'intermédiaire, courtier d'assurances, a été désigné par une personne morale souscriptrice, la mutuelle informe cette dernière du montant et du destinataire de la rémunération versée.

Section 2 - Démission, radiation, exclusion

Article 10 - Démission ou terme de l'affiliation

Dans le cadre des opérations individuelles ou des opérations collectives facultatives, la démission du membre participant est donnée en adressant par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité à la mutuelle au moins deux mois avant la fin de l'année civile.

Dans le cadre des opérations collectives obligatoires, il est mis fin à l'affiliation des membres participants par le souscripteur en adressant par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité à la mutuelle, par dénonciation de la souscription à un règlement ou par résiliation du contrat collectif, au moins deux mois avant la fin de l'année civile.

Article 11 - Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission en ce qui concerne le recrutement ou dont les garanties ont pris fin dans les conditions mentionnées aux articles L.221-7, L.221-8 et L.221-17 du Code de la mutualité.

Sont également radiés, selon les conditions mentionnées aux règlements mutualistes ou aux contrats, les membres qui n'ont pas payé leur cotisation.

Article 12 - Exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ces motifs est convoqué devant la Direction Générale pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

Après son audition ou s'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion pourra être prononcée par le Conseil d'administration après exposé des motifs par la Direction Générale. La décision d'exclusion est notifiée à l'intéressé par lettre recommandée avec avis de réception et prend effet à compter de la date de la notification.

Toute exclusion entraîne une impossibilité d'adhésion à la Mutuelle d'une durée de vingt-quatre (24) mois à compter de la date de prise d'effet de l'exclusion sauf accord préalable du Conseil d'administration.

Article 13 - Conséquence de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion entraînent la perte de la qualité de membre participant ou honoraire et du droit de participer aux instances de la mutuelle.

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées et entraînent de plein droit la cessation de toutes les prestations de la mutuelle des règlements auxquels le membre participant avait adhéré ou du contrat collectif auquel il était affilié, sous réserve des dispositions prévues aux règlements mutualistes.

Aucune prestation ne peut être servie après la date de prise d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou de l'exclusion, à l'exception des prestations non réglées correspondant à des événements intervenus pendant la période de vigueur de l'opération d'assurance concernée.

TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

Chapitre 1 - Assemblée Générale

Section 1 – Composition

Article 14 - Sections de vote

Tous les membres de la mutuelle peuvent être groupés, sur décision du Conseil d'administration, en sections de vote, réparties selon les modalités suivantes :

- géographiques,
- par branches professionnelles, par professions, par entreprises ou par mandats électifs mentionnés dans le code général des collectivités territoriales,
- par opérations collectives ou individuelles telles que définies à l'article L. 221-2,
- par type d'activités exercées pour les mutuelles de livre III,
- en fonction de la qualité des membres, participants ou honoraires.

Article 15 - Composition de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale est composée des délégués des sections de vote.

Dans le cas où la mutuelle réalise des opérations collectives visées à l'article L.221-2 du Code de la mutualité, peuvent être désignés des délégués représentant les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs en tant que membres honoraires et des délégués représentant leurs salariés membres participants.

Article 16 - Election des délégués

Les membres participants et honoraires de chaque section élisent parmi eux le (ou les) délégué(s) à l'assemblée générale de la mutuelle.

Les membres participants mineurs de plus de 16 ans ayant adhéré sans l'intervention de leur représentant légal sont admis au vote. La limite d'âge des candidats à un poste de délégué est fixée à 75 ans.

Ne sont pas éligibles à la fonction de délégué, les membres participants salariés ou dirigeants de la Mutuelle, leurs conjoints, les ascendants, les collatéraux ou descendants, et ce pendant un délai de cinq ans après le départ dudit salarié ou dirigeant.

Tout délégué atteignant 75 ans en cours de mandat achève son mandat. Les délégués sont élus pour quatre ans.

Les élections des délégués ont lieu à bulletins secrets au scrutin uninominal majoritaire à un tour.

Il est procédé à l'élection des délégués par correspondance et/ou par internet. Toutefois au sein d'une section constituée d'une entreprise, le vote direct est admis.

La perte de la qualité de membre de la mutuelle entraîne celle de délégué.

Article 17 - Vacance en cours de mandat d'un délégué de section

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

Article 18 - Nombre de délégués

Chaque section élit 1 délégué pour 3 000 ou fraction de 3 000 membres participants avec un maximum de quatre délégués par section.

Chaque délégué dispose d'une voix à l'Assemblée générale.

Article 19 - Empêchement

Le délégué empêché d'assister à l'Assemblée générale peut voter par procuration selon les dispositions de l'article R.114-2 du Code de la mutualité.

Un représentant ne peut recueillir plus de 5 procurations.

Section 2 - Réunion de l'Assemblée générale

Article 20 - Convocation

L'Assemblée générale se réunit une fois par an sur convocation du président du Conseil d'administration.

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

Article 21 - Modalités de convocation

L'Assemblée générale doit être convoquée dans les conditions prévues par les dispositions réglementaires en vigueur.

L'ordre du jour des assemblées générales est fixé par l'auteur de la convocation.

Toutefois, les délégués peuvent, dans des conditions déterminées par décret, requérir l'inscription à l'ordre du jour de projet de résolutions.

L'Assemblée générale ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour. Nonobstant, elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend, en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Article 22 - Modalités de vote de l'Assemblée générale et conditions de quorum

I - Délibérations de l'Assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées : Lorsque l'Assemblée générale se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article L.114-11 du Code de la mutualité, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une mutuelle ou d'une union, l'affiliation à une société de groupe d'assurance mutuelle ou société de groupe assurantiel de protection sociale ou le retrait d'une société de groupe d'assurance mutuelle ou société de groupe assurantiel de protection sociale, elle ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés est au moins égal à la moitié du total des délégués.

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

Les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

II - Délibérations de l'Assemblée générale nécessitant un quorum et une majorité simples pour être adoptées : Lorsque l'Assemblée générale se prononce sur des questions autres que celles visées au paragraphe I ci-dessus, elle ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents ou représentés au moins égal au quart du total des délégués.

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

Les décisions sont prises à la majorité simple des suffrages exprimés.

Article 23 - Force exécutoire des décisions de l'Assemblée générale

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

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents dans les conditions prévues aux règlements mutualistes.

Section 3 - Compétences de l'Assemblée générale

Article 24 - Compétences

L'Assemblée générale procède à l'élection des membres du Conseil d'administration et, le cas échéant, à leur révocation. L'Assemblée générale est appelée à se prononcer sur :

1. les modifications des statuts,
2. les activités exercées,
3. l'existence et le montant des droits d'adhésion,
4. le montant du fonds d'établissement,
5. Les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au paragraphe 2 de l'article L.221-2 du code de la mutualité et les opérations collectives mentionnées au paragraphe 3 de l'article L.221-2 du même code,
6. l'adhésion à une union ou fédération, l'affiliation à une société de groupe d'assurance mutuelle, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union, d'une fédération ou d'une société de groupe d'assurance mutuelle, la fusion avec une autre mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la mutuelle, ainsi que la création d'une autre mutuelle,
7. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cessions en réassurance,
8. l'émission de titres participatifs, de titres subordonnés de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44, L.114-45 et L.221-19 du Code de la mutualité,
9. le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
10. le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
11. les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe,
12. le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la mutualité,
13. le rapport du Conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les mutuelles ou unions régies par les livres II et III du Code de la mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du même code,
14. le rapport du Conseil d'administration relatif aux opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la mutualité,
15. le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-4 du Code de la mutualité,
16. toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée générale décide :

1. la nomination des commissaires aux comptes,
2. la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires,
3. les délégations de pouvoir prévues à l'article 25 des présents statuts,
4. les apports faits aux mutuelles et aux unions créés en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité.

L'Assemblée générale définit :

1. les principes que doivent respecter les délégations de gestion prises en application de l'article L.116-3 du code de la mutualité.

Chapitre 2 - Conseil d'administration

Section 1 - Composition et élection des membres du Conseil d'administration

Article 25 - Composition

La mutuelle est administrée par un Conseil d'administration composé de 12 à 20 membres élus parmi les membres participants et honoraires. Le Conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants.

Le collègue A représente au minimum plus de la moitié des administrateurs.

Le conseil ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212.7 du Code de la mutualité.

Le conseil d'administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des

hommes ; le taux de 40 % d'administrateurs de chaque sexe mentionné à l'article L.114-16-1 du Code de la mutualité constituant un objectif à atteindre ou à dépasser.

Article 26 - Conditions d'éligibilité - Limite d'âge

Pour être éligibles au Conseil d'administration, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans révolus,
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la mutuelle au cours des trois années précédant l'élection,
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du Code de la mutualité,
- ne pas appartenir simultanément, au moment de l'élection, à plus de quatre conseils d'administration de mutuelle, union ou fédération.

Le nombre des membres du Conseil d'administration ayant dépassé la limite d'âge fixée à 70 ans ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'administration. La limite d'âge pour être administrateur est fixée à 80 ans. Tout administrateur ayant dépassé cette limite d'âge est démissionnaire d'office.

Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'administrateur le plus âgé.

Article 27 - Candidatures

Les déclarations des candidatures aux fonctions d'administrateurs doivent être adressées au siège de la mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception 20 jours francs avant la date de l'assemblée générale. Ces déclarations doivent être accompagnées, pour être recevables :

- D'un acte de candidature signé,
- D'un résumé de carrière professionnelle,
- De la liste des mandats électifs détenus dans d'autres structures mutualistes,
- D'un engagement à suivre une ou des formations proposées par la mutuelle en lien avec l'exercice du mandat.

Les administrateurs sortants rééligibles ne sont pas tenus aux dispositions visées au paragraphe précédent du présent article.

Article 28 - Modalités d'élection et durée du mandat

Les membres du Conseil d'administration sont élus à bulletins secrets par l'Assemblée générale pour six ans au scrutin de liste.

Leur fonction expire à l'issue de l'assemblée générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat.

Les membres du conseil d'administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la mutuelle,
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 26,
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L. 114-23 du Code de la mutualité relatif au cumul des mandats, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article,
- lorsqu'ils sont révoqués par décision d'Assemblée générale,
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du code de la mutualité,
- par suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de contrôle.

Article 29 - Renouvellement du Conseil d'administration

Les membres sortants sont rééligibles dans les conditions des dispositions de l'article 26.

Lors de la constitution initiale du Conseil d'administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Article 30 - Vacance

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause d'un administrateur, il est pourvu provisoirement par le conseil à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'Assemblée générale ; si la nomination faite par le Conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée générale la plus proche, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum légal de 10 administrateurs du fait

d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée générale est convoquée par le président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs.

Section 2 - Réunions du Conseil d'administration

Article 31 - Réunions

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du président et au moins quatre fois par an.

Le président du Conseil d'administration établit l'ordre du jour et le joint à la convocation qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'administration 15 jours au moins avant la date de réunion sauf en cas d'urgence.

L'absence, non justifiée, d'un administrateur à trois réunions consécutives entraîne la révocation de l'administrateur concerné. Le Conseil d'administration ne délibère que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. La voix du président est prépondérante en cas de partage égal des voix.

Les administrateurs ainsi que toute personne appelée à assister aux réunions du Conseil d'administration sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles par le président ou les dirigeants.

Sauf lorsque le conseil d'administration est réuni pour procéder aux opérations mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 114-17, le Président peut proposer aux administrateurs de participer aux réunions par des moyens de visioconférence ou de télécommunication permettant leur identification et garantissant leur participation effective.

Article 32 - Représentants des salariés

Deux représentants des salariés de la mutuelle assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil d'administration. Ils sont élus dans les conditions de l'article L.114-16-2 III du Code de la Mutualité.

Section 3 - Pouvoirs du Conseil d'administration

Article 33 - Pouvoirs du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour faire ou autoriser tous actes et opérations permis à la mutuelle et qui ne sont pas réservés à l'Assemblée générale ou délégués aux dirigeants effectifs. Il a notamment les pouvoirs ci-dessous dont l'énumération n'est pas limitative.

Il détermine les orientations de la mutuelle et veille à leur application. Il opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportun et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la mutuelle et de ses participations.

Le conseil d'administration adopte et modifie les règlements mutualistes dans le respect des orientations fixées par l'assemblée générale. Il rend compte devant l'assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Il peut déléguer tout ou partie de cette compétence, pour une durée maximale d'un an, au président du conseil d'administration ou au dirigeant.

A la clôture de chaque exercice, le Conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'Assemblée générale et dans lequel il rend compte :

- des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du Code de commerce,
- de la liste des organismes avec lesquels la mutuelle constitue un groupe au sens de l'article L.212-7 du code de la mutualité,
- de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L.114-26 du Code de la mutualité ; un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'Assemblée générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- de la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la mutuelle,
- des transferts entre mutuelles et unions.

Le Conseil d'administration établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, lorsque la mutuelle fait partie d'un groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la mutualité, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée générale.

Il établit également, lorsque la mutuelle relève du livre II, le rapport de solvabilité visé à l'article L.212-3 du Code de la mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, visé à l'article L.212-6 du Code de la mutualité. En application de l'article L.116-4 du Code de la mutualité, il établit, chaque année, un rapport qu'il présente à l'Assemblée générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la mutualité. Les informations contenues dans ce rapport sont déterminées par décret.

Le Conseil d'administration définit les cas dans lesquels les dirigeants effectifs sont absents ou empêchés de manière à garantir la continuité de la direction effective de la mutuelle dans les conditions de l'article R.211-15

du code de la mutualité. Le Conseil d'administration, sur proposition du président, nomme le dirigeant opérationnel.

Il approuve les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective et à la direction opérationnelle, conformément à l'article L211-14 du Code de la Mutualité.

Article 34 - Délégation de pouvoirs par le Conseil d'administration

Le conseil délègue aux dirigeants effectifs les pouvoirs qu'il juge utiles conformément à l'article L211-14 du code de la mutualité.

Section 4 - Statut de l'administrateur et du mandataire mutualiste

Article 35 - Remboursement des frais

La mutuelle rembourse les frais de déplacement et de séjour, les frais de garde d'enfant dans les limites fixées par la réglementation en vigueur.

Article 36 - Convention d'indemnisation Employeur

Pour permettre aux administrateurs salariés d'exercer leur fonction pendant le temps de travail, la mutuelle rembourse à l'employeur dans les limites fixées par la réglementation en vigueur, les rémunérations maintenues ainsi que les avantages et charges y afférentes.

Les administrateurs ayant la qualité de travailleur indépendant ont droit à des indemnités correspondant à la perte de la rémunération de leur travail, dans des limites fixées par la réglementation en vigueur.

Une convention fixant les conditions de ce remboursement est établie entre la mutuelle et l'employeur ou la mutuelle et le travailleur indépendant.

Article 37 - Le mandataire mutualiste

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

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

Les fonctions de mandataire mutualiste sont gratuites.

Leurs frais de déplacement, de garde d'enfant et de séjour peuvent être remboursés dans les conditions prévues à l'article 35 des statuts.

Article 38 - Indemnités versées aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. Toutefois, la mutuelle peut verser des indemnités aux administrateurs dans les conditions mentionnées à l'article L.114-26 du Code de la mutualité. Les conditions de cette indemnisation sont définies par décret en Conseil d'Etat.

Ces indemnités ont le caractère de rémunération au sens de l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale.

Article 39 - Interdiction liée à la fonction d'administrateur

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la mutuelle ou de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article 36 des statuts.

Les administrateurs ne peuvent exercer des fonctions donnant lieu à une rémunération de la mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

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

Aucune rémunération liée d'une manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou à un dirigeant salarié.

Il est interdit aux administrateurs ou aux dirigeants salariés de contracter, sous quelque forme que ce soit, des emprunts auprès de la mutuelle ou de se faire consentir par celle-ci un découvert, en compte courant ou autrement, ainsi que de faire cautionner ou avaliser par elle leurs engagements envers les tiers.

Article 40 - Obligations des administrateurs et du dirigeant opérationnel

Les administrateurs et le dirigeant opérationnel veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la Loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et au secret professionnel.

Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre

mutuelle, une union ou une fédération ou toute société commerciale ayant un lien avec la mutuelle. Il en est de même, pour les sociétés et organismes exerçant les mêmes activités que la mutuelle. Ils informent la mutuelle de toute modification à cet égard.

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

Article 41 - Conventions réglementées soumises à autorisation préalable du Conseil d'administration

Sous réserve des dispositions de l'article 42 des présents statuts, toute convention intervenant entre la mutuelle et l'un des administrateurs ou dirigeant opérationnel, ou une personne morale à laquelle elle a délégué tout ou partie de sa gestion est soumise à l'autorisation préalable du Conseil d'administration.

Il en va de même des conventions auxquelles un administrateur ou dirigeant opérationnel est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec la mutuelle par personne interposée ainsi que les conventions intervenant entre la mutuelle ou toute personne morale de droit privé, si l'un des administrateurs ou dirigeant opérationnel de la mutuelle est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, dirigeant opérationnel, membre du directoire, du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de ladite personne morale.

Les dispositions qui précèdent sont également applicables aux conventions intervenant entre un administrateur salarié ou dirigeant opérationnel et toute personne morale appartenant au même groupe que la mutuelle au sens de l'article L.212-7 du Code de la mutualité. Le Conseil d'administration doit prendre sa décision sur les demandes d'autorisations qui lui sont adressées au plus tard lors de la réunion au cours de laquelle il arrête les comptes annuels de l'exercice.

Le non-respect de ces dispositions peut entraîner la nullité des conventions dans les conditions prévues à l'article L.114-35 du Code de la mutualité.

Article 42 - Conventions courantes autorisées soumises à une obligation d'information

Les conventions portant sur les opérations courantes, conclues à des conditions normales, intervenant entre la mutuelle et l'un de ses administrateurs ou dirigeant opérationnel, telles que définies par un décret pris en application de l'article L.114-33 du Code de la mutualité, sont communiquées par le président aux membres du Conseil d'administration et au commissaire aux comptes. Ces éléments sont présentés à l'Assemblée générale dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Article 43 - Responsabilité

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement, selon les cas, envers la mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion.

Chapitre 3 - Président et bureau

Section 1 - Election et attributions du président

Article 44 - Election et révocation

Au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale, le Conseil d'administration élit, pour une durée de trois ans, à bulletin secret, un président choisi parmi ses membres. Il peut être révoqué par celui-ci.

Article 45 - Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président ou de cessation de son mandat à la suite d'une décision d'opposition prise par l'autorité de contrôle en application de l'article L.612-23-1 du Code monétaire et financier, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil d'administration est convoqué immédiatement à cet effet par le vice-président le plus ancien dans la fonction.

Dans l'intervalle, les pouvoirs détenus en propre par le président sont assumés par le vice-président le plus ancien dans la fonction. Les pouvoirs détenus par le président en sa qualité de dirigeant effectif sont assumés par le(s) dirigeant(s) effectif(s).

Article 46 - Pouvoirs propres du Président

Le président du Conseil d'administration a les pouvoirs ci-dessous dont l'énumération n'est pas limitative. Il organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée générale.

Il propose au Conseil d'administration la nomination d'un dirigeant opérationnel qui ne peut être un administrateur. Il convoque le Conseil d'administration et établit l'ordre du jour des réunions.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Il informe le conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier.

Il donne avis aux commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées.

Il engage la mutuelle à l'égard des tiers par ses actes qui ne relèvent pas de l'objet de la mutuelle, à moins qu'elle ne prouve que le tiers savait que l'acte dépassait cet objet ou qu'il ne pouvait l'ignorer compte tenu des circonstances et ce, conformément à l'article L114-8 du Code de la Mutualité.

Il exerce la direction effective de la mutuelle au sens de l'article L. 211-13 du code de la mutualité.

Section 2 - Election et attributions des membres du bureau

Article 47 - Election

Les membres du bureau sont élus pour une durée de trois ans, par le Conseil d'administration en son sein, au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale annuelle. Le vote a lieu à bulletin secret.

Le bureau est composé de la façon suivante :

- le président du Conseil d'administration,
- deux vice-présidents,
- un secrétaire,
- un trésorier.

La limite d'âge des membres du bureau est fixée à 75 ans. Le dépassement de cette limite entraîne la démission du membre concerné. Il est pourvu à son remplacement au cours de la réunion du Conseil d'administration qui procède à l'élection du bureau.

Article 48 - Attributions du Bureau

Le bureau du Conseil d'administration, pour tous les grands thèmes (commercial, produits, alliances, partenariat, finances, opportunités,...) a pour mission de préparer les délibérations du Conseil d'administration, et à ce titre :

- de les identifier et de les hiérarchiser en liaison avec le management opérationnel,
- de les optimiser par un travail de groupe,
- de les traduire en propositions d'orientations stratégiques ou d'actions à conduire,
- de présenter au Conseil d'administration des situations documentées et synthétisées en vue de débats ciblés et préparés. Son animation et ses fréquences de travail sont du ressort du Président.

Article 49 - Les vice-présidents

Les vice-présidents au nombre de deux, secondent le président qu'ils suppléent en cas d'empêchement dans l'exercice de ses pouvoirs propres.

L'exercice de la fonction de président par un des vice-présidents est acquis au plus ancien dans la fonction. En cas d'empêchement de ce dernier, c'est le second vice-président qui assume ces fonctions.

Article 50 - Le secrétaire

Le secrétaire est chargé des opérations de convocation des réunions, de la rédaction des procès verbaux.

Le secrétaire peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier aux dirigeants effectifs ou à des salariés l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 51 - Le trésorier

Le trésorier est consulté sur la démarche d'instruction des dossiers sur les opérations financières significatives de la mutuelle. Il est membre de droit du Comité Financier.

Il peut participer aux travaux du Comité d'Audit et des Risques, sur invitation du Président dudit Comité.

Le trésorier présente à l'Assemblée générale un rapport annuel établi par le Conseil d'administration sur la solvabilité et la gestion de la mutuelle.

Chapitre 4 - Dirigeants effectifs

Article 52 - Nomination des dirigeants effectifs

Le président du conseil d'administration et le dirigeant opérationnel sont dirigeants effectifs de droit de la mutuelle, conformément à l'article R211-15 du Code de la Mutualité.

Le conseil d'administration, peut, sur proposition du président, nommer plusieurs dirigeants effectifs supplémentaires.

Article 53 - Vacance des dirigeants effectifs

La vacance du président est régie par l'article 45 des présents statuts.

En cas de vacance du dirigeant opérationnel, ses fonctions sont assumées par le président en sa qualité de dirigeant effectif et/ ou un autre dirigeant effectif, le cas échéant.

En tant que besoin, le conseil d'administration se réunit et nomme un dirigeant opérationnel par intérim pour une période transitoire ne pouvant dépasser 12 mois.

Article 54 - Attributions des dirigeants effectifs

Les dirigeants effectifs exercent leur mission dans le cadre de la délégation de pouvoirs qui leur est accordée par le conseil d'administration.

Ils ont notamment la faculté de représenter la mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Ils sont compétents pour décider d'agir en justice ou de défendre la mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Chapitre 5 - Section professionnelle et interprofessionnelle

Article 55 - Constitution des sections

Les membres participants appartenant à une même branche professionnelle ou à un même secteur géographique peuvent être regroupés en section professionnelle ou territoriale.

Ces sections sont instituées sur décision du Conseil d'administration.

Article 56 - Commission de gestion

Chaque section est administrée par une commission de gestion spéciale à laquelle le Conseil d'administration de la mutuelle peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs.

Cette commission est composée de 3 membres désignés par le Conseil d'administration de la mutuelle parmi les membres participants et honoraires appartenant à la section et présidée par le Président de la mutuelle ou son délégué.

Article 57 - Règlement intérieur de section

Les cotisations et les prestations spécifiques à chaque section sont définies aux règlements mutualistes mentionnés à l'article 4 des présents statuts adoptés par l'Assemblée générale.

Les règles de fonctionnement propres à chacune des sections, notamment la composition, le mode de fonctionnement de la commission de gestion, sont définies dans le règlement intérieur de section.

Chapitre 6 - Organisation financière

Section 1 - Produits et charges

Article 58 - Produits

Les produits de la mutuelle comprennent :

1. les cotisations des membres participants et des membres honoraires,
2. le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'Assemblée générale et dédié au fonds d'établissement,
3. les produits relevant de l'activité de la mutuelle,
4. les produits relevant de la réassurance,
5. les dons et legs mobiliers et immobiliers,
6. plus généralement, tous autres produits conformes à l'objet social de la mutuelle.

Article 59 - Charges

Les charges comprennent :

1. les prestations servies aux membres participants,
2. les dépenses nécessitées par l'activité de la mutuelle,
3. les versements effectués au titre de la réassurance,
4. les versements faits aux unions et fédérations,
5. la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination,
6. les cotisations versées au fonds de garantie
7. les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L.111-5 du Code de la mutualité,
8. la redevance prévue à l'article L.612-20 du Code monétaire et financier affectée aux ressources de l'ACPR

(Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution),

9. plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités mutualistes de la mutuelle.

Article 60 - Vérification préalable

Les dépenses de la mutuelle sont engagées par le président et payées par le trésorier ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues aux présents statuts.

Le responsable de la mise en paiement s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les décisions des instances délibératives de la mutuelle.

Section 2 - Règles de sécurité financière

Article 61 - Marge de solvabilité

La mutuelle constitue une marge de solvabilité conformément aux articles R.212-10 et suivants du Code de la mutualité.

Article 62 - Système Fédéral de Garantie

La mutuelle adhère, le cas échéant, à un Système Fédéral de Garantie.

Section 3 - Commissaire aux comptes

Article 63 - Commissaire aux comptes

Conformément aux dispositions de l'article L.114-38, l'Assemblée générale nomme un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.822-1 du code de commerce.

Le commissaire aux comptes est convoqué à la réunion du Conseil d'administration qui arrête les comptes et à toute Assemblée générale.

Le commissaire aux comptes certifie les comptes de la mutuelle mais également et en particulier :

- certifie le rapport établi par le Conseil d'administration et présenté à l'Assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur,
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'administration,
- prend connaissance de l'avis donné par le président du Conseil d'administration de toutes les conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-32 du Code de la mutualité,
- établit et présente à l'Assemblée générale un rapport spécial sur les dites conventions réglementées conformément à l'article L.114-34 du Code de la mutualité,
- fournit à la demande de l'ACPR tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel,
- signale sans délai à l'ACPR tous faits et décisions mentionnés à l'article L.612-44 du Code monétaire et financier dont il a eu connaissance,
- porte à la connaissance du Conseil d'administration les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le code de commerce,
- signale dans son rapport annuel à l'Assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission,
- reçoit les éléments écrits relatant les rémunérations et avantages perçus au cours d'un exercice par les administrateurs et le dirigeant opérationnel.

Section 4 - Fonds d'établissement

Article 64 - Montant du fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 381 100 euros.

Ce montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée générale, sur proposition du Conseil d'administration.

Section 5 - Fonds de développement

Article 65 - Objet du fonds

La mutuelle peut créer un fonds de développement. Ce fonds est alimenté par des emprunts contractés en vue de financer un plan d'amélioration de l'exploitation ou un plan de développement à moyen ou long terme.

Section 6 - Fonds social

Article 66 - Objet du fonds

La mutuelle peut créer un fonds social destiné à intervenir auprès des assurés (adhérents et ayants droit) en difficulté, confrontés à des dépenses médicales ou paramédicales.

Ce fonds est alimenté par dotation décidée en Assemblée générale.

Le fonctionnement du fonds est défini à son règlement.

Chapitre 7 - Affiliation à la SGAPS BTP

Article 67 - Affiliation et pouvoirs conférés à la SGAPS BTP

La mutuelle est affiliée à la société de groupe assurantiel de protection sociale dénommée « SGAPS BTP » et à ce titre s'engage au respect des statuts de cette dernière et à la convention d'affiliation conclue avec elle, en ce compris leurs dispositions relatives :

- aux pouvoirs de contrôle de la SGAPS BTP à l'égard de Mutuelle Mieux-Etre, aux termes desquels en particulier cette dernière doit soumettre la réalisation de certaines opérations à l'accord préalable de la SGAPS BTP ;
- aux pouvoirs de sanctions de la SGAPS BTP à l'égard de Mutuelle Mieux-Etre en cas de manquement à ses obligations.

TITRE III - INFORMATION DES ADHERENTS

Article 68 - Etendue de l'information

Chaque adhérent reçoit préalablement à la signature du bulletin d'adhésion le document d'information sur le produit d'assurance. Chaque adhérent reçoit gratuitement un exemplaire des statuts et le(s) règlement(s) mutualiste(s) au(x) quel(s) il a adhéré par bulletin d'adhésion.

Dans le cadre d'opération collective, l'adhérent reçoit une notice qui définit les garanties prévues par les opérations collectives et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou des limitations de garantie ainsi que les délais de prescription. Cette notice ainsi que le document d'information sur le produit d'assurance doivent être remis par l'adhérent à chaque membre participant.

Toute modification des statuts et règlements décidée par l'Assemblée générale et par le Conseil d'administration de la mutuelle est portée à la connaissance des membres participants et honoraires.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci aux membres participants et honoraires (article L.221-5 I du Code de la mutualité).

Les modifications des montants de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents (article L.114-7-1 du Code de la mutualité).

Ces modifications pourront être transmises par courrier électronique à l'adresse électronique renseignée par l'adhérent.

Lorsque l'engagement réciproque du membre participant et de la mutuelle ne résulte pas de la signature d'un bulletin d'adhésion, mais de la souscription d'un contrat collectif portant accord particulier, toute modification de celui-ci est constatée par un avenant signé des parties (article L.221-5 II du Code de la mutualité).

Chaque adhérent est également informé :

- des services et établissements d'action sociale gérés par la mutuelle et de ceux auxquels il peut avoir accès en vertu des conventions passées en application du Livre IV du Code de la mutualité.
- des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

TITRE IV - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 69 - Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la mutuelle est prononcée par l'Assemblée générale dans les conditions fixées à l'article 22-I des statuts.

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

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'Assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée générale statuant dans les conditions prévues à l'article 22.I des statuts à d'autres mutuelles ou unions ou au fonds national de solidarité et d'actions mutualistes mentionnés à l'article L.421-1 du Code de la mutualité ou au fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la mutualité.

Article 70 - Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, 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, 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, sous la même réserve.

Article 71 - Informatique et liberté

Les données à caractère personnel s'entendent des données telles que définies par l'article 4.1 du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit « RGPD »).

La mutuelle s'engage, vis-à-vis des données relatives aux membres participants et honoraires, à :

- assurer la confidentialité et la sécurité de toutes données à caractère personnel qu'elle est susceptible de collecter ou de se voir transmettre dans le cadre de l'exécution de son objet social,
- et à veiller, lorsqu'elle se livre à un traitement de ces données, au respect scrupuleux des obligations prévues par la réglementation en vigueur applicable aux traitements de données à caractère personnel et, en particulier, le RGPD, ainsi que les lois et réglementations françaises qui mettent en œuvre ou complètent le RGPD.

Article 72 - Loi applicable

Les présents statuts sont établis conformément aux dispositions du Code de la mutualité.

La loi applicable pour toute contestation liée à l'application ou à l'interprétation des statuts ou des règlements est la loi française.

Toutefois, conformément à l'article L.225-5 du Code de la mutualité, le juge peut donner effet sur le territoire français aux dispositions d'ordre public de la loi de l'Etat membre de la Communauté européenne ou de l'Etat partie à l'accord où le risque est situé ou qui impose l'obligation d'assurance, si, selon le droit de ces pays, ces dispositions sont applicables quelle que soit la loi régissant le contrat.

Lorsque le risque est situé sur le territoire de la République Française, et que le souscripteur n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, la mutuelle et le souscripteur peuvent choisir d'appliquer la loi du pays où le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction.

De même, lorsque le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction sur le territoire de la République Française et que le risque n'y est pas situé, la mutuelle et le souscripteur peuvent choisir d'appliquer la loi du pays où le risque est situé.

Dans les deux situations visées au présent paragraphe, il est fait mention expressément de la loi applicable au contrat ou au bulletin d'adhésion. A défaut de mention expresse de l'application d'une loi autre que la loi française, la loi applicable est la loi française.

Article 73 - Médiation

La mutuelle répond aux réclamations des membres participants et des souscripteurs des contrats collectifs dans les plus brefs délais.

Si à l'issue de cette procédure une difficulté ou un désaccord persiste quant à l'application ou à l'interprétation des statuts, du règlement ou d'un contrat collectif, la mutuelle informe le membre participant ou le souscripteur, qu'il a la possibilité de saisir le médiateur.

Le règlement mutualiste ou le contrat et la notice d'information précisent les modalités d'examen des réclamations relatives aux règlements et contrats et de recours à un processus de médiation dans les conditions prévues par le Code de la consommation.



Le Conseil d'administration a désigné comme médiateur le médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française qui exerce sa mission en toute indépendance.

Article 74 - Interprétation

D'une manière générale, les statuts, le règlement mutualiste et le bulletin d'adhésion sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Dans le cadre des opérations collectives obligatoires, les statuts, les contrats et les bulletins d'affiliation sont applicables par ordre de priorité décroissante.



Faire mieux pour vous



NOTICE D'INFORMATION

Assistance santé

Parce que certaines situations peuvent perturber la vie de famille, Mutuelle Mieux-Être vous propose un accompagnement personnalisé pour mieux vivre chaque situation de vie.

Les équipes sont à votre écoute, 24h/24 et 7j/7.

05 49 34 80 19

M-AAPS-NIC-200301



La convention d'assistance présentée ci-après propose des garanties d'assistance à domicile aux adhérents ayant **un contrat « Assistance santé »** auprès de Mutuelle Mieux-Être.

Les garanties d'assistance sont assurées par IMA ASSURANCES, ci-après dénommée IMA, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 Niort Cedex 09, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR - 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.

GARANTIES D'ASSISTANCE SANTÉ	P.03
1 - Accompagnement au quotidien (dès la souscription)	p.03
2 - En cas d'évènement traumatissant	p.03
3 - Les + étudiants et jeunes	p.03
4 - En cas de séjour en maternité	p.04
5 - En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation	p.05
6 - Les + famille	p.07
7 - En cas de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale	p.09
8 - Aide aux aidants	p.09
9 - En cas de maladie redoutée	p.10
10 - Équilibre vie pro	p.11
11 - Les + emploi	p.11
12 - Les + retraités et séniors	p.12
13 - En cas de décès	p.13
ANNEXE	P.14
CONDITIONS D'APPLICATION ASSISTANCE SANTÉ	P.15
GARANTIES D'ASSISTANCE DÉPLACEMENT	P.17
1 - En cas de déplacement	p.17
CONDITIONS D'APPLICATION ASSISTANCE DÉPLACEMENT	P.18
GARANTIES D'ASSISTANCE IMA S@NTÉ	P.19
1 - Site Internet Ma santé au quotidien	p.19
2 - En cas d'hospitalisation : accompagnement pré et post hospitalisation	p.19
CONDITIONS D'APPLICATION IMA S@NTÉ	P.20
VIE DU CONTRAT	P.21
DÉFINITIONS	P.23

1 - ACCOMPAGNEMENT AU QUOTIDIEN (DÈS LA SOUSCRIPTION)

1.1. CONSEIL SOCIAL

IMA organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par foyer sur une période de 12 mois avec un Travailleur Social. Ces conseils sont accessibles du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le Travailleur Social évalue les besoins d'aide et d'accompagnement en matière de droits sociaux, identifie les priorités et propose des solutions.

1.2. INFORMATIONS JURIDIQUES

IMA met à disposition des bénéficiaires, du lundi au samedi de 8h à 19h, hors jours fériés, un service téléphonique d'information juridique pour apporter des réponses en matière de droit français dans des domaines tels que : famille, santé, droit du travail, retraite, dépendance, succession, fiscalité, administration, justice, vie pratique, vacances à l'étranger...

1.3. INFORMATIONS MÉDICALES

Une équipe médicale communique, dans les 48h, des informations et conseils médicaux sur les thèmes suivants : pré-hospitalisation, post-hospitalisation, grossesse (examens à effectuer, médicaments proscrits), nourrisson (alimentation, sommeil, hygiène, vaccinations), troubles du sommeil, gestion du stress, conseil dépistage cancer, médicaments, vaccins, risques médicaux...

Les conseils médicaux donnés ne peuvent en aucun cas être considérés comme des consultations médicales ou un encouragement à l'automédication et ils ne remplacent pas le médecin traitant.

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe doit être d'appeler les services médicaux d'urgence.

1.4. RECHERCHE INTERVENANTS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'évènement ne relève pas de l'urgence, IMA communique les coordonnées d'un médecin.

De la même façon, IMA peut en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, communiquer les coordonnées d'une infirmière ou des intervenants paramédicaux.

1.5. NUTRITION PRÉVENTION SANTÉ

Chaque bénéficiaire peut solliciter, une fois sur une période de 12 mois, des conseils diététiques par téléphone pour prévenir les risques liés à l'alimentation, du lundi au vendredi, de 9h à 17h hors jours fériés.

Un bilan nutritionnel peut être réalisé, à la charge de l'adhérent.

1.6. COACHING FORME

Chaque bénéficiaire peut solliciter, une fois sur une période de 12 mois, un service individuel de prévention santé par l'activité physique avec un coach forme sur 3 mois. Le bénéficiaire a le choix entre deux modalités d'accompagnement :

- un coaching avec un bilan réalisé par téléphone suivi de 5 appels d'accompagnement,
- OU un coaching avec un bilan réalisé au domicile suivi de 2 appels d'accompagnement.

Le coaching forme ne peut être assimilé à un coaching sportif ayant pour objectif la compétition.

1.7. ACCOMPAGNEMENT ADMINISTRATIF ET SOCIAL

En cas de question administrative sur des problématiques liées à la vie quotidienne.

IMA donne des informations, conseils et orientations en réponse aux problématiques liées à la vie quotidienne, à la vie étudiante, au logement, au financement...

La garantie est limitée à 5 entretiens par an et est accessible du lundi au vendredi de 9h à 17h.

2 - EN CAS D'ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT

2.1. SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

En cas d'évènement ressenti comme traumatisant par l'un des bénéficiaires.

IMA organise et prend en charge selon la situation :

- jusqu'à 5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien,
- et si nécessaire, jusqu'à 3 entretiens en face à face avec un psychologue clinicien.

Les entretiens doivent être exécutés dans un délai de 12 mois à compter de la date de survenance de l'évènement. La garantie est accessible 24h sur 24.

3 - LES + ÉTUDIANTS ET JEUNES

3.1. CONSEIL 1^{ER} EMPLOI

En cas de non activité 6 mois après l'obtention du diplôme.

IMA met en œuvre une aide au premier emploi se décomposant de la façon suivante :

- 1 RDV téléphonique,
- 2 RDV Skype de 45 min,
- une correction d'un CV et d'une lettre de motivation,
- un suivi sur 45 jours.

L'aide au premier emploi ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels.

• GARANTIES D'ASSISTANCE SANTÉ •

Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par IMA auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire relève.

En outre, la responsabilité d'IMA ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire, du ou des renseignements(s) communiqué(s).

3.2. TRANSPORT SUR LE LIEU D'EXAMEN

Si l'un des bénéficiaires est immobilisé au domicile plus de 5 jours en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible et ne peut se déplacer pour aller se présenter à un examen et qu'aucune solution n'est possible auprès des proches.

IMA organise et prend en charge le transport non médicalisé, par taxi ou par VSL, à hauteur de 10 trajets maximum domicile-lieu de l'examen ou lieu de l'examen-domicile, dans un rayon de 30 km et dans la limite d'un évènement sur 12 mois.

4 - EN CAS DE SÉJOUR EN MATERNITÉ

Les garanties sont acquises :

- en cas de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de l'adhérent ou de son conjoint,
- OU en cas d'accouchement entraînant un séjour prolongé à la maternité de plus de 5 jours,
- OU à la naissance d'un enfant grand prématuré (entre le début de la 25^e semaine d'aménorrhée jusqu'à la 32^e semaine d'aménorrhée révolue),
- OU en cas de naissance multiple.

4.1. AIDE À DOMICILE

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés.

4.2. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes

Le déplacement d'un proche

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

• Le transfert des enfants

Le déplacement aller-retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

• La garde des enfants

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

4.3. ACQUISITION DES GESTES 1^{ER} ENFANT

À la naissance ou à l'adoption du premier enfant de l'adhérent ou de son conjoint.

IMA organise et prend en charge l'envoi d'un intervenant qualifié au domicile pour faciliter l'acquisition des gestes liés à la maternité.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 4 heures à raison de 2 heures minimum par intervention réparties sur une période maximale de 10 jours suivant le retour au domicile.

4.4. LIVRAISON DE MÉDICAMENTS

En cas de grossesse pathologique avec alitement entraînant une immobilisation imprévue au domicile de plus de 15 jours de l'adhérent ou de son conjoint.

Lorsqu'aucun proche n'est en mesure de rechercher les médicaments prescrits par le médecin traitant, IMA se charge de les rechercher à la pharmacie la plus proche du domicile et de les livrer. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

La garantie est limitée à 1 livraison sur 20 jours.

5 - EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ayant entraîné :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours,
- OU une immobilisation imprévue de plus de 5 jours.

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie ayant entraîné :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours.

5.1. AIDE À DOMICILE

IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile, qui a pour mission de réaliser des tâches quotidiennes telles que le ménage, la préparation des repas, la vaisselle, le repassage et les courses de proximité. Elle intervient dès le premier jour de l'hospitalisation pour venir en aide aux proches demeurant au domicile, au retour au domicile ou à compter du premier jour d'immobilisation au domicile.

Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures à raison de 2 heures minimum par intervention, réparties sur une période maximale de 20 jours.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés.

5.2. PRÉSENCE D'UN PROCHE

IMA organise et prend en charge le déplacement aller-retour d'un proche par train 1^{re} classe ou avion classe économique.

IMA organise également et prend en charge son hébergement pour 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 100 € par nuit.

5.3. SERVICES DE PROXIMITÉ

IMA organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 20 jours.

• Livraison de médicaments

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'adhérent, ni le conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à une livraison par événement. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

• Portage de repas

La livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de préparer eux-mêmes les repas ou de les faire préparer par l'entourage*.

La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses

repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'adhérent.

** sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.*

• Portage d'espèces

Le transport aller-retour dans un établissement bancaire proche du domicile

OU bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 € lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

La garantie est limitée à 1 portage par événement.

La somme avancée devra être remboursée à IMA dans un délai de 30 jours.

• Livraison de courses

La livraison d'une commande par semaine lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses. Les frais de livraison seront remboursés sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent.

• Coiffure à domicile

Le déplacement d'un coiffeur au domicile lorsque l'adhérent ou son conjoint, a besoin de soins de coiffure. La prise en charge est limitée à un seul déplacement par événement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'adhérent.

5.4. TRANSFERT CONVALESCENCE CHEZ UN PROCHE

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ayant entraîné :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours.

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie ayant entraîné :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours.

IMA organise et prend en charge le transport non médicalisé de l'adhérent ou de son conjoint depuis son domicile vers le domicile d'un proche dans les 5 jours suivant sa sortie d'hospitalisation.

Ce transfert peut être réalisé en taxi, train 1^{re} classe ou avion classe économique et sera pris en charge à concurrence de 200 € par trajet aller-retour.

5.5. TRANSPORT AUX RENDEZ-VOUS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ayant entraîné :

- une immobilisation imprévue de plus de 5 jours.

Lorsqu'aucune solution n'est possible auprès des proches, IMA organise et prend en charge, sur une période maximale de 20 jours, un transport non médicalisé aller-retour par taxi ou par VSL dans un rayon de 50 km.

5.6. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ayant entraîné :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours.

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie ayant entraîné :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours.

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes :

- la visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »,
- la garde de l'animal par un « pet sitter » au domicile de l'adhérent,
- la garde de l'animal chez un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Le nombre d'interventions est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 interventions réparties sur une période maximale de 20 jours.

Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.

Cette garantie est conditionnée à la mise à disposition pour le « pet sitter » des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ayant entraîné :

- une immobilisation imprévue de plus de 5 jours.

IMA organise et prend en charge :

- la promenade du chien de l'adhérent par un «pet sitter».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de «pet sitter». Le nombre d'intervention est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 interventions réparties sur une période de 20 jours.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

5.7. FERMETURE DU DOMICILE QUITTÉ EN URGENCE

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ayant entraîné :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours.

En l'absence d'un proche présent localement, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 2 heures afin de s'assurer que l'habitation soit apte à rester fermée pendant une durée indéterminée.

Cette garantie comprend :

- la fermeture des accès du logement : portes, portail, garage, fenêtres, volets...
- la fermeture des éléments situés à l'intérieur du logement : lumières, appareils électriques...
- le traitement des denrées périssables : vider les poubelles, lave-vaisselle, machine à laver, tri des aliments du frigo...

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA organise et prend en charge, dans la limite de 100 €, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

5.8. PRÉPARATION DU RETOUR AU DOMICILE

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ayant entraîné :

- une hospitalisation imprévue de plus de 14 jours.

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie ayant entraîné :

- une hospitalisation programmée de plus de 14 jours.

En l'absence d'un proche présent localement, IMA organise et prend en charge la venue d'une aide à domicile dans la limite de 4 heures pour permettre un retour au domicile dans les meilleures conditions.

Cette garantie comprend :

- la réouverture du domicile avec notamment l'ouverture des volets, de l'eau, du gaz, de l'électricité et des appareils électriques,

• GARANTIES D'ASSISTANCE SANTÉ •

- la mise en température du chauffage du logement,
- le ménage,
- les courses. Le coût des courses demeurant à la charge de l'adhérent.

La garantie est conditionnée par la remise d'une demande écrite d'intervention de l'adhérent ou de son conjoint, la mise à disposition des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et les conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux. IMA intervient dans les 24 heures suite à la remise des clés et/ou du code d'accès de l'habitation. Ce délai peut être porté à 48 heures si la transmission des clés est faite le week-end ou la veille d'un jour férié.

Si nécessaire, IMA organise et prend en charge, dans la limite de 100 €, le trajet aller en taxi pour récupérer les clés et les remettre à l'intervenant dans les 24 heures précédant la date de sortie de l'hôpital. La même prise en charge est accordée en fin de mission pour la restitution des clés.

Si les clés ne peuvent être remises à l'intervenant préalablement à la sortie de l'hôpital et qu'il ait été missionné 48 heures avant cette sortie, l'intervenant accomplira sa mission le jour du retour au domicile.

5.9. RECHERCHE ET TRANSPORT DES EFFETS PERSONNELS OU DU COURRIER

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ayant entraîné :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours.

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie ayant entraîné :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours.

À la condition que les effets personnels et/ou le courrier soit remis par un proche désigné par le bénéficiaire, IMA organise et prend en charge l'acheminement des effets personnels et/ou des courriers de l'adhérent par taxi, soit depuis le domicile du bénéficiaire ou le domicile du proche vers le lieu d'hospitalisation, dans un rayon de 50 km maximum.

5.10. RÉCUPÉRATION DU VÉHICULE

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ayant entraîné :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours.

IMA organise et prend en charge le transport en taxi par un proche pour aller récupérer son véhicule laissé sur place du fait de l'hospitalisation imprévue.

Ce transfert sera réalisé dans un rayon de 50 km maximum du domicile de l'adhérent en France.

IMA prend également en charge les éventuels frais de parking, dans la limite de 50 €, et sur présentation des justificatifs.

5.11. MATÉRIELS MÉDICAUX

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ayant entraîné :

- une immobilisation imprévue de plus de 5 jours.

IMA indique la localisation et les coordonnées des fournisseurs de matériels médicaux (pharmacie ou établissement spécialisé).

S'il y a lieu, IMA organise la livraison de petit matériel par un taxi au domicile de l'adhérent, dans un rayon de 50 km maximum du domicile de l'adhérent.

Les frais de taxi et le coût du matériel restent à la charge du bénéficiaire.

6 - LES + FAMILLE

6.1. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ayant entraîné :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures,
- OU une immobilisation imprévue de plus de 5 jours.

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie ayant entraîné :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours.

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes.

- **Le déplacement d'un proche**

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

- **Le transfert des enfants**

Le déplacement aller-retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

- **La garde des enfants**

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

6.2. PRISE EN CHARGE DES FRÈRES ET SŒURS (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

Votre enfant a subi un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ayant entraîné :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours,

Votre enfant a subi un accident ou une maladie ayant entraîné :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours.

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la garde de jour des autres enfants par :

- le déplacement aller-retour d'un proche (train 1^{re} classe ou avion classe économique),
- OU, s'il y a lieu, la venue d'un intervenant habilité du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

6.3. REMPLAÇANT(E) DE GARDE D'ENFANTS

Votre garde salarié(e) habituel(le) a subi un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ayant entraîné :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours,
- OU une immobilisation imprévue de plus de 5 jours.

Votre garde salarié(e) habituel(le) a subi un accident ou une maladie ayant entraîné :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours.

IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ayant entraîné :

- une hospitalisation imprévue de plus de 24 heures,
- OU une immobilisation imprévue de plus de 5 jours.

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie ayant entraîné :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours.

6.4. CONDUITE À L'ÉCOLE ET RETOUR AU DOMICILE DES ENFANTS

Lorsque aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours par semaine répartis sur une période de 4 semaines.

Pour les enfants handicapés, la conduite en centre spécialisée s'effectue selon les mêmes dispositions, sans aucune limite d'âge.

6.5. CONDUITE AUX ACTIVITÉS EXTRASCOLAIRES

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, IMA organise et prend en charge la conduite aux activités extrascolaires et le retour des enfants au domicile par l'un de ses prestataires, dans la limite d'un aller-retour par semaine par enfant sur une période de 4 semaines.

6.6. SOUTIEN SCOLAIRE EN LIGNE ET À DOMICILE (ENFANT ACCIDENTÉ OU MALADE)

Votre enfant a subi un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ayant entraîné :

- une immobilisation imprévue de plus de 5 jours.

Dès lors que l'enfant n'est pas en état de suivre sa scolarité, IMA prend en charge l'accès à un site de cours en ligne.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève. Le site propose des cours pour les enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), sur une durée maximale de 6 mois

• Soutien scolaire en ligne

Dès lors que l'enfant n'est pas en état de suivre sa scolarité, IMA prend en charge l'accès à un site de cours en ligne.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève. Le site propose des cours pour les enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), sur une durée maximale de 6 mois.

• Soutien scolaire à domicile

Dès lors que l'enfant n'est pas en état de suivre sa scolarité, IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique sous la forme de cours particuliers au domicile.

Les cours sont adaptés au niveau scolaire de l'élève.

Ils sont proposés aux enfants du primaire au secondaire, dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 3 heures par jour, dans la limite de 18 heures jusqu'à la reprise des cours et sur une durée maximale de 6 mois.

Les deux garanties sont cumulables.

6.7. SOUTIEN SCOLAIRE CHEZ UN PROCHE

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ayant entraîné :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours.

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une

• GARANTIES D'ASSISTANCE SANTÉ •

maladie ayant entraîné :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours.

Lorsque l'enfant est transféré chez un proche éloigné géographiquement de l'école empêchant la poursuite des cours, IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique de l'enfant du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), au domicile du proche, du lundi au vendredi, hors vacances scolaires et jours fériés, jusqu'à 3 heures par jour ouvrable par foyer.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation sur une période maximale de 4 semaines.

6.8. AIDE AUX DEVOIRS

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie soudaine et imprévisible ayant entraîné :

- une hospitalisation imprévue de plus de 2 jours,
- OU une immobilisation imprévue de plus de 5 jours.

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie ayant entraîné :

- une hospitalisation programmée de plus de 2 jours.

IMA organise et prend en charge un soutien pédagogique au domicile auprès des enfants du primaire au secondaire dans les matières principales (mathématiques, français, SVT, physique/chimie, langues, histoire/géo, philosophie, économie), à raison de 2 heures par enfant et par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés.

Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 4 semaines.

7 - GARANTIES EN CAS DE CHIRURGIE AMBULATOIRE OU D'INTERVENTION CHIRURGICALE COMPRENANT UNE NUIT

7.1. SERVICES DE PROXIMITÉ

En cas d'intervention chirurgicale comprenant une nuit ou de chirurgie ambulatoire de l'adhérent ou de son conjoint et entraînant une immobilisation au domicile d'au moins 2 jours.

IMA organise et prend en charge les garanties suivantes sur une période maximale de 20 jours.

- **Livraison de médicaments**

La recherche des médicaments prescrits par le médecin traitant à la pharmacie la plus proche du domicile et leur livraison au domicile lorsque ni l'adhérent, ni le conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de s'en charger. La garantie est limitée à une livraison par événement. Le prix des médicaments demeure à la charge de l'adhérent.

- **Portage de repas**

La livraison d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de préparer eux-mêmes les repas ou de les faire préparer par l'entourage*.

La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique). Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

Le prix des repas demeure à la charge de l'adhérent.

** sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.*

- **Portage d'espèces**

-le transport aller-retour dans un établissement bancaire proche du domicile

-OU bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, pour un montant maximum de 150 €

lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

La garantie est limitée à 1 portage par événement.

La somme avancée devra être remboursée à IMA dans un délai de 30 jours.

- **Livraison de courses**

La livraison d'une commande par semaine lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses. Les frais de livraison seront remboursés sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, IMA organise et prend en charge la livraison par taxi. Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent.

- **Coiffure à domicile**

Le déplacement d'un coiffeur au domicile lorsque l'adhérent ou son conjoint, a besoin de soins de coiffure. La prise en charge est limitée à un seul déplacement par événement et le prix de la prestation du coiffeur demeure à la charge de l'adhérent.

8 - AIDE AUX AIDANTS

8.1. SITE INTERNET DE FORMATION DES AIDANTS FAMILIAUX

IMA met à disposition de l'adhérent et de son entourage un site Internet accessible à partir de l'adresse :

<https://mieux-etre.formation-aidants.com>

via un accès sécurisé 24h/24 et 7j/7. Lors de la première connexion, il sera demandé un mot passe communiqué par Mutuelle Mieux-Être.

Pour se familiariser avec sa situation et progresser à son

rythme, le site propose des outils simples et pédagogiques, ainsi que des modules de formation visant à :

- sensibiliser aux effets du vieillissement,
- accompagner le maintien à domicile grâce à la sécurisation et l'adaptation de l'environnement de vie,
- assurer et guider l'aidant grâce à l'acquisition de connaissances essentielles et de comportements à adopter.

9 - EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE

En cas :

- de déclaration, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation de plus de 5 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,
- de survenance, dûment justifiée par un certificat médical d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant,
- d'aggravation d'une pathologie lourde ou d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, entraînant une hospitalisation de plus de 10 jours de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant

IMA, organise et prend en charge les garanties ci-dessous à utiliser sur une période de 12 mois à compter de la survenance de l'évènement.

Dans l'attente de la réception du certificat médical, adressé sous pli confidentiel à l'attention des médecins d'IMA, des mesures conservatoires d'aide à domicile peuvent être mises en œuvre à concurrence de 6 heures sur une semaine. Le nombre d'heures attribué est évalué par IMA selon la situation.

Ces garanties ne sont pas cumulables avec les garanties décrites aux points 5 et 6.

9.1. ENVELOPPE DE SERVICES

IMA met à disposition du bénéficiaire une enveloppe de services limitée à 40 unités de consommation.

Il ne sera accordé qu'une enveloppe de services sur une même période de 12 mois.

Ces unités peuvent être demandées au fur et à mesure des besoins.

Le nombre d'unité ne pourra être modifié dès lors que l'accord du bénéficiaire aura été donné pour la mise en œuvre d'une ou plusieurs garanties et que celles-ci auront débuté.

Cf. tableau enveloppe de services et décompte en unité (p.14)

9.2. TÉLÉASSISTANCE

IMA prend en charge les frais d'installation et de maintenance d'un transmetteur de téléalarme au domicile, ainsi que les frais d'accès au service, pour une durée maximale de 90 jours.

Les frais d'accès au service comprennent :

- l'évaluation de la situation et de l'urgence par un conseiller spécialisé,
- si nécessité d'une intervention à domicile, avertissement du réseau de proximité,
- si besoin, transfert de l'appel au plateau médical et contact des services d'urgence.

Au-delà de la prise en charge d'IMA l'adhérent pourra demander la prolongation du service pour une durée de son choix. Le montant de la prestation reste dès lors à la charge de l'adhérent.

9.3. BILAN SITUATIONNEL PAR UN ERGOTHÉRAPEUTE

IMA organise et prend en charge la venue d'un ergothérapeute au domicile.

Cette garantie prend en compte l'évaluation de la personne dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie). Cette évaluation est complétée par un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile.

9.4. SERVICE TRAVAUX POUR AMÉNAGEMENT DU DOMICILE

Lorsque l'ergothérapeute préconise des solutions d'aménagement du domicile,

IMA se met en relation avec une structure du groupe IMA qui servira d'intermédiaire avec des professionnels du bâtiment pour une aide à la réalisation de travaux d'aménagement de l'habitat n'entrant pas dans le champ de la garantie décennale des constructeurs visée aux articles 1792 et suivants du code civil, dans la limite d'un dossier par évènement.

Le service comprend :

- la mise en relation avec un professionnel de son réseau pour l'établissement sur place d'un diagnostic des travaux d'aménagement à effectuer ainsi qu'un devis,
- le contrôle administratif du devis (le contrôle porte sur le taux de TVA, la mention de la durée de validité du devis et les conditions de règlement),
- un avis sur la corrélation entre le descriptif du projet d'aménagement et les prestations proposées par le professionnel,
- un avis sur les prix mentionnés sur le devis par comparaison aux prix du marché.

• GARANTIES D'ASSISTANCE SANTÉ •

Le coût des travaux reste à la charge du bénéficiaire qui doit transmettre à la structure du groupe IMA le procès-verbal de fin de travaux ainsi que la copie de la facture acquittée. La garantie est limitée à 1 dossier par évènement et doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

10 - ÉQUILIBRE VIE PRO

10.1. BILAN PRÉVENTION DES TMS

L'adhérent peut solliciter, une fois sur une période de 12 mois, un bilan prévention des troubles musculo-squelettiques, du lundi au vendredi, hors jour férié.

IMA organise et prend en charge un bilan réalisé à distance par un ergothérapeute. Celui-ci évalue la situation professionnelle de l'adhérent, prenant en compte les problématiques d'installation au bureau ou liées aux déplacements avec un véhicule de tourisme, ainsi que les éventuelles situations de stress au travail.

Il identifie avec l'adhérent un plan d'actions opérationnel avec des mesures correctives, et prévoit si nécessaire :

- la mise en relation avec un prestataire pour l'essai d'équipements ergonomiques,
- et/ou la mise en œuvre d'une des prestations décrites aux articles 9.2, 9.3 et 9.4.

Des fiches conseils sont adressées à l'adhérent et un suivi téléphonique est réalisé dans les 3 mois suivant le bilan.

10.2. PRÉVENTION STRESS AU TRAVAIL

En cas de situation génératrice de stress de l'adhérent au travail, identifiée au travers de la garantie décrite à l'article 9.1.

À tout moment, afin d'aider l'adhérent qui rencontre une situation professionnelle génératrice de stress ou de mal-être (conflits avec un collègue ou un supérieur hiérarchique, surcharge de travail, difficulté à concilier vie pro/vie perso, ...) et qui souhaite bénéficier d'un soutien pour y faire face, IMA organise et prend en charge jusqu'à 5 entretiens téléphoniques par an et par bénéficiaire avec un psychologue clinicien.

Le psychologue réalise une écoute professionnelle, non orientée et non interventionniste en gardant une distance et une neutralité bienveillantes.

Le bénéficiaire peut notamment aborder avec le psychologue, dans le cadre de ces entretiens, la situation vécue, les difficultés rencontrées, les conséquences sur sa santé. Il peut réfléchir avec le psychologue sur les sources de son stress et de son mal-être, ses difficultés pour y faire face et envisager d'éventuelles actions pour faire face et mieux vivre la situation rencontrée.

L'entretien téléphonique vise également à proposer une orientation vers les dispositifs adaptés (psychiatre, psychologue spécialisé, association...) si le psychologue la juge nécessaire.

10.3. BILAN PROFESSIONNEL

En cas de situation génératrice de stress de l'adhérent au travail identifiée au travers de la garantie décrite à l'article 9.1.

IMA organise et prend en charge 2 échanges par téléphone ou visioconférence avec un consultant.

Le consultant permet au bénéficiaire ne se sentant pas bien dans son emploi, d'investiguer sa situation professionnelle et d'être accompagné dans sa réflexion.

Une synthèse du bilan professionnel, avec des premières pistes d'investigation pour son évolution professionnelle, est adressée au bénéficiaire.

La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

10.4. PROGRAMME DE REMISE EN FORME

En cas :

- de situation génératrice de stress de l'adhérent au travail, identifiée au travers de la garantie décrite à l'article 9.1,
- d'arrêt de travail > 30 jours pour l'adhérent en souffrance psychosociale, lombalgique ou musculo-squelettique.

IMA organise et prend en charge un programme de 10 séances avec un coach forme au domicile de l'adhérent ou dans son environnement proche.

L'intervention vise à détecter les habitudes responsables de problèmes de santé au travail et à apporter les bases d'exercices nécessaires à la prévention. Un programme de remise en forme personnalisé est proposé à l'adhérent en fonction de ses capacités et besoins, avec un suivi sur 6 mois.

11 - LES + EMPLOI

11.1. AIDE AU RETOUR À L'EMPLOI

Si vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie invalidante rendant impossible l'exercice de votre emploi actuel.

IMA propose une aide au retour à l'emploi.

Selon la situation, l'accompagnement porte sur les domaines suivants :

- recueil de données et analyse de la situation professionnelle,
- informations, orientations et conseils dans les démarches liées à l'évolution et au changement de la situation professionnelle, les acteurs et organismes compétents, préconisations relatives à l'aménagement du poste de conduite ou de travail, aide à la réflexion et à la décision...

Un suivi est réalisé par le biais de 6 entretiens téléphoniques

avec un travailleur social et/ou un ergothérapeute, dans les 12 mois suivant l'évènement.

Si nécessaire, une aide à la recherche d'un nouvel emploi est proposée :

- techniques de recherches d'emplois : comment rédiger un CV et une lettre de motivation, préparer une prospection téléphonique, préparer un entretien d'embauche.
- prospection d'offres d'emploi : mise en ligne du CV du candidat sur le site internet d'un consultant en ressources humaines, accès aux offres Intranet de ce consultant.

Un suivi est réalisé par le biais de 6 entretiens individuels et 6 entretiens téléphoniques sur une durée de 8 mois et dans les 12 mois suivant l'évènement.

L'aide à la recherche d'un emploi ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par IMA auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire relève.

En outre, la responsabilité d'IMA ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire, du ou des renseignements(s) communiqué(s).

11.2. BILAN D'EMPLOYABILITÉ

En cas de perte d'emploi

IMA met en œuvre un bilan employabilité lors duquel les thèmes suivants sont abordés :

Bilan du parcours du bénéficiaire

- Identifier les acquis professionnels,
- analyser le CV existant.

Pré diagnostic des compétences, valeurs et intérêts du bénéficiaire

- Analyser les principaux traits de personnalité,
- identifier les compétences, les aptitudes et les freins,
- identifier les valeurs.

Cette garantie de 3 heures maximum est découpée en 2 fois 1 heure de face à face, 1 heure post-bilan si nécessaire et d'un travail individuel de la part du bénéficiaire.

La garantie est limitée à une fois par an.

11.3. AIDE À LA RECHERCHE D'UN EMPLOI DU CONJOINT

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent

IMA met en place un accompagnement individualisé dans la recherche d'un nouvel emploi.

Cette aide proposée par IMA comprend notamment la mise en ligne du CV, l'accès à des offres ciblées, le développement d'une démarche d'accompagnement individualisée. Le suivi est réalisé sur une période de 3 mois. La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'évènement.

12 - LES + RETRAITÉS ET SENIORS

12.1. COACHING CONDUITE SENIORS

IMA prend en charge (hors urgence médicale), le coaching conduite seniors afin d'accompagner les compétences des conducteurs en situation de conduite, de conforter les acquis et de mettre en confiance les conducteurs âgés avec un formateur post-permis. Un livret « Code senior » est remis à l'issue de la formation.

La garantie est applicable en France métropolitaine uniquement et limitée à une fois par an et valable pour un bénéficiaire titulaire du permis B. La garantie n'est pas considérée comme un stage de récupération de points.

Cette garantie est limitée à une fois sur 12 mois.

12.2. COACH RETRAITE

Afin d'aborder sereinement le départ à la retraite de l'adhérent ou de son conjoint, IMA propose :

- une aide au choix de la date de départ à la retraite,
- une évaluation des impacts sur la vie économique, sociale et familiale,
- une aide à la formulation d'un nouveau projet de vie,
- des préconisations personnalisées,
- et une aide dans les démarches.

La garantie est limitée à 6 entretiens téléphoniques avec un travailleur social sur une période de 12 mois.

12.3. AIDE À LA RECHERCHE D'UN COMPLÉMENT D'ACTIVITÉ À LA RETRAITE

Si vous souhaitez maintenir une activité complémentaire à la retraite.

IMA propose pour l'adhérent ou son conjoint un accompagnement sur une période de 12 mois :

- techniques de recherches d'emplois : comment rédiger un CV et une lettre de motivation, préparer un entretien d'embauche,

- prospection d'offres d'emploi : mise en ligne du CV du candidat sur le site internet d'un consultant en ressources humaines, accès aux offres Intranet de ce consultant.

En amont, un bilan par téléphone est réalisé pour définir les objectifs. Un suivi est ensuite assuré par le biais de 3 entretiens individuels sur une durée maximale de 3 mois avec un consultant en ressources humaines.

La garantie ne se substitue pas aux prestations des organismes et associations institutionnels. Aucune démarche matérielle ne sera effectuée par IMA auprès de ces organismes et associations ou auprès de toute institution ou administration dont le bénéficiaire relève.

En outre, la responsabilité d'IMA ne pourra en aucun cas être engagée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte, par le bénéficiaire, du ou des renseignements(s) communiqué(s).

Cette garantie n'est pas cumulable avec la garantie « coach retraite ».

13 - EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'adhérent, de son conjoint ou d'un enfant.

13.1. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS (DE MOINS DE 16 ANS) OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITE D'ÂGE)

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes.

- **Le déplacement d'un proche**

Le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, pour garder les enfants au domicile.

- **Le transfert des enfants**

Le déplacement aller-retour des enfants ainsi que celui d'un adulte les accompagnant, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, auprès de proches susceptibles de les accueillir.

En cas de nécessité, ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, IMA organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires.

- **La garde des enfants**

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des enfants au domicile par l'un de ses intervenants habilités, du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

13.2. PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS

IMA organise et prend en charge l'une des garanties suivantes.

- **Le déplacement d'un proche**

Le déplacement aller-retour en France d'un proche pour garder les ascendants au domicile.

- **Le transfert des ascendants chez un proche**

Le voyage aller-retour en France des ascendants auprès de proches susceptibles de les accueillir.

- **La garde des ascendants**

Dans l'hypothèse où l'une de ces solutions ne saurait convenir, IMA organise et prend en charge la garde de jour des ascendants au domicile par l'un de ses intervenants habilités, du lundi au vendredi, hors jours fériés. Le nombre d'heures de garde attribué est évalué par IMA selon la situation et ne pourra excéder 20 heures réparties sur une période maximale de 20 jours.

13.3. PRISE EN CHARGE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

IMA organise et prend en charge 20 jours de garde de l'animal chez un « pet sitter » réparties sur une période maximale de 20 jours.

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de «pet sitter».

Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal.

Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.

ENVELOPPE DE SERVICES EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE POUR ADULTE

Le décompte en unité correspond aux garanties suivantes :

Cf. Article 9.1

	Unité de mesure	Valeur unitaire
Aide à domicile	1 heure	1 unité
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour**	6 unités
Livraison de médicaments	1 livraison	4 unités
Livraison de courses	1 livraison	6 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité
Entretien jardin	1 heure	2 unités
Garde d'enfant	1 heure	2 unités
Conduite à l'école	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités
Conduite aux activités extrascolaires	1 trajet aller et/ou retour par jour	4 unités

ENVELOPPE DE SERVICES POUR ENFANT

Le décompte en unité correspond aux garanties suivantes :

	Unité de mesure	Valeur unitaire
Garde d'enfant malade	1 heure	2 unités
Présence d'un proche	1 déplacement aller et/ou retour + hébergement*	10 unités
Transport aux RDV médicaux	1 transport aller et/ou retour**	6 unités
Livraison de courses	1 livraison	6 unités
Portage de repas	1 livraison	2 unités
Coiffure à domicile	1 déplacement	1 unité

* Déplacement par train 1^{re} classe ou avion classe économique. Hébergement dans la limite de 2 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 100 € par nuit.

** Dans un rayon de 50 km.

La valeur unitaire des garanties de l'enveloppe de services est susceptible d'être modifiée en cas de revalorisation tarifaire des garanties. En cas de modification, l'enveloppe actualisée vous sera transmise.

• CONDITIONS D'APPLICATION ASSISTANCE SANTÉ •

IMA intervient 24h/24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :

05 49 34 80 19 ou +33 5 49 34 80 19 depuis l'étranger

FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance à domicile s'appliquent en cas :

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une immobilisation imprévue au domicile,
 - d'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée ou une hospitalisation imprévue,
 - de chirurgie ambulatoire ou d'intervention chirurgicale comprenant une nuit et entraînant une immobilisation au domicile
 - de séjour prolongé à la maternité, de naissance multiple, de naissance grand prématuré ou de grossesse pathologique avec alitement,
 - de survenance ou d'aggravation d'une pathologie lourde entraînant une hospitalisation,
 - de survenance d'une pathologie nécessitant un traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie, ou d'une aggravation entraînant une hospitalisation,
 - d'accident ou maladie invalidante,
 - de décès,
 - de mutation professionnelle,
 - d'évènement traumatisant,
 - de passage à la retraite,
 - de non activité 6 mois après l'obtention du diplôme,
- dans les conditions spécifiées à chaque article.

INTERVENTION

Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elle ne doit pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

DÉLAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, pour être recevable, toute demande d'assistance portant sur les garanties décrites aux articles 4.2 à 4.4, 5.2 à 5.11, 6.1 à 6.8, 7 et 12.1 à 12.3, doit être exercée au plus tard dans les 20 jours qui suivent :

- l'immobilisation au domicile,
- la sortie d'une hospitalisation,
- le décès.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

Pour la garantie Aide à domicile prévue aux articles 4.1 et 5.1, le délai de demande d'assistance est de 7 jours à compter de l'immobilisation au domicile, la sortie d'une hospitalisation ou le décès. Passé ce délai, un décompte sera effectué sur le plafond accordé et la garantie sera mise en place au prorata des jours restants. Ce décompte s'effectue à partir du premier jour de l'évènement.

Illustration : en cas d'appel le 10^e jour, la garantie est alors plafonnée à 10 jours.

APPLICATION DES GARANTIES

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire. Le nombre d'heures attribué pourra donc être inférieur au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, IMA se base sur des critères objectifs liés à son environnement et sa situation de vie notamment : taille du logement, composition du foyer familial, niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et aides existantes.

En cas de maladie entraînant une hospitalisation programmée, la mise en œuvre des garanties d'assistance est limitée à 2 interventions par bénéficiaire sur 12 mois.

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle. IMA ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par IMA en outre-mer, elles sont prises en charge par IMA dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine. Cette prise en charge est conditionnée à l'accord préalable d'IMA et la présentation par le bénéficiaire de justificatifs.

TERRITORIALITÉ

Les garanties d'assistance s'appliquent en France Métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

Le transport de bénéficiaires ou de proches, prévu pour certaines garanties, est mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- si le domicile de l'adhérent est situé en France métropolitaine, le transport est effectué en France

• CONDITIONS D'APPLICATION ASSISTANCE SANTÉ •

métropolitaine,

- si le domicile de l'adhérent est situé en outre-mer, le transport est effectué au sein de la collectivité de résidence de l'adhérent.

Les garanties décès s'appliquent pour tout décès survenu tant en France qu'à l'étranger.

PIÈCES JUSTIFICATIVES

IMA se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, certificat d'invalidité...).

LIMITATIONS ET EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

INFRACTION

IMA ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

FAUSSE DÉCLARATION

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un évènement garanti entraîne la perte du droit à garantie.

FORCE MAJEURE

IMA ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'évènements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

REFUS DU BÉNÉFICIAIRE

Si le bénéficiaire refuse les garanties proposées par IMA, le bénéficiaire organise dans ce cas librement et sous son entière responsabilité les actions qu'il juge les plus adaptées à la situation, IMA étant déchargée de toute obligation. En aucun cas, IMA ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

EXCLUSIONS POUR LES GARANTIES ASSISTANCE SANTÉ

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- les hospitalisations dans des établissements et services psychiatriques, gériatriques et gériatriques,
- les hospitalisations liées à des soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, ainsi que leurs conséquences, en

dehors de toute intervention à la suite de blessures, malformations ou lésions liées à des maladies,

- les hospitalisations liées au changement de sexe, à la stérilisation, aux traitements pour transformations, dysfonctionnements ou insuffisances sexuelles, ainsi que leurs conséquences.

De même sont exclues les hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non ordonnés médicalement et à la consommation d'alcools ou résultant de l'action volontaire du bénéficiaire (suicide, tentative de suicide ou mutilation volontaire).

La preuve de l'exclusion incombe à IMA.

EXCLUSIONS POUR LES GARANTIES DÉCÈS

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

Les décès par suicide s'ils surviennent moins d'un an à compter de la date d'effet des garanties.

Les décès consécutifs :

- à une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales,
- à la pratique, à titre professionnel, de tout sport,
- à la pratique d'un sport dans le cadre de compétitions organisées par une fédération sportive et pour lesquelles une licence est délivrée,
- à la participation à des démonstrations, acrobaties, rallyes, compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse ainsi qu'à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien,
- à la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à des guerres civiles ou étrangères, à des attentats, à des émeutes, à des insurrections, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires quel que soit le lieu où se déroulent ces évènements et quels que soient les protagonistes,
- à un état ou à un accident résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, ou à l'absorption d'alcool (le cas échéant : si le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal de tolérance),
- aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.

La preuve de l'exclusion incombe à IMA.

• GARANTIES D'ASSISTANCE DÉPLACEMENT •

1 - EN CAS DE DÉPLACEMENT

Les garanties déplacement sont accordées pour tout déplacement à but touristique ou professionnel d'une durée inférieure à 90 jours :

- en France à plus de 50km du domicile,
- à l'étranger sans franchises kilométrique.

1.1. ASSISTANCE AUX PERSONNES EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE SOUDAINE ET IMPRÉVISIBLE

1.1.1. RAPATRIEMENT MÉDICAL

Lorsque les médecins d'IMA, après avis des médecins consultés localement et, si nécessaire, du médecin traitant, et en cas de nécessité médicalement établie, décident du rapatriement et en déterminent les moyens (ambulance, train, avion de ligne, avion sanitaire ou tout autre moyen approprié).

IMA organise et prend en charge le retour du patient à son domicile ou dans un hôpital adapté proche de son domicile.

Dans la mesure du possible, et sous réserve de l'avis des médecins d'IMA, il sera fait en sorte que l'un des membres de la famille, déjà sur place, puisse voyager avec le blessé.

Si le moyen de retour prévu initialement ne peut être utilisé, IMA organise et prend en charge le retour des autres bénéficiaires à leur domicile.

Lorsque le rapatriement concerne un enfant de moins de 16 ans non accompagné, IMA organise et prend en charge systématiquement le voyage aller-retour d'un proche, afin qu'il accompagne cet enfant dans son déplacement. Lorsque le voyage d'un proche est impossible, IMA fait accompagner cet enfant par une personne habilitée.

1.1.2. ATTENTE SUR PLACE D'UN ACCOMPAGNANT

Lorsque le bénéficiaire blessé, non transportable, doit rester hospitalisé au-delà de 10 jours :

IMA organise et prend en charge l'hébergement d'une personne attendant sur place le rapatriement pour 10 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 100 € par nuit.

1.1.3. PROLONGATION DE SÉJOUR POUR RAISONS MÉDICALES

Lorsque des soins ont été dispensés à un bénéficiaire et qu'il n'est pas jugé transportable vers son domicile par les médecins d'IMA alors que son état médical ne nécessite pas une hospitalisation :

IMA organise et prend en charge son hébergement pour 10 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 100 € par nuit.

1.2. FRAIS DE SECOURS EN MONTAGNE

En cas d'accident lié à la pratique du ski alpin ou de fond, dans le domaine skiable autorisé et hors compétition sportive.

IMA prend en charge les frais de secours appropriés du lieu de l'accident jusqu'à la structure médicale adaptée, à l'exception des frais de recherche, à concurrence de 160 €.

A l'étranger, IMA prend en charge les frais de secours en montagne, qu'ils soient liés ou non à la pratique du ski, à l'exception des frais de recherche, à concurrence de 160 €.

1.3. PRÉSENCE D'UN PROCHE

Vous ou votre conjoint avez subi un accident ou une maladie soudaine et imprévisible, survenu lors d'un déplacement et ayant entraîné :

- une hospitalisation imprévue de plus de 10 jours.

IMA organise et prend en charge le déplacement aller-retour d'un proche, par train 1^{re} classe ou avion classe économique, ainsi que son hébergement, dans la limite de 10 nuits, petits déjeuners inclus, à concurrence de 100 € par nuit.

FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance Déplacement s'appliquent en cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible d'un bénéficiaire survenu lors d'un déplacement à but touristique ou professionnel d'une durée inférieure à 90 jours.

INTERVENTION

Les garanties s'appliquent compte tenu des caractéristiques géographiques, climatiques, économiques, politiques et juridiques propres au lieu de déplacement et constatées lors de l'évènement.

IMA ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales, médicales et/ou administratives, et ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés s'ils relèvent de l'autorité publique.

IMA ne peut intervenir dans les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine.

Toutes les dépenses que le bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'évènement donnant lieu à l'intervention d'IMA assurances restent à sa charge (titre de transport, repas ...).

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par IMA ou en accord préalable avec elle. IMA ne participe pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, IMA pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

EXCLUSIONS POUR LES GARANTIES D'ASSISTANCE DÉPLACEMENT

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties :

- **les affections ou lésions n'empêchant pas le bénéficiaire de poursuivre son déplacement et dont le traitement peut-être différé à son retour,**
- **les maladies chroniques, complications, rechutes de maladies constituées antérieurement et comportant un risque d'aggravation brutal ou proche,**
- **les convalescences et affections en cours de traitement et non encore guéries au moment du déplacement,**
- **les évènements, et leurs conséquences, survenus lors de la pratique de sports à titre professionnel ou dans le cadre d'une compétition,**
- **les soins externes (toutes consultations ou tous examens complémentaires, actes de kinésithérapie ou de pansement, soins optiques réalisés en cabinet ou en établissement hospitalier public ou privé, sans hospitalisation),**
- **les états de grossesse dans le cadre de leur déroulement normal, sauf complication imprévue,**
- **les frais de repas autres que le petit déjeuner, ainsi que les frais de téléphone et de bar en cas d'hébergement pris en charge par IMA,**
- **les frais de transports primaires, de secours d'urgence et les frais de recherche,**
- **les voyages à visée diagnostique et/ou thérapeutique, c'est-à-dire ayant pour objectif de consulter un praticien ou d'être hospitalisé ainsi que les déplacements pour greffe d'organe.**

La preuve de l'exclusion incombe à IMA.

1 - SITE INTERNET MA SANTÉ AU QUOTIDIEN

IMA met à disposition de l'adhérent un site Internet accessible à partir de l'adresse :

<http://mieux-etre.ima-sante.com>

via un accès sécurisé et illimité 24h/24 et 7j/7. Lors de la première connexion, il sera demandé le nom, prénom et numéro de l'adhérent.

Le site propose :

- une information générale sur les garanties d'assistance,
- des contenus sur les grands principes de la prévention,
- un service de prise de rendez-vous médical en ligne,
- un annuaire sanitaire et social pour trouver un professionnel de santé près de chez soi,
- l'accès à un réseau qualifié de diététiciens,
- l'accès à un réseau qualifié d'ostéopathes.

1.1. LA TÉLÉCONSULTATION

IMA propose aux bénéficiaires l'accès à un service de téléconsultation médicale via le site Internet cité à l'article 1.

Le service de téléconsultation est sécurisé et accessible 24h/24 et 7j/7. Le service est limité à 5 téléconsultations par bénéficiaire par année civile.

Une fois connecté, le bénéficiaire peut être mis en relation avec un médecin généraliste ou spécialiste selon son choix, par trois canaux de communication au choix : chat, appel audio ou visioconférence.

Le service de téléconsultation ainsi accessible se compose de :

- une réponse écrite d'un médecin à une question écrite du bénéficiaire, ou d'un échange en visioconférence ou en audio avec un médecin, en fonction du mode de contact choisi par le bénéficiaire,
- un compte rendu de la téléconsultation, envoyé au médecin traitant sur demande du bénéficiaire,
- une ordonnance le cas échéant.

La téléconsultation d'un bénéficiaire de moins de 18 ans ne pourra se faire qu'en présence du parent majeur.

Restrictions :

Ce service n'est pas un service d'urgence. En cas d'urgence, il convient d'appeler le 15.

Sont exclus de la téléconsultation les renouvellements de traitement de pathologies chroniques, les prescriptions d'arrêt de travail et les certificats médicaux.

2 - EN CAS D'HOSPITALISATION : ACCOMPAGNEMENT PRÉ ET POST HOSPITALISATION

IMA propose au bénéficiaire un accompagnement personnalisé avant et après une hospitalisation avec :

• Un parcours personnalisé en ligne

Le parcours est accessible depuis le site Internet cité à l'article 1.

Le portail propose un parcours personnalisé en ligne avec des conseils avant l'intervention, puis au retour au domicile.

• Un accompagnement par la plateforme médico-sociale

L'accompagnement est réalisé au travers d'entretiens téléphoniques avec une infirmière diplômée d'état sous la responsabilité d'un médecin. Il permet de faire le point avec l'adhérent, lui apporter des conseils adaptés à sa situation et de répondre à ses questions. Il est composé :

- d'un appel avant l'intervention pour bien préparer son hospitalisation et anticiper sa sortie : anesthésie, formalités, gestion de l'anxiété, règles d'hygiène et d'alimentation, aides nécessaires au retour au domicile...
- d'un appel au retour au domicile pour favoriser un bon rétablissement : surveillance des principaux signes cliniques et symptômes (douleur, fièvre, cicatrice, nausées...), compréhension des ordonnances de sortie et mise en place de son suivi médical, reprise des activités quotidiennes...
- et si l'infirmière l'estime opportun, d'un suivi allant jusqu'à 3 entretiens téléphoniques avec l'infirmière.

Le Service est ouvert dès l'annonce de l'hospitalisation, et jusque dans les 20 jours suivant le retour au domicile.

Le Service est accessible du lundi au samedi, hors jours fériés.

L'accompagnement téléphonique sera uniquement délivré au bénéficiaire hospitalisé. Toutefois en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 18 ans, il pourra l'être à l'un de ses parents ou représentants légaux.

FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties s'appliquent en cas d'hospitalisation dans les conditions spécifiées à l'article 2.

DÉLAI DE DEMANDE D'ASSISTANCE

Sauf cas de force majeure, pour être recevable toute demande d'assistance portant sur la garantie décrite à l'article 2 doit être exercée au plus tard dans les 20 jours qui suivent la sortie d'une hospitalisation.

Passé ce délai, aucune garantie ne sera accordée.

TERRITORIALITÉ

Les garanties d'assistance s'appliquent en France Métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et en outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

PIÈCES JUSTIFICATIVES

IMA se réserve le droit de demander la justification médicale de l'évènement générant la mise en œuvre des garanties (bulletin d'hospitalisation).

EXCLUSIONS À L'APPLICATION DES GARANTIES

FAUSSE DÉCLARATION

La fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, lors de la survenance d'un évènement garanti entraîne la perte du droit à garantie.

FORCE MAJEURE

IMA ne sera pas tenu responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'évènements tels que pandémie, épidémie, guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, attentat, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

EXCLUSIONS POUR LES GARANTIES IMA S@NTÉ

N'est pas couvert l'accompagnement de personnes atteintes de démence et troubles psychotiques divers ou de personnes souffrant de Troubles Envahissant du Développement (autisme...).

Ne sont pas couverts pour l'accompagnement pré et post hospitalisation :

- les séances (dialyses, chimiothérapie, radiothérapie ou curiethérapie),
- les soins externes,
- les hospitalisations liées à une grossesse, excepté les accouchements par césarienne.

DURÉE DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité du contrat « Assistance santé » souscrit par l'adhérent auprès de Mutuelle Mieux-Être.

RÉSILIATION

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation du contrat souscrit par l'adhérent auprès de Mutuelle Mieux-Être pour tout évènement survenu ultérieurement ainsi qu'en cas de résiliation du contrat d'assurance souscrit par Mutuelle Mieux-Être auprès d'IMA. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par IMA.

SUBROGATION

IMA est subrogée à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions des bénéficiaires contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par IMA ; c'est-à-dire qu'IMA effectue en lieu et place des bénéficiaires les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la convention d'assistance est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action des bénéficiaires contre IMA 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 les bénéficiaires ou a été indemnisé par ces derniers.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance non équivoque par IMA du droit à garantie des bénéficiaires,
- la demande en justice, même en référé,
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles ou un acte d'exécution forcée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par IMA aux bénéficiaires en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par les

bénéficiaires à IMA en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, IMA et les bénéficiaires ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Mutuelle Mieux-Être, Mutuelle régie par le livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° SIREN n°775 659 907, et dont le siège social est situé au 171 avenue Ledru Rollin - 75544 Paris Cedex 11 collecte, en qualité de Responsable de Traitement, les catégories de données suivantes, dans le cadre de la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assistance :

- des données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat,
- des données relatives à la situation familiale,
- des données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des sinistres,
- des informations relatives à la détermination ou à l'évaluation des préjudices,
- des données de localisation des personnes ou des biens en relation avec les risques assurés,
- des données médicales pour lesquelles l'adhérent a donné son consentement lors de la souscription du contrat.

Ces données sont utilisées par Mutuelle Mieux-Être pour la stricte exécution des services et notamment pour :

- la passation des contrats,
- la gestion des contrats,
- l'exécution des contrats,
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux,
- les opérations relatives à la gestion de ses clients et notamment le suivi de la relation client (ex : passation d'enquête de satisfaction),
- la mise en œuvre de dispositifs de contrôles, notamment en matière de lutte contre la fraude et la corruption,
- la gestion des demandes de droit d'accès, de rectification et d'opposition,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives.

Ces données peuvent être transmises aux intermédiaires d'assurance et prestataires de Mutuelle Mieux-Être chargés de la gestion du portefeuille. Celles nécessaires à la mise en œuvre des garanties d'assistance sont transmises aux prestataires de Mutuelle Mieux-Être chargés de l'exécution de ces garanties, en particulier à IMA, ainsi qu'à tout

intervenant dans l'opération d'assistance. Elles sont susceptibles d'être transmises hors de l'Union Européenne en cas d'événement générateur survenant hors de cette territorialité. Elles peuvent être accessibles ou transmises à des sous-traitants techniques pour les opérations d'administration et de maintenance informatiques.

La demande de mise en œuvre des garanties emporte autorisation expresse des bénéficiaires à IMA de communiquer les informations médicales susceptibles d'être collectées à tout professionnel devant en connaître pour accomplir la mission qui lui est confiée par IMA. Dans ces conditions, les bénéficiaires reconnaissent libérer les professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre des garanties de leur obligation de secret professionnel sur les informations médicales.

Des enregistrements des conversations téléphoniques sont susceptibles d'être effectués par IMA pour des besoins de formation, d'amélioration de la qualité et de prévention des litiges. Le bénéficiaire peut s'y opposer en le signalant au conseiller lors des contacts téléphoniques.

Les données sont conservées pendant la durée de la relation assurantielle majorée des délais de prescription en vigueur. Elles sont ensuite anonymisées pour être conservées à des fins statistiques.

Le bénéficiaire peut, à tout moment, retirer son consentement au traitement de ses données personnelles auprès du Délégué à la Protection des Données de Mutuelle Mieux-Être : 171 avenue Ledru-Rollin – 75544 PARIS Cedex 11. Dans ce cas, il accepte de ne plus bénéficier de la couverture d'assurance.

Conformément aux dispositions légales, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motif légitime. Il peut les exercer, sous réserve de la fourniture d'une pièce justificative d'identité, auprès de Mutuelle Mieux-Être, aux coordonnées suivantes : 171 avenue Ledru Rollin – 75544 PARIS Cedex 11.

Le bénéficiaire dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle en matière de protection des données personnelles compétente s'il considère que le traitement de données à caractère personnel le concernant constitue une violation des dispositions légales.

RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de désaccord sur l'application des garanties, les bénéficiaires peuvent contacter le Service Consommateur d'IMA par courrier au 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort Cedex 09 ou par courriel depuis le site www.ima.eu, Réclamations.

Si, après examen de la réclamation, le désaccord persiste, les bénéficiaires peuvent saisir le Médiateur de l'Assurance par mail à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09. La demande auprès du médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite.

• DÉFINITIONS •

Dans le cadre de la notice, les termes ci-après doivent être entendus avec les acceptions suivantes :

ACCIDENT CORPOREL

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure au bénéficiaire et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages physiques.

ACCIDENT OU MALADIE INVALIDANTE

Accident ou maladie entraînant un taux de déficit fonctionnel supérieur ou égal à 60 % constaté par expertise médicale.

ADHÉRENT

Adhérent ayant souscrit un contrat « Assistance santé » auprès de Mutuelle Mieux-Être.

ANIMAUX DOMESTIQUES

Chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), chats, NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).

BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES D'ASSISTANCE

L'adhérent ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants sous condition d'âge selon les garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs.

Pour l'assistance aux étudiants et jeunes, l'adhérent ou son conjoint doivent être âgés de moins de 30 ans.

Pour l'assistance aux retraités et séniors, l'adhérent ou son conjoint doivent être âgés de 55 ans et plus.

Pour la téléconsultation, l'adhérent ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants mineurs ou majeurs et ascendants directs.

CENTRE DE CONVALESCENCE

Structures de soins qui contribuent à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermique sont assimilés à des centres de convalescence.

DOMICILE

Lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France.

FRANCE

France métropolitaine (par assimilation, les principales de Monaco et d'Andorre) et l'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à une maladie ou un accident, incluant au moins une nuit.

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

Hospitalisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent.

HOSPITALISATION PROGRAMMÉE

Hospitalisation dont le bénéficiaire a connaissance depuis plus de 7 jours.

IMMOBILISATION IMPRÉVUE

Immobilisation dont le bénéficiaire n'a connaissance que dans les 7 jours qui la précèdent. L'immobilisation se traduit par une incapacité à réaliser soi-même les tâches de la vie quotidienne à son domicile, consécutive à une maladie ou un accident, constatée par une autorité médicale compétente.

LISTE DES PATHOLOGIES LOURDES

Accident vasculaire cérébral invalidant, infarctus ou pathologie cardiaque invalidante, hémopathies, insuffisance hépatique sévère, diabète insulino-instable, myopathie, insuffisance respiratoire instable, Parkinson non équilibré, mucoviscidose, insuffisance rénale dialysée décompensée, suite de transplantation d'organe, paraplégie non traumatique, polyarthrite rhumatoïde évolutive, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, complication invalidante suite à des actes chirurgicaux et certaines polyopathologies (association de plusieurs maladies) dont la prise en charge sera laissée à l'appréciation des médecins d'IMA.

MALADIE

En cas d'hospitalisation imprévue ou d'immobilisation imprévue :

Altération soudaine et imprévisible de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.

En cas d'hospitalisation programmée :

Altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.



L'assistance de Mutuelle Mieux-Être intervient 24h/24
à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant

05 49 34 80 19



Notice d'information valant conditions générales Protection Juridique Médicale

La présente garantie est une assurance de protection juridique médicale souscrite par la Mutuelle Mieux-Etre, pour le compte de ses adhérents, auprès de Covéa Protection Juridique.

05 49 34 80 19

1 - DEFINITIONS

Souscripteur :	MUTUELLE MIEUX-ETRE 171, avenue Ledru Rollin - 75 544 PARIS CEDEX 11 Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité - Siren N° 775 659 907
Bénéficiaire :	L'Assuré, c'est-à-dire l'adhérent de la Mutuelle Mieux-Etre, son conjoint, son concubin ou la personne liée à lui par un pacte civil de solidarité, ainsi que leurs enfants fiscalement à charge vivant sous leur toit. Le bénéficiaire est désigné ci-après par le terme "vous".
Assureur :	COVEA PROTECTION JURIDIQUE Société Anonyme d'assurance régie par le Code des Assurances au capital de 88 077 090.60 euros entièrement versé - RCS le Mans 442 935 227 - APE 6512 Z Siège social : 33 rue de Sydney – 72045 Le Mans Cedex 2 L'Assureur est désigné ci-après par le terme "nous".
Litige :	C'est toute opposition d'intérêts entre vous et un tiers, qui se traduit par une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire.
Tiers :	C'est toute personne physique ou morale non assurée par le contrat, à l'exclusion de l'Assureur, de l'Assisteur et du Souscripteur.
Sinistre :	C'est le refus opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire, point de départ du délai dans lequel vous devez nous le déclarer.
Plafond global de garantie :	C'est le montant maximum de notre contribution financière pour le règlement de l'ensemble des diligences réalisées dans votre intérêt dans le cadre de la gestion d'un litige. Il est différent selon que votre litige relève d'une juridiction située en France ou dans un pays de l'Espace Economique Européen, dans la Principauté d'Andorre, dans la Principauté de Monaco ou en Suisse.
Seuil d'intervention :	C'est la valeur pécuniaire minimale d'un litige (sans prise en compte d'éventuels intérêts de droit et/ou frais qui pourraient s'y ajouter) au-dessus de laquelle nous le prenons en charge.

2 - L'OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie d'assurance protection juridique médicale est régie par le Code des Assurances.

En cas de survenance d'un **litige garanti**, elle assure la défense de vos droits soit dans un **cadre amiable**, soit dans un **cadre judiciaire** si une solution transactionnelle n'est pas trouvée.

Nous prenons alors en charge, dans les limites prévues à la garantie, les frais de justice et honoraires d'avocat qui s'avèrent nécessaires.

3 – LES LITIGES GARANTIS

▪ Protection juridique médicale

Nous prenons en charge les litiges consécutifs à une **erreur médicale**, un **retard ou une erreur de diagnostic**, une **infection nosocomiale** ou un **défaut de conseil** et vous opposant à :

- > un établissement de soin public ou privé (par exemple : hôpital, clinique, maison de rééducation, établissement psychiatrique...);
- > un professionnel de santé (par exemple : médecin, chirurgien, dentiste, kinésithérapeute, ambulancier, ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur ...);
- > l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux).

▪ Protection juridique consommation liée à la santé

Nous prenons en charge les litiges relatifs :

- > à l'achat ou l'utilisation d'un **équipement médical ou d'un produit** défectueux, non conforme ou dangereux ;
- > à la réalisation des **travaux d'aménagements d'une habitation ou d'un véhicule** rendus nécessaires par votre état de santé;
- > à la mise en œuvre, en raison de votre état de santé, d'une **assurance** liée à un prêt.

▪ **Protection juridique prestations sociales et allocations**

Nous prenons en charge les litiges consécutifs à votre état de santé et vous opposant à un **organisme social**, de **prévoyance** ou une **institution chargée de l'attribution d'allocations spécialisées** dont vous êtes bénéficiaire (ex : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).

4 – LES EXCLUSIONS ET DECHEANCES DE GARANTIES

Nous ne prenons pas en charge les litiges :

- Vous opposant à la Mutuelle Mieux-Etre ;
- provenant d'une tromperie, d'une fraude, d'une faute intentionnelle ou d'une abstention fautive de votre part ;
- portant sur des faits ou actes dont vous aviez eu connaissance antérieurement à la date d'effet des garanties ;
- déclarés postérieurement à la date de fin d'effet des garanties ;
- ayant un intérêt pécuniaire inférieur au seuil d'intervention de 150 euros ;
- non fondés en droit, c'est-à-dire présentant un caractère absolument non défendable eu égard à votre position dans votre litige au regard des sources juridiques en vigueur ;
- non déclarés, sauf cas fortuit ou de force majeure dans un délai de 30 jours à compter du refus opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire, dès lors que le retard dans la déclaration nous cause un préjudice.

Outre ces exclusions et déchéances de garanties :

- nous ne couvrons pas les frais, provisions, honoraires et consignations que vous régleriez personnellement sans notre accord préalable et en l'absence d'urgence,
- ne sont pas couverts par le contrat, les cautions et les consignations pénales, les amendes, les astreintes, les sanctions, sommes et obligations auxquelles vous pourriez être condamné lors d'une procédure prise en charge par nous, ainsi que les frais et dépens exposés par votre adversaire que la juridiction saisie estimerait équitable de vous faire supporter en tout ou partie ; il en va de même des sommes au paiement desquelles vous pourriez être condamné au titre de l'article 700 du Code de Procédure Civile et ses équivalents devant les autres juridictions,
- nous pouvons suspendre le règlement de tous frais et honoraires et vous demander le remboursement des sommes réglées par nous, s'il apparaît au cours d'une procédure prise en charge par nous, que les informations que vous nous avez données lors de la déclaration de litige, ou depuis, sont volontairement erronées ou incomplètes.

5 – LA TERRITORIALITE

Les garanties du contrat s'appliquent en France, dans les pays de l'Espace Economique Européen et dans les pays ou territoires suivants : Principauté d'Andorre, Principauté de Monaco et Suisse.

Ne sont pas pris en charge les frais d'exequatur ou d'exécution d'une décision hors des pays et territoires cités ci-dessus, et par voie de conséquence, les litiges susceptibles d'aboutir à des décisions judiciaires qui ne pourraient être exécutées que par ces moyens.

6 – LES LIMITES DE GARANTIES

- **Seuil d'intervention** : 150 euros
- **Plafond global de garantie** :

France	100 000 euros par litige
Espace Economique Européen, Principauté d'Andorre, Principauté de Monaco et Suisse	20 000 euros par litige

- **Plafond spécifique de prise en charge des honoraires d'avocat, TVA incluse**

C'est le montant maximum des honoraires que nous payons en règlement des diligences de votre avocat. Il fait l'objet du tableau figurant à la page suivante de la présente notice.

Ce plafond est réévalué chaque année. Il peut vous être communiqué par le Souscripteur sur votre simple demande. Il vous sera par ailleurs remis dans le cadre de la gestion d'un litige que nous prenons en charge.

PLAFOND SPECIFIQUE DE PRISE EN CHARGE DES HONORAIRES D'AVOCAT 2019

Par ordonnance, jugement ou arrêt (y compris la préparation du dossier et la plaidoirie). Les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de téléphone, de déplacement, etc.) sont inclus dans l'honoraire que nous réglons dans le cadre de ce plafond.

La mise en œuvre de ce plafond dépend des garanties protection juridique dont vous êtes bénéficiaire.

PROCEDURES	Montant T.T.C.	Montant H.T.
. Tribunal d'instance	828 €	690.00 €
. Tribunal de grande instance	1 111 €	925.83 €
. Pôle social du Tribunal de Grande Instance	987 €	822.50 €
. Conseil de prud'hommes :		
- audience de conciliation (sans conciliation)	633 €	527.50 €
- audience de conciliation (avec conciliation)	1 129 €	940.83 €
- audience de jugement	841 €	700.83 €
. Tribunal de commerce	1 014 €	845.00 €
. Tribunal administratif	1 136 €	946.67 €
. Conseil de discipline :		
- suivi de sanctions	694 €	578.33 €
- non suivi de sanctions	1 043 €	869.17 €
. Juge de l'expropriation	918 €	765.00 €
. Tribunal de police 5ème classe	891 €	742.50 €
. Tribunal correctionnel :		
- hors mise en examen de l'assuré	928 €	773.33 €
- mise en examen de l'assuré, incluant un forfait de 15 heures d'assistance à instruction	3 878 €	3 231.67 €
. Cour d'assises et cour d'assises des mineurs	1 164 €/journée	970.00 €
. Cour d'assises (mise en examen de l'assuré incluant un forfait de 15h d'assistance à instruction) journée d'audience supplémentaire = plafond "cour d'assises"	4 885 €	4 070.83 €
. Chambre de l'instruction et juridiction d'application des peines	595 €	495.83 €
. Composition pénale, présentation au procureur	727 €	605.83 €
. CIVI-CRCI-ONIAM	742 €	618.33 €
. Commission	354 €	295.00 €
. Tribunal paritaire des baux ruraux :		
- audience de conciliation	309 €	257.50 €
- audience de jugement	593 €	494.17 €
. Autres juridictions de 1ère instance françaises	928 €	773.33 €
. Juridictions étrangères du 1er degré	1 010 €	841.67 €
. Cour d'appel	1 195 €	995.83 €
. Postulation cour d'appel	630 €	525.00 €
. Recours devant le 1er président de la cour d'appel	784 €	653.33 €
. Recours contre une décision du 1er degré ou autre devant une juridiction étrangère	1 515 €	1 262.50 €
. Cour de cassation et conseil d'état :		
- en demande	2 627 €	2 189.17 €
- en défense	2 326 €	1 938.33 €
. Juridictions européennes	1 430 €	1 191.67 €
. Référé (dont référé suspension) et juge de l'exécution	604 €	503.33 €
. Ordonnance du juge de la mise en état	604 €	503.33 €
. Ordonnances (notamment sur requête gracieuse) (forfait)	362 €	301.67 €
. Question prioritaire de constitutionnalité	534 €	445.00 €
INTERVENTIONS		
. Suivi expertise judiciaire (forfait)	274 €	228.33 €
. Assistance à expertise/instruction (toutes juridictions)	141 €/heure	117.50 €
. Déclaration de créance /relevé de forclusion par avocat en cours de procédure	152 €	126.67 €
. Démarches au parquet	136 €	113.33 €
. Témoin assisté (forfait 5h)	668 €	556.67 €
. Assistance à garde à vue (si entre 20h et 6h, week-end et jour férié, honoraire doublé)	133 €/heure	110.83 €
. Rédaction de plainte avec constitution de partie civile	362 €	301.67 €
. Frais de photocopies (forfait par affaire confiée)	12 €	10.00 €
. Intervention amiable (art. L 127-2-3 du Code des assurances)	228 €	190.00 €
+ Bonus transaction amiable aboutie mettant fin au litige	343 €	285.83 €
. Médiation (pénale, civile, conventionnelle) conciliation et procédure participative par avocat	727 €	605.83 €
+ Bonus transaction amiable aboutie mettant fin au litige : différence avec le plafond d'honoraires dû devant la juridiction compétente		
. Renvoi en conciliation par le juge (civil, pénal) sans conciliation	354 €	295.00 €
. Consultation avocat à la Cour de Cassation /Conseil d'Etat	1 313 €	1 094.17 €
. Transaction amiable aboutie, après assignation au fond, par avocat : 100 % des honoraires dus devant la juridiction compétente		
. Transaction amiable aboutie, après assignation au fond, hors avocat ou après désistement : 50 % des honoraires dus devant la juridiction compétente		

7.1 Les prestations de renseignement juridique par téléphone

Nous vous délivrons des renseignements juridiques par téléphone dans le cadre des domaines de droit garantis, **dès lors qu'ils relèvent de la législation française**, du lundi au vendredi de 8h00 à 19h00, hormis les jours fériés et chômés, en composant le numéro dédié figurant sur votre bulletin d'adhésion.

Votre appel aboutit au service médico-social de l'Assisteur. Ce premier contact permet d'analyser votre situation de santé, de vous apporter si possible un avis médical (ou tout au moins des informations médicales) lié à votre problématique de santé et de mesurer le bien fondé du préjudice ressenti.

Lorsque l'objet de l'appel nécessite une réponse d'ordre juridique sur le domaine médical, le service médico-social de l'Assisteur vous met directement en relation avec notre service spécialisé de renseignement juridique par téléphone.

7.2 Les prestations d'assistance juridique

À la réception de votre déclaration de litige, un juriste prend en charge votre dossier et vous informe sur vos garanties.

Après étude complète de votre dossier, il vous renseigne sur l'étendue de vos droits.

Ensemble vous élaborez une stratégie commune pour trouver une solution amiable conforme à vos intérêts. Toutefois, nous pourrions **suspendre notre prise en charge juridique et financière** si, en dépit des moyens mis en œuvre par votre juriste, la partie adverse est sans domicile connu ou insolvable, c'est-à-dire dans la situation d'une personne dont il est établi qu'elle ne peut honorer votre créance. Une nouvelle prise en charge pourra intervenir si des informations nouvelles et fondées permettent de localiser votre débiteur et attestent de sa solvabilité.

▪ La recherche prioritaire d'une solution amiable :

Spécialiste de la négociation, votre juriste met en œuvre tous les moyens nécessaires pour régler votre affaire. Dans un souci d'efficacité et de rapidité, il engage des pourparlers en intervenant directement auprès de votre adversaire ou de son mandataire. En cas de besoin, il peut avoir recours à un réseau de consultants, d'huissiers de justice, d'experts qualifiés et à même de mener des négociations.

Vous serez toutefois assisté ou représenté par un avocat si la partie adverse est d'ores et déjà défendue, à ce stade amiable, par l'un d'entre eux, en vertu de l'article L127-2-3 du Code des Assurances.

Vous avez le libre choix de votre avocat.

▪ Le procès :

Dans le cas où une suite judiciaire est donnée au litige, à défaut d'avoir trouvé une solution amiable, **vous avez le libre choix de votre avocat et, conseillé par celui-ci, la direction du procès, c'est-à-dire la maîtrise de la procédure.**

Nous restons à votre disposition pour répondre à toutes vos interrogations sur le déroulement de l'affaire et vous assistons à toutes les étapes de votre dossier.

7.3 Les prestations d'assistance financière

Nous prenons en charge et réglons ou remboursons dans les plus brefs délais, les frais afférents à des actes et démarches pour lesquels nous avons donné notre accord préalable (notamment les frais d'expertise, de constat d'huissier et les frais de procédure) **ainsi que les honoraires d'avocat et les frais de justice qui se révèlent nécessaires, dans la limite du plafond global de garantie et du plafond spécifique de prise en charge des honoraires d'avocat.**

Ainsi vous ne devez en aucun cas régler des frais, provisions, honoraires ou consignations dont nous ne pouvons apprécier le bien-fondé et que nous pouvons donc refuser de vous rembourser.

Les frais habituels de gestion d'un dossier (frais de copie ou photocopie, de téléphone, de déplacement, etc.) sont inclus dans l'honoraire que nous réglons.

Si un avocat succède à un autre pour assurer la défense de vos intérêts, ou si vous faites choix de plusieurs défenseurs, le total des honoraires que nous aurons alors à régler ne pourra être supérieur à celui qui serait versé à un seul avocat.

Concernant les condamnations financières mises à la charge de la partie adverse, il est expressément convenu que nous sont acquises par subrogation dans vos droits et à concurrence des montants que nous avons exposés, les sommes recouvrées au titre des **dépens** et de **l'article 700 du Code de procédure civile et ses équivalents devant les autres juridictions**. Elles serviront toutefois à vous rembourser prioritairement si vous justifiez du règlement de frais et honoraires complémentaires restés à votre charge.

8 – L'OUVERTURE ET LE SUIVI DE VOTRE DOSSIER DE PROTECTION JURIDIQUE

La déclaration du litige :

Dès que vous en avez connaissance et au plus tard dans un délai de 30 jours, afin de préserver au mieux vos intérêts, vous devez nous déclarer votre litige par téléphone au 05 49 34 80 19 et tout moyen écrit à :

COVEA PROTECTION JURIDIQUE - Prestations
Dossier Protection Juridique Santé MME
"Le Neptune", 1 rue Galilée
93195 Noisy-le-Grand Cedex

Cette déclaration doit nous parvenir dans un délai plus court si nécessaire en cas, par exemple, de réception d'un acte d'huissier ou d'une convocation devant un tribunal.

En cas d'urgence vous pourriez être amené à prendre les premières mesures indispensables pour préserver vos droits et à nous déclarer ensuite votre litige dans les plus brefs délais.

Le coût des consultations, démarches ou actes de procédure qui auraient pu être réalisés avant votre déclaration demeurera à votre charge, sauf si vous justifiez de l'urgence à les avoir demandés.

Dans tous les cas, vous nous adressez :

- > le nom de votre mutuelle et le numéro de contrat protection médicale juridique,
- > la copie d'un justificatif d'adhésion à la Mutuelle Mieux-Etre,
- > vos coordonnées téléphoniques et les coordonnées de votre adversaire,
- > un résumé chronologique et circonstancié du litige,
- > vos demandes à l'encontre de votre adversaire,
- > les documents utiles à la constitution de votre dossier.

Ces informations nous sont en effet nécessaires pour nous prononcer sur la garantie et défendre au mieux vos intérêts.

Par la suite, nous pourrions être amenés à vous demander des précisions, pièces ou témoignages complémentaires dès lors qu'il vous faut réunir tous les éléments tendant à établir la réalité de votre différend et constituer un commencement de preuve des faits que vous avancez.

En cours de procédure, vous aurez à nous communiquer, ou à nous faire communiquer par votre avocat, tout document utile nous permettant l'examen du bien-fondé de l'action.

9 – LE RÈGLEMENT D'UN DÉSACCORD ENTRE VOUS ET NOUS

9.1 Réclamation - médiation

Si un **différend** persiste sur les modalités d'application de vos garanties de protection médicale juridique, vous pouvez vous adresser au **Département Qualité Clientèle** :

- > **Par courrier** Covéa Protection Juridique - Département Qualité Clientèle « Le Neptune » 1, rue Galilée 93195 Noisy-le-Grand Cedex
- > **Par email** contactdqc-pjng@covea.fr
- > **Par téléphone** 01 49 14 84 44

qui vous apportera une réponse définitive.

Dans tous les cas il sera accusé réception de votre réclamation dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception, sauf si une réponse vous est apportée entre-temps.

Nous nous engageons en outre à vous tenir informé si la durée du traitement de votre réclamation devait être dépassée.

La durée totale de traitement de votre réclamation par l'interlocuteur habituel et le Département Qualité Clientèle, si vous l'avez sollicité, n'excèdera pas deux mois, sauf circonstances particulières.

Après épuisement de toutes les voies de recours internes ou si aucune réponse ne vous a été apportée dans les délais impartis, vous avez la possibilité, si le désaccord persiste, de saisir **le Médiateur de l'Assurance** :

- > Directement sur le site internet www.mediation-assurance.org*
- > Par courrier : La Médiation de l'Assurance-TSA 50110-75441 Paris Cedex 09

* La charte "La Médiation de l'Assurance" précisant les conditions d'intervention du Médiateur de l'Assurance est disponible sur ce site.

9.2. Désaccord - arbitrage

S'il existe un désaccord entre vous et nous quant au règlement d'un litige, vous pouvez :

- > soit le soumettre à l'appréciation d'une tierce personne, reconnue pour son indépendance et ses qualités professionnelles et désignée d'un commun accord par vous et nous. A défaut, cette dernière est désignée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du défendeur, statuant en référé, sur la demande de la partie la plus diligente. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à notre charge, à moins que le Président du Tribunal de Grande Instance n'en décide autrement lorsque vous l'avez mise en œuvre dans des conditions abusives ;
- > soit engager à vos frais une procédure contentieuse.

Si vous obtenez une solution plus favorable que celle proposée par nous ou la tierce personne, nous nous engageons à vous rembourser, déduction faite des sommes vous revenant au titre des dépens et/ou de l'article 700 du Code de procédure civile et ses équivalents devant les autres juridictions, le montant de ses frais et honoraires, dans la limite de nos obligations contractuelles.

9.3. Conflit d'intérêts

En cas de conflit d'intérêts entre vous et nous (hypothèse qui peut apparaître lorsque deux de nos assurés s'opposent), vous avez la liberté de choisir votre avocat ou, si vous le préférez, une personne qualifiée pour vous assister conformément aux règles et aux garanties du contrat.

10 – LA PROTECTION DES DONNÉES A CARACTERE PERSONNEL

A QUI SONT TRANSMISES VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Vos données personnelles sont traitées par nous, et par le Groupe Covéa, auquel nous appartenons, responsables de traitement.

Vous trouverez nos coordonnées sur les documents contractuels et précontractuels qui vous ont été remis ou mis à votre disposition. Le Groupe Covéa est représenté par Covéa, Société de Groupe d'Assurance Mutuelle régie par le Code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90 rue St Lazare 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le Groupe Covéa, vous pouvez consulter le site <https://www.covea.eu>.

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

Ces destinataires peuvent être situés en dehors de l'Union européenne sur la base d'une décision d'adéquation ou de conditions contractuelles négociées. Ces dispositifs sont disponibles auprès du Délégué à la Protection des Données.

POURQUOI AVONS-NOUS BESOIN DE TRAITER VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

1. Vos données personnelles sont traitées par nous et par le groupe Covéa afin de :

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

2. Ces traitements ont pour bases légales : l'intérêt légitime des responsables de traitement pour les finalités de prospection commerciale, de lutte contre la fraude à l'assurance, de recherche développement ainsi que d'actions de prévention ; et votre contrat pour les autres finalités citées, hors données de santé. Lorsque la base légale est le contrat, le refus de fournir vos données entraîne l'impossibilité de conclure celui-ci.

Les responsables de traitement ont pour intérêt légitime : leur développement commercial, le développement de nouvelles offres et de nouveaux services, et la maîtrise de leur sinistralité.

3. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, nous pouvons, en cas de détection d'une anomalie, d'une incohérence ou d'un signalement, vous inscrire sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, afin de maîtriser nos coûts et protéger notre solvabilité. Avant toute inscription, une information individuelle préalable vous sera notifiée.

QUELLE PROTECTION PARTICULIERE POUR VOS DONNEES DE SANTE ?

Nous et le Groupe Covéa traitons des données personnelles relatives à votre santé aux fins de conclusion et gestion de votre contrat et/ou l'instruction et la gestion de votre sinistre. Ces données sont également utilisées à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance.

Vos données de santé nous sont nécessaires pour évaluer les risques. En aucun cas vos données de santé ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale.

Compte tenu de leur particulière sensibilité, le traitement de ces données de santé est soumis à l'obtention de votre consentement. Pour garantir la confidentialité de vos données de santé et le respect du secret médical, elles sont destinées exclusivement à notre service médical ainsi qu'au seul personnel spécifiquement formé à leur traitement par le service médical.

Vous avez la possibilité de ne pas donner votre consentement ou de le retirer à tout moment. En cas de refus ou de retrait de votre consentement nous ne pourrions pas évaluer le risque. Par conséquent la conclusion de votre contrat ou l'instruction et la gestion de votre sinistre seront impossibles. Vous pouvez exercer votre droit de retrait auprès du Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante :

- Covéa Protection Juridique - Protection des données personnelles - «Le Neptune» - 1 rue Galilée 93195 Noisy-le-Grand cedex

ou

- protectiondesdonnees-pjng@covea.fr.

PENDANT COMBIEN DE TEMPS VOS DONNÉES PERSONNELLES SONT-ELLES CONSERVÉES ?

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données personnelles sont conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact avec la personne concernée resté sans effet.

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

En cas d'inscription sur une liste de lutte contre la fraude, vos données personnelles sont conservées 5 ans.

En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé sont conservées pendant 5 ans.

QUELS SONT LES DROITS DONT VOUS DISPOSEZ ?

Vous disposez :

- d'un **droit d'accès**, qui vous permet d'obtenir :
 - > la confirmation que des données vous concernant sont (ou ne sont pas) traitées ;
 - > la communication d'une copie de l'ensemble des données personnelles détenues par le responsable de traitement vous concernant ;

Ce droit concerne l'ensemble des données qui font l'objet (ou non) d'un traitement de notre part.

- d'un **droit de demander la portabilité** de certaines données. Plus restreint que le droit d'accès, il s'applique aux données personnelles que vous avez fournies (de manière active, ou qui ont été observées dans le cadre de votre utilisation d'un service ou dispositif) dans le cadre de la conclusion et la gestion de votre contrat.
- d'un **droit d'opposition**, qui vous permet de ne plus faire l'objet de prospection commerciale de notre part ou de la part de nos partenaires, ou, pour des raisons tenant à votre situation particulière, de faire cesser le traitement de vos données à des fins de recherche et développement, de lutte contre la fraude et de prévention.
- d'un **droit de rectification** : il vous permet de faire rectifier une information vous concernant lorsque celle-ci est obsolète ou erronée ou de la faire compléter, le cas échéant.
- d'un **droit d'effacement** : il vous permet d'obtenir l'effacement de vos données personnelles sous réserve des durées légales de conservation. Il peut notamment trouver à s'appliquer dans le cas où vos données ne seraient plus nécessaires au traitement.
- d'un **droit de limitation** qui vous permet de limiter le traitement de vos données (ne faisant alors plus l'objet d'un traitement

actif) :

- > en cas d'usage illicite de vos données ;
 - > si vous contestez l'exactitude de celles-ci ;
 - > s'il vous est nécessaire de disposer des données pour constater, exercer ou défendre vos droits.
- d'un **droit d'obtenir une intervention humaine** : nous pouvons avoir recours à une prise de décision automatisée en vue de la souscription ou de la gestion votre contrat pour l'évaluation du risque. Dans ce cas, vous pouvez demander quels ont été les critères déterminants de la décision auprès du Délégué à la Protection des données.

Vous pouvez exercer vos droits par courrier à l'adresse postale « Covéa Protection Juridique - protection des données personnelles » - «Le Neptune» - 1 rue Galilée 93195 Noisy-le-Grand cedex ou par email à l'adresse protectiondesdonnees-pjng@covea.fr.

À l'appui de votre demande d'exercice des droits, il vous sera demandé de justifier de votre identité.

Vous pouvez vous inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, vous ne serez pas démarché par téléphone sauf si vous nous avez communiqué votre numéro de téléphone afin d'être recontacté ou sauf si vous êtes titulaire auprès de nous d'un contrat en vigueur.

Vous pouvez définir des directives générales auprès d'un tiers de confiance ou particulières auprès du responsable de traitement concernant la conservation, l'effacement et la communication de vos données personnelles après votre décès. Ces directives sont modifiables ou révocables à tout moment.

En cas de désaccord sur la collecte ou l'usage de vos données personnelles, vous avez la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

COMMENT CONTACTER LE DELEGUE À LA PROTECTION DES DONNÉES ?

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données, à l'une des adresses suivantes:

- Par mail : deleguealaprotectiondesdonnees@covea.fr,
- Par courrier : Délégué à la Protection des Données - 86-90 rue St Lazare 75009 Paris.

11 – LA PRESCRIPTION

Toute action découlant de ce contrat est prescrite dans le délai de 2 ans à compter de l'événement qui lui donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L114-1 et L114-2 du Code des Assurances.

Toutefois, ce délai de 2 ans ne court :

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

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

La prescription peut être interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci :

- > citation en justice, même en référé,
- > actes d'exécution forcée à l'encontre de celui que l'on veut empêcher de prescrire,
- > reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer,

ainsi que dans les cas ci-après :

- > désignation d'experts à la suite d'un litige,
- > 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 cotisation,
 - par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription peut aussi être suspendue par la mise en œuvre des procédures prévues aux articles 9.1 et 9.2.

Conformément à l'article L 114-3 du Code des assurances, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension

ou d'interruption de celle-ci.