



Complémentaire santé
Mutuance



Notice

d'information

valant conditions générales
convention d'assistance
Statuts de l'association USPC

UMC-MUT-0415

Adhésion proposée par



AcommeAssure
Le comparateur conseil en assurances

A photograph of a smiling couple sitting outdoors. The woman is on the left, wearing a light-colored patterned top, and the man is on the right, wearing a light blue shirt. They are both looking towards the camera. The background is a soft-focus outdoor setting with greenery.

Sommaire

Tableau des garanties.....	P.3
Préambule.....	P.5
Votre adhésion.....	P.5
Vos garanties.....	P.6
Vos remboursements.....	P.7
Vos services.....	P.7
La vie de votre contrat.....	P.8
Dispositions générales.....	P.8
Informations complémentaires.....	P.9
Votre gestionnaire.....	P.10

Annexes

Convention d'assistance.....	P.11
Recours médical.....	P.19
Statuts USPC.....	P.20

Tableau des garanties

Le tableau ci-dessous comprend le remboursement du Régime Obligatoire exprimé en % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS). Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base, dans la limite d'un forfait défini par bénéficiaire et par année d'adhésion. Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale dits «contrats responsables».

Hospitalisation en secteur conventionné		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7
Frais de séjour		100%	100%	125%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais journalier hospitalier ⁽¹⁾		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires ⁽⁵⁾	Adhérents CAS ⁽²⁾	100%	100%	125%	150%	200%	250%	150%
	Non-Adhérents CAS ⁽³⁾	100%	100%	105%	130%	180%	200%	130%
Chambre particulière ⁽⁴⁾		-	-	25€/jour	35€/jour	45€/jour	60€/jour	35€/jour
Lit accompagnant ⁽⁴⁾		-	-	15€/jour	15€/jour	15€/jour	30€/jour	15€/jour

Frais médicaux courants		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7
Consultations généralistes et spécialistes	Adhérents CAS ⁽²⁾	100%	100%	125%	150%	200%	250%	150%
	Non-Adhérents CAS ⁽³⁾	100%	100%	105%	130%	180%	200%	130%
Actes techniques ou actes spécialisés	Adhérents CAS ⁽²⁾	100%	100%	125%	150%	200%	250%	125%
	Non Adhérents CAS ⁽³⁾	100%	100%	105%	130%	180%	200%	105%
Analyses		100%	100%	100%	150%	150%	150%	125%
Radiologie ou imagerie	Adhérents CAS ⁽²⁾	100%	100%	100%	150%	150%	150%	150%
	Non-Adhérents CAS ⁽³⁾	100%	100%	100%	130%	130%	130%	130%
Auxiliaires médicaux		100%	100%	125%	150%	200%	250%	150%
Transport		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Pharmacie	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7
Médiacaments remboursés à 65% (Vignettes blanches)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés à 30% (Vignettes bleues)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments remboursés à 15% (Vignettes orange)	-	-	100%	100%	100%	100%	100%

Optique		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7
Forfait global Verres+montures ⁽⁶⁾ (Monture limitée à 150€) ainsi que les lentilles acceptées/refusées et la Chirurgie réfractive dont le budget maximum pour ces deux derniers postes est mentionné entre parenthèses	Immédiat	100%	50€ (0€)	100€ (50€)	150€ (75€)	200€ (100€)	250€ (125€)	300€ (125€)
	Année 2	100%	75€ (25€)	125€ (75€)	175€ (100€)	225€ (125€)	275€ (150€)	350€ (150€)
	Année 3	100%	100€ (50€)	150€ (75€)	200€ (100€)	250€ (125€)	300€ (150€)	400€ (150€)
	Année 4	100%	125€ (75€)	175€ (100€)	225€ (125€)	275€ (150€)	325€ (175€)	450€ (175€)
Supplément pour les verres complexes ou très complexes ⁽⁶⁾	Immédiat	-	150€	150€	150€	150€	150€	150€
	Année 2	-	150€	150€	150€	150€	150€	150€
	Année 3	-	150€	150€	150€	150€	150€	150€
	Année 4	-	150€	150€	150€	150€	150€	150€

Dentaire		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7
Soins dentaires		100%	100%	125%	150%	200%	250%	150%
Prothèses d'orthodontie remboursées	Immédiat	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	Année 2	100%	100%	125%	150%	200%	250%	325%
	Année 3	100%	125%	150%	175%	225%	275%	350%
	Année 4	100%	150%	175%	200%	250%	300%	400%
Dentaire non remboursé (Prothèses non remboursées, implants, parodontie, orthodontie non remboursée)		-	-	100€	125€	150€	200€	450€
Plafond dentaire	Années 1 et 2	-	500€	500€	525€	600€	800€	1000€
	Au-delà	-	1000€	1000€	1000€	1200€	1400€	1800€

Définitions :

- Verres simples : Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00.
- Verres complexes : Verres simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00.
- Verres multifocaux ou progressifs. Matériel pour amblyopie.
- Verres très complexes : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 ou Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00.

Bien-Être et équipements	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7
Médecines douces (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, pédicure, podologue, diététicien et nutritionniste) non remboursées.	-	-	15€/séance Limité à 3 séances/an	20€/séance Limité à 3 séances/an	15€/séance Limité à 4 séances/an	25€/séance Limité à 4 séances/an	15€/séance Limité à 3 séances/an
Cure thermales ⁽⁷⁾ (honoraires, soins, frais de séjour)	-	-	100€	125€	150€	200€	100€
Prothèses et appareillages	100%	100%	100%	125%	150%	200%	100%
Renfort Audio-prothèse (Année 2)	-	-	50€	75€	100€	150€	50€
Actes de prévention (ostéodensitométrie, Dépistage des troubles de l'audition)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Services	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7
Aide au devis dentaire et optique	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Tiers Payant	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Assistance en cas d'immobilisation, hospitalisation, décès	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Frais de dossier	AUCUN	AUCUN	AUCUN	AUCUN	AUCUN	AUCUN	AUCUN

(1) Dans le cadre des établissements de santé, le forfait journalier est pris en charge sans limitation. Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées pour personnes handicapées n'est pas pris en charge par ce contrat, et ce conformément aux règles présentes au sein de la Circulaire N° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30/01/2015 sur les Contrats Responsables.

(2) Médecins ayant adhéré au dispositif du contrat d'accès aux soins.

(3) Médecins n'ayant pas adhéré au dispositif du contrat d'accès aux soins.

(4) Limité à 90 jours par an et par assuré.

(5) Dans le cadre du secteur non conventionné, les remboursements sont exprimés en fonction des tarifs d'autorité (TA) et non selon la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale Reconstituée (BRR).

(6) Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture, par période de 2 ans, à compter de la date d'acquisition de l'équipement, sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue où elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an. Néanmoins, pour les niveaux n'offrant pas de garantie optique au-delà des tarifs de responsabilité, la prise en charge du ticket modérateur n'est pas limitée et le ticket est couvert automatiquement.

(7) Garantie acquise à partir de l'année 2

Préambule

La présente notice a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre du contrat collectif Frais de Santé MUTUANCE. L'association USPC (UMC Santé Prévoyance Complémentaire) - Association régie par la loi du 1er juillet 1901, domiciliée au 35 rue Saint Sabin 75011 Paris- a souscrit le présent contrat pour le compte de ses membres auprès de la Mutuelle UMC.

La Mutuelle UMC est soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire Sirène sous le numéro SIREN 529 168 007. Elle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

Les garanties du contrat MUTUANCE ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, de garantir aux assurés le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, dans la limite des frais réellement engagés, dans un cadre collectif.

Elles respectent les règles du contrat responsable, au sens de la loi du 13 août 2004, modifiée le 18 novembre 2014 relative à l'Assurance Maladie, et notamment ses obligations et ses interdictions de prise en charge.

Le distributeur du contrat MUTUANCE est Média Courtage société editrice d'AcommeAssure.com, Société par Actions Simplifiée au capital de 200 000€ immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Brest sous le numéro 524 259 978- Courtier en assurance inscrit au registre de l'ORIAS sous le numéro 10 058 534 et dont le siège social est situé au 2 avenue Georges Pompidou 29200 Brest .

Le gestionnaire des prestations est Mutua Gestion, Société enregistrée au Registre du Commerce et des Sociétés de Toulouse, SIREN 788 998 078 et dont le siège social est situé 54 bis avenue Jacques Douzans - BP 90051 - 31602 Muret Cedex.

Chapitre 1 : Quelques définitions

Accident :

S'entend de l'effet soudain, imprévisible et involontaire d'une cause extérieure provoquant sur la personne physique du membre participant une atteinte ou lésion corporelle. La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire.

Assuré :

Désigne l'assuré social, c'est-à-dire la personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie.

Ayants droit :

Au sens de la Sécurité sociale, désignent les personnes à la charge du membre participant en sa qualité d'assuré social et qui peuvent prétendre à ce titre au versement des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie auquel il est affilié. Au sens de votre régime complémentaire, désignent les personnes définies page 4 au paragraphe « Les bénéficiaires ayants droit du membre participant ».

Bénéficiaire :

Est considéré comme bénéficiaire la personne qui recevra la prestation due par la Mutuelle UMC en cas de réalisation du risque frais de soins de santé garanti par la présente notice d'information.

Délai d'attente : On appelle délai d'attente la période suivant la date d'effet de l'affiliation de l'ayant droit pendant laquelle le membre participant cotise sans que l'ayant droit puisse bénéficier de certaines des prestations prévues par la présente notice d'information.

Garantie :

Elle correspond à l'engagement de la Mutuelle UMC de verser une prestation si le membre participant ou, le cas échéant, les bénéficiaires sont victimes d'un sinistre.

Maladie infectieuse : Fièvre typhoïde ou paratyphoïde, varicelle, rubéole, coqueluche, oreillons, méningite cérébro-spinale, diphtérie, variole, tétanos, rougeole ou dysenterie.

Vous : Désigne l'adhérent au contrat collectif Mutuance.

Chapitre 2 : Votre adhésion

Art. 2.1 : Conditions d'adhésion

L'adhésion est réservée aux personnes adhérentes à l'association USPC. Pour adhérer, vous devez :

- être âgé de moins de 85 ans (par différence de millésime),
- résider en France Métropolitaine, Corse, Guadeloupe, Martinique ou Réunion,
- relever d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Votre conjoint et vos enfants à charge désignés sur la demande d'adhésion peuvent également bénéficier de la garantie choisie.

Loi Madelin : les travailleurs non salariés, non agricoles en activité peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale de leurs cotisations pour le présent contrat, s'ils remplissent les conditions prévues par la loi.

Art. 2.2 : Les formalités d'adhésion

Le dossier d'adhésion qui vous a été remis comprend :

- La notice d'information : à conserver par vos soins
- Un bulletin d'adhésion : à retourner à AcommeAssure.com complété et signé, accompagné de la copie de l'attestation vitale de chaque bénéficiaire inscrit (vous-même et, le cas échéant, votre conjoint, concubin ou partenaire, vos enfants etc.) Aucune formalité médicale n'est demandée.

Art. 2.3 : Début des garanties

La date de prise d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le bulletin d'adhésion. Cette date ne peut jamais être antérieure au jour ouvré suivant la date de réception de votre demande d'adhésion par AcommeAssure.com.

Les garanties prennent effet après l'expiration des éventuels délais d'attente détaillés ci-dessous ; ces délais d'attente courent à partir de la date de votre adhésion.

- 30 jours pour toute prestation liée à une hospitalisation, sauf accident ou maladie infectieuse
- 12 mois pour le Renfort audio-prothèse et le forfait Cures Thermales

Vous bénéficiez d'un droit de renonciation dans les conditions énoncées au chapitre Dispositions générales.

Art. 2.4 : Durée des garanties

L'adhésion est enregistrée pour une durée minimum de 12 mois à compter de la date d'effet indiquée sur votre certificat d'adhésion. Votre contrat se renouvelle chaque année par tacite reconduction à l'issue de son échéance annuelle fixée au 31 décembre.

Les garanties de votre contrat sont viagères.

Art. 2.5 : Votre carte d'adhérent

L'acceptation de votre adhésion à MUTUANCE se matérialise par l'envoi d'un certificat d'adhésion et d'une carte de tiers payant mentionnant notamment l'identité

des bénéficiaires et vos garanties.

Cette carte est à vérifier puis à conserver et sera renouvelée à effet du 1er janvier de chaque année.

Chapitre 3 : Vos Garanties

Seuls les frais médicaux pris en charge par un régime obligatoire d'Assurance Maladie font l'objet d'un remboursement complémentaire, (sauf dérogations indiquées dans le tableau des garanties en page 3). Les prestations sont dues au titre des actes de santé prescrits et des frais correspondants engagés à compter de la date d'effet de l'adhésion, et pendant la période durant laquelle le bénéficiaire adhère au contrat MUTUANCE. La date des soins, prise en considération pour le remboursement des prestations est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoire.

La part prise en charge par la Mutuelle UMC est dans tous les cas limitée, pour chaque acte, aux frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, d'un autre organisme complémentaire.

Art 3.1 : Hospitalisation

Les garanties du contrat MUTUANCE interviennent uniquement en cas d'hospitalisation en secteur conventionné prise en charge par un régime obligatoire d'Assurance Maladie. Sont donc prises en charge au titre des garanties les séjours et hospitalisation en établissements spécialisés (rééducation, réadaptation, diététique, ...) cures thermales, maison de repos et de convalescence, dès lors qu'ils sont conventionnés et pris en charge par un régime obligatoire d'Assurance Maladie.

Le forfait Journalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes handicapées (EHPAD) n'est pas pris en charge par ce contrat et ce conformément aux règles du décret sur les contrats responsables. La prise en charge du forfait journalier hospitalier est illimité dans les établissements de santé.

Les frais de chambre particulière sont pris en charge quel que soit le motif de l'hospitalisation, y compris maternité. Concernant la prestation « Lit Accompagnant », l'accompagnateur peut être toute personne choisie par le bénéficiaire de la prestation sachant que le bénéficiaire ne peut être qu'un enfant de moins de 16 ans, ou un adulte de plus de 70 ans.

La prise en charge de la chambre particulière et du lit accompagnant est limitée à 90 jours par an et par assuré.

Il est également prévu une limitation de la prise en charge des honoraires médicaux et chirurgicaux à 100% de la Base de Remboursement du régime obligatoire d'Assurance Maladie pendant les trois premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque assuré et dans la limite des frais réellement engagés.

Le remboursement des honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins non-adhérents au contrat d'accès au soins prévu par la convention nationale médicale (avenant n°8) est plafonné dans les conditions détaillées au Tableau de garanties. Il respecte les conditions cumulatives suivantes :

- il ne peut excéder un montant égal à 100 % du tarif opposable. (125 % pour les soins délivrés en 2015 et 2016)
- il est inférieur d'au moins 20 % du remboursement des dépassements d'honoraires de médecins ayant adhéré au CAS.

Art 3.2 : Frais médicaux

Les consultations, visites et actes techniques réalisés hors parcours de soins coordonnés ne sont pas pris en charge, conformément aux dispositions relatives aux contrats Responsables.

Le remboursement des honoraires médicaux des médecins non-adhérents au contrat d'accès au soins prévu par la convention nationale médicale (avenant n°8) est plafonné dans les conditions détaillées au Tableau de garanties.

Art 3.3 : Frais Dentaires

Le cumul des remboursements effectués au titre des garanties dentaires (hors soins) est plafonné, par année d'adhésion et par assuré, comme indiqué sur le tableau des garanties. Les plafonds de remboursement des frais dentaires sont majorés à chaque échéance anniversaire et sans qu'ils ne se cumulent. Cette majoration s'applique à chaque assuré inscrit au contrat.

Art.3.4 : Optique

Votre garantie optique est exprimée sous la forme d'un plafond de remboursement forfaitaire global par année d'adhésion et par assuré. Ce plafond est majoré à chaque échéance anniversaire et sans que les montants ne se cumulent. Cette majoration s'applique à chaque assuré inscrit au contrat.

Conformément aux dispositions des contrats responsables vos remboursements optiques sont limités à un équipement (2 verres+1 monture) tous les deux ans et par assuré. Par dérogation, cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur, ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (justifiée par une prescription médicale).

Ces limitations s'entendent par année d'adhésion et démarrent à compter de la date d'acquisition de l'équipement.

Les remboursements sont détaillés dans le tableau de garantie selon la correction des verres :

- Par verres simples, on entend les verres à simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.
- Par verres complexes, on entend les verres multifocaux ou progressifs, le matériel pour amblyopie ainsi que les verres à simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00.
- Par verres très complexes, on entend les verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00, ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

Art. 3.5 : Prothèses et appareillages

Votre garantie intervient sur vos frais d'orthopédie, de petits et gros appareillages et de prothèses auditives ayant donné lieu à un remboursement partiel d'un régime obligatoire d'Assurance Maladie.

Un plafond de remboursement forfaitaire « Renfort audio-prothèse » est disponible dès la seconde année d'adhésion. Son montant varie selon le niveau de garantie choisie.

Art. 3.6 : Cures thermales

Passé une année d'adhésion, un plafond de remboursement forfaitaire en euros s'ajoute à la prise en charge des cures thermales remboursées par un régime obligatoire d'Assurance Maladie.

Art.3.7 : Actes de prévention

Conformément aux dispositions relatives aux contrats responsables, MUTUANCE prend en charge le ticket modérateur de deux actes de prévention : l'ostéodensitométrie et le dépistage des troubles de l'audition.

Art.3.8 : Ce que votre contrat ne couvre pas

Ne donnent droit à aucun remboursement les actes non pris en charge par le régime obligatoire, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies pour chaque garantie dans le tableau des garanties.

Les soins de toutes natures (notamment les séjours en établissements hospitaliers ou cliniques, les traitements d'orthodontie et les prothèses dentaires) dont les dates d'exécution se situent avant la date d'effet du contrat, ne peuvent donner lieu à intervention.

Conformément à l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et à ses textes réglementaires d'application, définissant les conditions du contrat responsable, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle UMC :

- la participation forfaitaire et la franchise médicale visées à l'article L.322-2 II et III du Code de la Sécurité sociale,
- la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire pour ses frais d'actes ou de prestations de soins de santé dans le ou les cas où : il n'a pas choisi son médecin traitant, il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant, il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, de se soumettre à un examen ou à un traitement.

• Et de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration, ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité Sociale et par ses textes d'application.

Art. 3.9 : Contrôle médical

La Mutuelle UMC se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin conseil, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations.

Attention : en cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge.

Art 3.10 : Adhésions à plusieurs organismes complémentaires

Le système de télétransmission NOEMIE ne fonctionne qu'entre votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et un seul organisme de complémentaire santé. Si vous êtes adhérent à plusieurs complémentaires santé simultanément, vous devez choisir celle auprès de laquelle vous souhaitez que la connexion soit établie et l'indiquer sur votre bulletin d'adhésion.

Si vous décidez de cumuler plusieurs complémentaires santé, vous pouvez obtenir le remboursement de chacune d'elles toujours dans la limite des dépenses réellement engagées. Ainsi, en cas de remboursement préalable d'un autre organisme complémentaire, il est nécessaire de présenter à Mutua Gestion l'original du relevé de prestation de cet organisme, la copie des décomptes de votre CPAM et tout justificatif des frais engagés.

Chapitre 4 : Vos remboursements

Art. 4.1 : Étendue territoriale

Les garanties s'appliquent en France Métropolitaine, Corse, Guadeloupe, Martinique et Réunion. Elles s'étendent aux accidents et maladies contractées à l'étranger lors de voyages ou séjours, si le Régime Obligatoire français auquel l'adhérent est affilié s'applique.

Art. 4.2 : Comment obtenir votre remboursement ?

Dans la plupart des cas, le remboursement des prestations est automatique grâce au système de télétransmission (NOEMIE) entre votre caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et Mutua Gestion. Ce système vous permet de ne plus envoyer vos décomptes ; c'est votre CPAM qui s'en charge dès qu'elle a traité votre feuille de soins.

Le règlement des prestations de la Mutuelle UMC s'effectue alors directement par virement avec transmission d'un relevé mensuel des remboursements effectués. Si vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission NOEMIE, indiquez-le impérativement sur votre bulletin d'adhésion. Vous devrez alors adresser à Mutua Gestion vos demandes de remboursements accompagnées des originaux des relevés de remboursement émis par votre régime obligatoire et éventuellement des justificatifs des frais réels engagés.

Vous devez adresser vos demandes de remboursements à Mutua Gestion dont les coordonnées figurent au Chapitre 9.

Art. 4.3 : L'option Eco

Si vous avez souscrit cette option dans le cadre du versement des prestations, Mutua Gestion appliquera, des frais de gestion au titre des garanties du contrat à hauteur de 2 € par acte de soins remboursé. Si plusieurs actes de soins sont réalisés le même jour par un Assuré, les frais de gestion ne seront appliqués qu'une seule fois au titre du premier acte de soin remboursé.

Si l'acte de soin réalisé donne lieu à un remboursement inférieur à 2 €, les frais appliqués seront limités au montant du remboursement.

En cas de Tiers Payant, les remboursements sont directement adressés au professionnel de santé concerné. Les frais de gestion correspondants seront donc déduits du remboursement suivant payé à l'Assuré.

La résiliation de l'option vous fait perdre le bénéfice de la réduction tarifaire octroyée dans le cadre de cette option.

Art. 4.4 : Dans quels délais devez-vous formuler votre demande de remboursement ?

Vous devez formuler votre demande de remboursement dans les meilleurs délais.

Attention : toute demande de paiement des prestations doit parvenir à Mutua Gestion dans un délai de deux ans à compter de la date de soins. Toute demande formulée ultérieurement ne sera pas prise en compte.

Art. 4.5 : Quelles sont les conséquences en cas de fausses déclarations ?

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle UMC, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

En cas de déclaration frauduleuse, la Mutuelle UMC n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant, le cas échéant, à un sinistre réel. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle UMC qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Art. 4.6 : Déchéance

Conformément à l'article L.221-16 du Code de la mutualité, sont nulles :

- Toutes clauses générales frappant de déchéance d'adhérent, l'ayant droit ou le bénéficiaire en cas de violation des lois ou des règlements, à moins que cette violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel ;
- Toute clause frappant de déchéance d'adhérent, l'ayant droit ou le bénéficiaire à raison de simple retard apporté par lui sans intention frauduleuse à la déclaration relative à la réalisation du risque aux autorités ou à des productions de pièces, sans préjudice du droit, pour la mutuelle ou pour l'union de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

Art. 4.7 : Devis

Certaines dépenses peuvent être importantes, notamment en matière dentaire ou d'optique.

Afin de mieux connaître le montant des frais laissés à votre charge, il est préférable de faire établir un devis préalable. En l'adressant à la Mutua Gestion (dont les coordonnées figurent au chapitre 9), vous recevrez en retour un courrier mentionnant le montant de l'intervention de votre mutuelle. Ainsi, vous connaîtrez, avant d'engager les soins, la somme restant à votre charge.

D'une manière générale, lorsque les actes ne sont pas pris en charge par votre régime obligatoire d'assurance maladie, il vous sera demandé de fournir une facture originale, détaillée et acquittée ainsi que la prescription médicale, selon la garantie souscrite.

Chapitre 5 : Vos services

Art. 5.1 : Suivi de vos remboursements

En tant qu'adhérent, vous avez accès à un espace personnel sécurisé pour vous permettre de suivre vos remboursements en ligne sur un accès dédié à l'adresse internet suivante : mutua-gestion.fr

Art. 5.2 : L'assistance à la personne

Cette assistance vous aide à réorganiser votre vie familiale perturbée à la suite d'un accident, d'une maladie subite et non chronique ou d'un décès. Vous trouverez en annexe la convention d'assistance détaillée, ainsi que les coordonnées de votre assistant Garantie Assistance.

Art. 5.3 : L'assistance juridique

UMC Juris Cette assistance est une protection juridique, garantie « Recours Médical ». Ce service vous permet de faire valoir vos droits afin d'obtenir la réparation d'un préjudice corporel, lorsque la responsabilité d'un hôpital, d'une clinique, du corps médical, paramédical ou pharmaceutique peut être recherchée. Vous trouvez-

rez en annexe la notice détaillée, ainsi que les coordonnées de votre assistance juridique.

Art. 5.4 : L'assistance familiale : Passerelle Famille

Passerelle Famille est un service téléphonique anonyme d'écoute, d'information et d'orientation. Il met à votre disposition des juristes, des psychologues, des conseillers sociaux et scolaires, concernant les divers sujets suivants : scolarité, psychologie et éducation, loisirs et vacances, droit de la famille et toute information à caractère social.

Ce service est accessible sur simple appel téléphonique au numéro figurant sur votre carte mutualiste.

Art. 5.5 : Le service social
Notre service social est à votre disposition pour étudier toute situation délicate que vous pourriez lui soumettre. Que ce soit en raison d'une situation financière difficile ou d'un soin particulièrement lourd à assumer.

Ce service est accessible sur simple appel téléphonique au numéro figurant sur votre carte mutualiste.

Chapitre 6 : La vie de votre contrat

Art. 6.1 : En cas de modification de votre situation :

Si celle-ci concerne :

- Votre situation de famille (mariage, naissance, concubinage, autres) : un bulletin de modification doit être impérativement retourné au gestionnaire dont les coordonnées figurent au Chapitre 9 et accompagné des pièces justificatives correspondantes (photocopie du certificat de mariage, de naissance, de concubinage, de l'attestation de perte d'emploi du conjoint ou concubin etc.) qui transmettra à la Mutuelle UMC. Vous obtiendrez ce bulletin de modification en vous adressant à votre conseiller AcommeAssure.com.
- Votre situation administrative (déménagement, changement de coordonnées bancaires ou postales, changement de caisse primaire d'assurance maladie, etc.) : écrivez directement au gestionnaire dont les coordonnées figurent au Chapitre 9.

Art. 6.2 : La cotisation

Votre cotisation est calculée en fonction de votre âge (par différence de millésime), votre régime et département de résidence.

Votre cotisation est payable d'avance par prélèvement mensuel sur votre compte bancaire ou postal selon les modalités prévues sur votre demande d'adhésion. Elle est calculée en fonction du montant de la garantie souscrite et s'entend impôts et taxes éventuels compris. Tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation. Les cotisations sont révisables annuellement par l'assureur, au 1er janvier de chaque année, en fonction de l'évolution générale du risque, des résultats du groupe assuré ou du fait de l'aggravation du risque du contrat collectif.

Le versement des prestations est subordonné au paiement des cotisations. En cas de non-paiement des cotisations dans les dix jours suivant leur échéance, la mutuelle UMC adressera une mise en demeure détaillant les conséquences du non-paiement. Des frais d'impayés de 10 euros vous seront alors facturés.

Le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la cessation automatique des garanties.

Art. 6.3 : Changement de formule

Un an après l'adhésion à la garantie, vous pouvez demander la modification de la garantie (en optant pour un niveau inférieur ou supérieur). Pour changer de formule de garanties ou d'option, vous devez contacter votre conseiller AcommeAssure.com.

Tout contrat ayant fait l'objet d'une modification de garantie ne pourra faire l'objet d'une nouvelle modification avant l'expiration d'un délai minimum de 12 mois.

Le changement de formule prend effet selon les modalités suivantes :

- Augmentation de garantie : Le 1er jour du mois suivant la demande de modification. Cette augmentation est valable durant un minimum de 12 mois.
- Diminution de garantie : Le 1er jour du mois suivant la demande de modification.
- Option ÉCO : Le 1er jour du mois suivant la demande de modification (qu'il s'agisse d'une activation ou suppression de l'option).

Art. 6.4 : Cessation du contrat

6.4.1 : En cas de résiliation annuelle de l'adhésion

L'adhésion cesse en cas de résiliation à votre initiative, si elle est signifiée à AcommeAssure.com, par lettre recommandée au moins deux mois avant la fin de l'année civile.

6.4.2 : En cas de résiliation exceptionnelle de l'adhésion

En cas de modification des dispositions énoncées dans la présente notice (garanties, droits, obligations...), vous pouvez résilier votre adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise d'une nouvelle notice d'information ou de l'avenant à la notice d'information comportant les modifications.

Dans ce cas, la résiliation ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

Par ailleurs, il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si vous apportez la preuve qu'un accord d'entreprise ou qu'une convention collective impose votre affiliation obligatoire à un autre organisme. Dans ce cas, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la réception de la demande écrite avec accusé de réception.

6.4.3 : En cas de résiliation par la Mutuelle UMC

En cas de non-paiement des cotisations une mise en demeure vous sera adressée par voie postale. Si vous n'avez pas régularisé votre situation dans les délais indiqués sur le courrier de mise en demeure, la mutuelle UMC peut résilier le contrat.

Chapitre 7 : Dispositions générales

Art. 7.1 : Forclusion :

Sous réserve des modalités d'interruption de la prescription de droits communs, les prestations non perçues ou non réclamées sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Art. 7.2 : Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la Mutuelle UMC est subrogée, jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Si vous ou l'un de vos ayants droit êtes victime d'un accident, vous avez l'obligation de déclarer cet accident à la Mutuelle UMC. Cette déclaration peut être effectuée par lettre simple dans laquelle vous devez indiquer la date et les circonstances de l'accident ainsi que l'identité et l'adresse du tiers responsable. Ces informations permettront à la Mutuelle UMC d'obtenir de la personne responsable de l'accident le remboursement des frais de soins qu'elle aura dû elle-même vous rembourser à l'occasion de cet accident.

Art. 7.3 : Dématérialisation des échanges

L'ensemble des échanges entrepris par AcommeAssure.com, la mutuelle UMC, l'Association USPC ou le gestionnaire et destinés à l'assuré pourront être dématérialisés. Vous recevrez alors vos documents contractuels (certificat d'adhésion, avis d'échéance...) sur la dernière adresse de messagerie électronique connue.

Art. 7.4 : Loi applicable

La loi applicable est la loi française.

Art. 7.5 : Organisme de contrôle

Conformément au code de la mutualité, la Mutuelle UMC exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

Art. 7.6 : Informatique et libertés

Les informations nominatives recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement automatisé afin de gérer l'adhésion du membre participant et la vie de ses

adhésions.

Ces informations sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Conformément à la Loi n°2004-801 du 6 août 2004 modifiant la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le membre participant ainsi que tout bénéficiaire peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en adressant une demande par lettre simple au siège de la Mutuelle.

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

Art. 7.7 : Secret professionnel

Conformément aux articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal, la Mutuelle est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

Conformément à la recommandation de la CNIL n°97-008 du 4 février 1997 portant sur le traitement des données de santé à caractère personnel, la Mutuelle s'engage à :

- Assurer la sécurité du traitement des informations par des procédures adéquates de telle sorte que seuls le médecin conseil et ses collaborateurs directs aient accès au traitement,
- Préserver l'anonymat des informations,
- Mettre en œuvre des procédures d'anonymisation telles que des techniques de hachage ou de chiffrement des données, si des données de suivi individualisées (informations qui peuvent être « chaînées » pour connaître l'évolution de l'état de santé d'une personne déterminée, sans que son identité soit connue de la personne mettant en œuvre le traitement, au sens de la recommandation de la CNIL n°97008 du 4 février 1997) sont utilisées.

Art. 7.8 : Droit de renonciation

Conformément à l'article L.221-18 du code de la mutualité et l'article L.112-2 du code des assurances, toute personne ayant adhéré à distance bénéficie d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus à compter de la réception des documents confirmant que le contrat est conclu. Dans l'hypothèse où l'adhérent souhaite utiliser cette faculté, le modèle de lettre suivant est proposé :

- Modèle de lettre de renonciation (à adresser en recommandé avec accusé de réception) :

Je soussigné(e)

- Nom :

- Prénom :

- Adresse complète de l'adhérent :

déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par le code de la mutualité de renoncer à mon adhésion au contrat complémentaire Santé et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles.

A le / /

Signature de l'adhérent :

Le délégataire rembourse à l'adhérent au plus tard dans les 30 jours les sommes perçues en application du contrat. Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle UMC reçoit notification par l'adhérent de sa volonté de renoncer. Au-delà du délai de 30 jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur. L'adhérent restitue à la Mutuelle au plus tard dans les 30 jours toute somme éventuellement reçue de celle-ci.

Art. 7.9 : Réclamation

L'adhérent peut adresser une réclamation par écrit au gestionnaire qui s'engage à accuser réception et à apporter une réponse dans les meilleurs délais.

En cas de réponse non satisfaisante à une réclamation de l'adhérent; une demande de médiation peut être envoyée, par recommandé avec avis de réception, à l'adresse suivante :

Mutuelle UMC
Monsieur le Médiateur
35 rue Saint Sabin
75534 PARIS CEDEX 11

En cas de désaccord à l'issue de cette médiation interne, l'adhérent peut saisir le médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) à l'adresse suivante :

FNMF
Service Médiation
255 Rue de Vaugirard
75015 PARIS

Chapitre 8 : Informations complémentaires

Art 8.1 : Quelques conseils

S'agissant des frais d'optiques ou dentaires, n'hésitez pas à faire établir plusieurs devis avant d'engager des dépenses. Car pour une même prescription, les différences sont parfois importantes. Ainsi en adressant préalablement ces devis à Mutua Gestion, vous serez informé avec précision de la participation que vous versera la Mutuelle.

Art 8.2 : L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Dans certains cas, vous pouvez bénéficier, au titre de l'ACS, d'un droit à déduction à valoir sur des cotisations de complémentaire santé.

Il faut pour cela être titulaire d'une attestation de droit à déduction, établie par la caisse d'assurance maladie.

L'original de cette attestation doit être remis à Mutua Gestion dans les six mois à compter de la date de la décision favorable de la caisse d'assurance maladie. Le droit à déduction sur cotisations est attribué pour un an à compter :

- pour les nouveaux contrats, du premier jour du mois civil suivant la date de signature du bulletin d'adhésion sauf si une autre date est expressément prévue et sous réserve du paiement de la première échéance ;
- pour les contrats en cours, du premier jour du mois civil suivant la remise ou l'envoi de l'attestation à Mutua Gestion.

Art 8.3 : Tiers payant

Le tiers payant est un accord passé avec les professionnels de santé, qui vous dispense de faire l'avance des frais de santé entrant dans le cadre des prestations garanties par le régime. Pour bénéficier de ce service, vous présentez votre carte d'adhérent mutualiste et votre attestation de Sécurité Sociale ou votre carte

vitale.
Le tiers payant fonctionne pour l'hospitalisation (faire une demande de prise en charge auprès de notre service « Hospitalisation »), la pharmacie et selon les accords départementaux existants, pour les soins hospitaliers externes, dans les laboratoires d'analyses médicales, les cabinets de radiologie, les centres dentaires mutualistes ainsi que les opticiens mutualistes.

Art 8.4 : L'accès aux réalisations sanitaires et sociales

En tant qu'adhérent, vous bénéficiez de l'accès au réseau des 2.000 réalisations sanitaires et sociales de la Mutualité Française : les centres d'optique, les centres de santé dentaires, les centres d'appareillage médical, les services pour personnes handicapées, etc. Ces structures vous permettent d'accéder à des soins et services de qualité au meilleur coût grâce :

- au respect de la base de remboursement,
- au développement d'une offre de qualité à des tarifs moins élevés que la moyenne du marché pour les biens médicaux (optique, audition ou dentaire),
- à la dispense d'avance de frais (tiers payant) quasi généralisée, en fonction des conventions signées.

Pour trouver un établissement près de chez vous, vous pouvez soit nous contacter, soit consulter le site internet www.mutualite.fr. Toutes les réalisations sanitaires et sociales y sont répertoriées par type de spécialité et par zone géographique.

En Ile de France, par exemple, il existe de très nombreux centres mutualistes parmi lesquels ceux d'UMC social : Centre d'Optique Paris XI et Juvisy (91) – Centre d'audition Cachan (94)

Chapitre 9 : Votre gestionnaire

Toute demande concernant la gestion de votre contrat et vos remboursements est à adresser à :

Mutua Gestion - Service gestion Mutuance

54 Bis Avenue Jacques Douzans,
BP 90051, 31 602 Muret
(tél) 05 61 43 83 83
(fax) 05 61 51 27 14

DANS LE CADRE D'UN DEMARCHAGE A DOMICILE

Conformément au Code de la Consommation articles L.121-16 à L.121-18-2 et L.121-21 à L.121-23 tels que modifié par la Loi consommation du 18/03/2014, vous pouvez user de votre droit de rétractation.

Compléter et signer ce formulaire.

1. L'envoyer par Lettre Recommandée avec Accusé de réception.

2. Utiliser l'adresse figurant au dos.

3. L'expédier au plus tard le quatorzième jour à partir du lendemain de la signature du bulletin d'adhésion, ou si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche, ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.

En outre, depuis la loi consommation du 18 mars 2014, vous pouvez remplacer le bordereau de rétractation par une déclaration exprimant sans ambiguïté votre volonté de vous rétracter envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception à votre Mutuelle ou au délégataire de gestion dûment habilité.

Je soussigné(e)- Nom/ Prénom :.....
déclare annuler l'adhésion au contrat ci-après :

- Nom du contrat :.....

- Nom de l'assureur conseil :.....

- Date de la commande :.....

- Nom du client :.....

-Adresse complète de l'adhérent :

.....

.....

Fait à le.... /.../....

Signature du client

CONTRAT COLLECTIF N°000002018

UMC ASSISTANCE SANTE VIE QUOTIDIENNE

CONVENTION D'ASSISTANCE

COMMENT CONTACTER GARANTIE ASSISTANCE

24 heures sur 24, en indiquant le numéro de
votre convention d'assistance : **000002018**

 (tél) 09 69 36 99 50

 (fax) 09 77 40 17 87

IMPORTANT :

Pour que les prestations d'assistance soient acquises, GARANTIE ASSISTANCE doit avoir été prévenue (par téléphone, fax) et avoir donné son accord préalable.

La MUTUELLE UMC, a souscrit au profit de ses adhérents et de ceux de ses Mutuelles partenaires la présente convention d'assistance n°000002018 auprès de GARANTIE ASSISTANCE.

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les prestations d'assistance accordées aux bénéficiaires définis ci-dessous.

Ces prestations sont assurées et gérées par GARANTIE ASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 1 850 000 € - immatriculée sous le n°312 517 493 RCS Nanterre, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé 108, Bureaux de la Colline – 92210 SAINT-CLOUD.

MUTUELLE UMC est une mutuelle immatriculée sous le n° SIREN 529 168 007 qui est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et dont le siège social est situé 35, rue St-Sabin à 75011 PARIS.

1. DISPOSITIONS GENERALES

1.1. BENEFICIAIRES

Bénéficient des garanties décrites dans la présente convention d'assistance :

- toute personne physique ayant adhéré à un contrat complémentaire « Santé » proposé par la MUTUELLE UMC le conjoint de l'adhérent,
- leurs enfants.

Les bénéficiaires doivent vivre sous le même toit et leur domicile fiscal doit être situé en France telle que définie au 1.4 et portés sur le bulletin d'adhésion.

1.2. VALIDITE TERRITORIALE

Les garanties sont utilisables au domicile du bénéficiaire en France telle que définie au 1.4, sauf restrictions expressément stipulées.

1.3. PRISE D'EFFET ET DUREE

L'ensemble des garanties définies dans la présente convention suit le sort du contrat complémentaire santé auquel il se rattache et dont il fait partie intégrante (date d'effet, durée, suspension, renouvellement, résiliation...).

Les garanties sont acquises à tout bénéficiaire visé au 1.1 dès lors que l'événement à l'origine de sa demande d'assistance survient durant la période de validité de cette convention et au plus tôt le 1er janvier 2013.

1.4. DEFINITIONS

Pour l'application de la présente convention d'assistance, on entend par :

ACCIDENT : toute atteinte corporelle provenant d'un événement soudain, imprévisible et extérieur au bénéficiaire et indépendante de la volonté de ce dernier.

CONJOINT : le conjoint proprement dit de l'adhérent, ou son concubin ou son partenaire lié par Pacte Civil de Solidarité.

DEPENDANT (DEPENDANCE OU PERTE D'AUTONOMIE) : diminution du potentiel physique ou psychique du proche de l'adhérent (ou son conjoint) dont l'état est consolidé. L'état physique ou psychique de ce proche est consolidé lorsqu'il ne peut plus s'améliorer. La perte d'autonomie doit avoir pour conséquence d'empêcher ce proche d'accomplir seul au moins trois des six actes ordinaires de la vie quotidienne suivants : toilette, habillage, alimentation, préparation des repas, ménage ou déplacements.

DOMICILE : le lieu de résidence principale et habituelle de l'adhérent et des bénéficiaires, situé en France telle que définie ci-dessous, mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu.

ENFANT : l'enfant âgé de moins de 16 ans à charge de l'adhérent et/ou de son conjoint

EVÉNEMENT : selon la garantie sollicitée, la maladie, l'accident, le décès, la grossesse.

FRAIS DE SÉJOUR : frais d'hôtel petit-déjeuner continental inclus.

FRANCE : France Métropolitaine, Corse, Principautés de Monaco et d'Andorre.

HOSPITALISATION : tout séjour dans un établissement de santé, effectué dans le but de recevoir des soins à la suite d'un accident ou d'une maladie.

L'établissement de santé public ou privé (hôpital ou clinique) doit être habilité(e) à pratiquer des actes et dispenser des traitements auprès de personnes malades ou accidentées et détenir toutes les autorisations administratives et sanitaires requises.

IMMOBILISATION : toute immobilisation temporaire au domicile, supérieure à 7 jours consécutifs (sauf stipulations contraires), médicalement prescrite, et consécutive à un accident ou une maladie.

MALADIE : altération de la santé, constatée par une autorité médicale habilitée.

PROCHE : père, mère, conjoint, enfant de l'adhérent.

1.5. NECESSITE DE L'APPEL PREALABLE

Pour que les prestations d'assistance ci-après exposées soient acquises, G.A doit avoir été prévenue au préalable par téléphone ou par télécopie, avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une de ces prestations ne donne lieu à aucun remboursement de la part de G.A.

Pour toute demande d'assistance, le bénéficiaire (ou toute autre

personne agissant en son nom) doit :

- contacter G.A sans délai (voir coordonnées et modalités ci-avant),
- fournir les renseignements suivants :

- le numéro du contrat d'assurance ou d'adhésion,
- son nom, prénom, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone où il pourra éventuellement être contacté,
- la nature des difficultés motivant l'appel, les noms, adresse et numéro de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le bénéficiaire, afin que G.A puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, servir les prestations garanties adaptées à la situation.

1.6. ENGAGEMENTS FINANCIERS

1.6.1. ENGAGEMENTS FINANCIERS

Sans préjudice des règles exposées au 1.5 et 1.6.3, toute demande de prise en charge adressée par le bénéficiaire à G.A devra être accompagnée des pièces justificatives originales correspondant à la demande.

En cas de prise en charge des frais de séjour à l'hôtel, G.A ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci-après, et à l'exclusion de tout autre frais.

1.6.2. AVANCE DE FRAIS

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente convention, G.A peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

• Conditions préalables au versement de l'avance par G.A :
À titre de garantie de remboursement par le bénéficiaire de l'avance consentie, G.A adressera un certificat d'engagement au bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins à G.A. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par G.A.
Le bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à G.A un chèque certifié ou un chèque de banque.

• Délai de remboursement de l'avance à G.A :
Le bénéficiaire s'engage à rembourser à G.A la somme avancée par cette dernière dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.

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

1.6.3. CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL

Dans tous les cas, la nature de l'assistance et le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à la demande du bénéficiaire relèvent de la décision du médecin de G.A qui recueille, si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

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

Afin de permettre au médecin de G.A de prendre sa décision, il pourra être demandé au bénéficiaire de fournir tout justificatif médical de l'événement soudain et imprévisible qui conduit le bénéficiaire à solliciter son assistance.

Le cas échéant, G.A recommande au bénéficiaire d'adresser ces documents sous pli confidentiel à l'attention du service médical de GARANTIE ASSISTANCE.

G.A ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

1.7. EXCLUSIONS

G.A ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais de transport primaire engagés.

G.A ne garantit pas les événements suivants et leurs conséquences :

- Les états de grossesse et leurs complications (à l'exception des séjours en maternité pour grossesse pathologique supérieure à 8 jours),
- les conséquences d'un dommage intentionnellement commis par l'adhérent,
- les hospitalisations aux fins de soins de suite et de réadaptation ;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- les maladies ou troubles mentaux comprenant les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement ;

- les états pathologiques faisant suite à une Interruption volontaire de Grossesse ou une Procréation Médicalement Assistée ;
- toute intervention médicale volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique notamment) ;
- les affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation au domicile ;
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement ;
- les conséquences d'un état d'ivresse manifeste ou d'un état alcoolique tel que visé à l'article R.234-1 du Code de la route ;
- les conséquences d'un conflit armé (guerre étrangère ou civile), d'une émeute,
- les conséquences de la participation volontaire du bénéficiaire à un acte de terrorisme ou de sabotage, un crime un délit, une rixe, un pari ou un défi.
- les accidents et décès survenus du fait de la participation du bénéficiaire, en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires.

1.8. PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la Loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des Assurances :

Article L114-1 :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
 - 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
- Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

Article L114-2 :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L114-3 :

Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

1.9. SUBROGATION

Toute personne bénéficiant de l'assistance subroge GARANTIE ASSISTANCE dans ses droits et actions contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties.

1.10. LOI APPLICABLE - LITIGE

Le présent contrat est soumis à la loi française.

Toute action dérivant des conditions générales sera portée devant le Tribunal dans le ressort duquel l'adhérent a son domicile.

1.11. CONTROLE

GARANTIE ASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.

1.12. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire avant l'adhésion à la convention d'assistance puis lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties. En adhérant au contrat, le bénéficiaire consent à ce traitement informatique.

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 dite "informatique et libertés", modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit

s'adresser à :

GARANTIE ASSISTANCE – Direction des Systèmes d'Information, 108 Bureaux de la Colline à SAINT-CLOUD (92210). Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

1.13. RECLAMATIONS

Toute réclamation portant sur la qualité ou les délais de traitement par G.A de la demande d'assistance doit être formulée par écrit et adressée à l'adresse suivante : GARANTIE ASSISTANCE - Service Réclamations, 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD. Une réponse sera adressée dans un délai de quinze jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

1.14. EXONERATION DE RESPONSABILITE

G.A est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux bénéficiaires des garanties. Toutefois :

- la responsabilité de G.A est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère, notamment, aux délais et/ou aux difficultés d'obtention de documents administratifs (visas d'entrée et de sortie de territoire, passeports...) qui constituent des conditions essentielles et préalables, fixées par certains états, à la circulation et/ou au transport des personnes ou des biens sur un territoire ou entre deux états donnés.
- la responsabilité de G.A ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le bénéficiaire est consécutif(ve) à l'insuffisance des disponibilités locales.
- G.A ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :

- soit, de cas de force majeure
- soit, d'événements tels guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves (article L.121-8 alinéa 2 du code des assurances),
- soit, des saisies ou contraintes par la force publique,
- soit, des interdictions officielles,
- soit, des actes de piraterie, de terrorisme ou d'attentats soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage,
- soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

2. GARANTIES ACCORDEES

2.1. INFORMATION SANTE

Les prestations d'information « Santé » ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le bénéficiaire et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. Cette assistance téléphonique est accessible, du lundi au samedi de 9H à 19H, sur simple appel du bénéficiaire.

Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

Les médecins peuvent répondre à toutes demandes du bénéficiaire. Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

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

2.1.1. INFORMATION SANTE D'ORDRE GENERAL

INFO SANTE est un service d'informations générales animé par les médecins de G.A et destiné à répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants :

- la santé,
- les vaccinations,
- la mise en forme,
- la diététique,

2.1.2. INFORMATION SPECIFIQUE A UNE PATHOLOGIE

INFO SANTE est aussi un service d'informations sur les pathologies (Parkinson, Alzheimer, SIDA, allergies...) animé par les médecins de G.A et destiné à répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants :

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

2.2. INFORMATION JURIDIQUE, PRATIQUE ET SOCIALE

GA recherche et communique à l'adhérent les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines mentionnés ci-après.

Informations d'ordre juridique : Habitation, logement, impôt, fiscalité, assurances, allocations, retraites, justice, défense, recours, salaires, contrats de travail, associations, sociétés, commerçants, artisans, droits du consommateur, voisinage, famille, mariage, divorce, succession, affaires sociales.

Informations vie pratique : Formalités, cartes, permis, enseignement, formation, services publics, vacances, loisirs, activités culturelles, logement.

Informations sociales : les différentes aides sociales, les modalités et les démarches à effectuer, les services d'action sociale répondant aux besoins...

Le contenu de l'information délivrée ne saurait excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971.

La responsabilité de G.A. ne pourra être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte par l'adhérent du ou des renseignement(s) qui lui ont été communiqué(s).

2.3. INFORMATION VOYAGES

A la demande du bénéficiaire, l'un des médecins de G.A. pourra lui communiquer des informations ou renseignements mais ne pourra en aucun cas faire des consultations médicales par téléphone.

Ces renseignements concernent les domaines suivants :

- Hygiène de vie (alimentaire, etc.)
- Préparation aux voyages
- Maladies infantiles
- Réaction aux médicaments
- Vaccinations

N.B. : Toute demande d'information du bénéficiaire est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; GA s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et en tout cas dans un délai ne dépassant pas 48 heures dans les domaines mentionnés ci-après.

La responsabilité de GA ne pourra être recherchée en cas de mauvaise utilisation ou d'interprétation inexacte par l'adhérent des renseignements communiqués.

2.4. ASSISTANCE AIDE VIE QUOTIDIENNE

Rappel : les prestations ci-dessous sont mises en œuvre en cas de survenance d'un événement garanti.

A l'exception de la prestation au paragraphe 2.3.7, le coût intégral de chacune des prestations de proximité ci-dessous reste à la charge exclusive du bénéficiaire.

2.4.1. RECHERCHE D'UN MEDECIN (EN FRANCE METROPOLITAINE)

En l'absence du médecin traitant habituel, G.A. aide le bénéficiaire à rechercher un médecin pour une visite à domicile en lui communiquant les numéros de téléphone utiles (médecin de garde ou service d'urgence).

Les frais et honoraires du médecin restent à la charge exclusive du bénéficiaire. L'indisponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de G.A.

2.4.2. RECHERCHE D'UN INTERVENANT PARAMEDICAL (EN FRANCE METROPOLITAINE)

A la demande du bénéficiaire, le service médical de G.A. envoie dans les meilleurs délais, et selon les disponibilités locales, une infirmière ou un intervenant paramédical au domicile du bénéficiaire. Cette garantie s'exerce notamment lorsque le médecin traitant habituel du bénéficiaire ne peut être joint. En cas d'urgence, le service de régulation médicale de G.A. mobilisera les services compétents (SAMU, pompiers, etc. ...).

Les frais et honoraires afférents à cette prestation restent à la charge du bénéficiaire.

2.4.3. TRANSPORT EN AMBULANCE

- Transfert à l'hôpital :
Sur demande du médecin sur place, si l'état de santé du bénéficiaire nécessite son hospitalisation, G.A. envoie une ambulance, sans prise en charge, pour son transport au centre médical le plus proche du domicile.
- Retour au domicile :
A l'issue de l'hospitalisation, G.A. organise, si nécessaire, le retour du bénéficiaire à son domicile en ambulance (ou VSL), sans prise en charge, selon la prescription médicale effectuée.

2.4.4. PORTAGE DE REPAS

Si le bénéficiaire est dans l'incapacité de préparer lui-même son repas, G.A. contacte et fait intervenir le service municipal de portage de repas. Si un tel service n'existe pas, G.A. missionne un prestataire qui portera au domicile du bénéficiaire le repas qu'il a choisi.

2.4.5. SERVICE LIVRAISON DES COURSES ALIMENTAIRES

Si le bénéficiaire ne peut effectuer lui-même ses courses alimentaires, G.A. recherche et missionne un prestataire qui se rend à son domicile. Le bénéficiaire s'engage à fournir au prestataire de G.A. la liste des aliments ainsi que le moyen de paiement nécessaire à leur achat. Les achats effectués seront livrés au domicile du bénéficiaire.

2.4.6. COIFFEUR A DOMICILE

Lorsque le bénéficiaire en fait la demande, G.A. recherche et missionne un coiffeur à son domicile à l'heure et à la date qu'il indique.

2.4.7. ACHEMINEMENT DES MEDICAMENTS

Si du fait de son immobilisation au domicile, le bénéficiaire ne peut pas se déplacer pour se procurer des médicaments indispensables au traitement prescrit par ordonnance médicale, G.A. fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au domicile du bénéficiaire ces médicaments, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.

G.A. fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser à G.A. au moment même de leur livraison.

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par G.A.

2.5. ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE DU BENEFICIAIRE

Rappel : les prestations décrites aux paragraphes 2.4.1, 2.4.2 sont accessibles en cas d'hospitalisation du bénéficiaire inférieure à 48 heures lors de la survenance d'un accident corporel ou d'une maladie. Celles décrites aux paragraphes 2.4.3, 2.4.4, 2.4.5 sont accessibles en cas d'hospitalisation de plus de 48 heures et en cas d'immobilisation au domicile qui doit être, elle, dans tous les cas supérieure à 5 jours consécutifs.

2.5.1. GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

Si, durant l'hospitalisation de l'adhérent (ou de son conjoint), ses enfants ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de l'entourage du bénéficiaire, G.A. organise et prend en charge par événement :

- soit leur garde au domicile du bénéficiaire dans la limite de 20 heures réparties sur une période de 5 jours consécutifs maximum.
- soit leur transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe chez un proche résidant en France.
- soit le transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe d'un proche résidant en France au domicile du bénéficiaire.
- soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 4 allers/retours par événement et dans un rayon de 25 Km du domicile.

2.5.2. GARDE DES ASCENDANTS DEPENDANTS

Si, durant l'hospitalisation de l'adhérent ou de son conjoint, ses ascendants dépendants dont il a la charge ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de l'entourage du bénéficiaire, G.A. organise et prend en charge par événement :

- soit leur garde au domicile du bénéficiaire dans la limite de 20 heures réparties sur une période de 5 jours consécutifs maximum.
- soit leur transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe chez un proche résidant en France.
- soit le transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe d'un proche résidant en France jusqu'au domicile du bénéficiaire.

2.5.3. PRESENCE D'UN PROCHE

Si le bénéficiaire est seul lors de son hospitalisation de plus de 48 h consécutives, G.A. organise et prend en charge par événement :

- le voyage aller/retour d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France, à concurrence d'un billet de train 1ère classe ou d'un billet d'avion classe économique pour se rendre au chevet du bénéficiaire,
- le séjour à l'hôtel de ce proche pendant 2 nuits à concurrence de 75 € TTC maximum par nuit.

2.5.4. AIDE MENAGERE

Si l'état de santé de l'adhérent et/ou de son conjoint le nécessite (certificat médical) et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, G.A. met à disposition une aide-ménagère pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas et prend en charge les frais correspondants dans la limite de 10 heures de travail effectif réparties sur une période de 7 jours consécutifs maximum par événement, selon le cas :

- pendant l'immobilisation au domicile de plus de 5 jours : à compter de la date figurant sur le certificat médical,
- pendant ou dès la fin de l'hospitalisation supérieure à 48 heures, à compter respectivement de la date d'admission ou de sortie de

l'établissement de santé.

Cette garantie fonctionne de 8 H à 19 H tous les jours de la semaine hors week-ends et jours fériés ou chômés.

2.5.5. TRANSFERT ET GARDE D'ANIMAUX DOMESTIQUES FAMILIERS

A la demande du bénéficiaire, G.A organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux vivant au domicile du bénéficiaire, dans la limite d'un mois maximum à compter du début ou de la fin de son hospitalisation.

Sont exclus :

- tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ».
- tout animal appartenant à l'une des espèces suivantes : reptiles, amphibiens, arachnides, scorpions, félins, primates, insectes,
- tout chat, chien ou furet ne remplissant pas les obligations d'identification, de vaccination et de détention de passeport fixées par la réglementation européenne.
- les animaux détenus par le bénéficiaire dans le cadre d'un élevage ou d'une exploitation agricole, le toilettage et les soins vétérinaires.

2.5.6. TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

En cas de nécessité, G.A. assure la transmission des messages à caractère urgent destinés à la famille du bénéficiaire ou à un de ses proches (et inversement) y compris des informations à caractère personnel et médical avec accord du bénéficiaire.

2.6. ASSISTANCE EN CAS DE TRAITEMENT RADIOTHERAPIE OU DE CHIMIOOTHERAPIE DU BENEFICIAIRE

2.6.1. AIDE MENAGERE

Pour tout traitement entraînant des séances de chimiothérapie ou de radiothérapie, G.A missionne une aide à domicile et prend en charge les frais correspondants à concurrence de 2 heures par jour au cours des 48 heures suivant chaque séance de soins, dans la limite des disponibilités locales. Cette garantie pourra s'exercer à concurrence de 20 h maximum réparties sur toute la durée du traitement (quel que soit le nombre de protocoles et de séances nécessaires au traitement). G.A. prend en charge les frais d'aide à domicile ainsi occasionnés.

2.6.2. GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

Si, durant un traitement de radiothérapie ou chimiothérapie de l'adhérent (ou son conjoint), ses enfants ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de l'entourage du bénéficiaire, G.A organise et prend en charge par événement :

- soit leur garde au domicile du bénéficiaire dans la limite de 20 heures réparties sur une période de 5 jours consécutifs maximum.
- soit leur transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe chez un proche résidant en France.
- soit le transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe d'un proche résidant en France au domicile du bénéficiaire.
- soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 4 allers/retours par événement et dans un rayon de 25 Km du domicile.

2.6.3. GARDE DES ASCENDANTS DEPENDANTS

Si, durant un traitement de radiothérapie ou chimiothérapie de l'adhérent (ou son conjoint), ses ascendants dépendants dont il a la charge ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de l'entourage du bénéficiaire, G.A organise et prend en charge par événement :

- soit leur garde au domicile du bénéficiaire dans la limite de 20 heures réparties sur une période de 5 jours consécutifs maximum.
- soit leur transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe chez un proche résidant en France.
- soit le transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe d'un proche résidant en France jusqu'au domicile du bénéficiaire.

2.7. ASSISTANCE EN CAS DE MATERNITE

2.7.1. ALLO INFO « JEUNES PARENTS »

Information destinée à répondre à toute question de nature pratique, notamment dans les domaines suivants :

- les modes de garde,
- le congé parental,
- les démarches administratives,

- la déclaration de la naissance,
- les incidences fiscales de l'arrivée du nouveau né.

Toute demande d'information est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; G.A s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et en tout cas dans un délai ne dépassant pas 48 heures.

Le contenu de l'information délivrée ne saurait excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971.

NB : la responsabilité de G.A ne pourra être recherchée en cas de mauvaise utilisation ou d'interprétation inexacte par l'assuré des renseignements communiqués.

2.7.2. AIDE MENAGERE

En cas de maternité multiple, si l'état de santé de l'adhérent le nécessite (certificat médical) et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, G.A met à disposition une aide-ménagère pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas et prend en charge les frais correspondants dans la limite de 10 heures de travail effectif réparties sur une période de 7 jours consécutifs maximum par événement, selon le cas :

- pendant l'immobilisation au domicile de plus de 7 jours: à compter de la date figurant sur le certificat médical,
- pendant ou dès la fin de l'hospitalisation supérieure à 48 heures, à compter respectivement de la date d'admission ou de sortie de l'établissement de santé.

Cette garantie fonctionne de 8 H à 19 H tous les jours de la semaine hors week-ends et jours fériés ou chômés.

2.7.3. AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

Dans les 5 jours ouvrés suivant le retour au domicile du nouveau né, G.A organise et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales, l'intervention d'une auxiliaire de puériculture au domicile à concurrence de 2 heures afin d'aider la maman dans la réalisation des soins à dispenser au nouveau né.

2.7.4. ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas de difficulté (baby blues, relation parent-enfant, difficultés d'organisation ...), le bénéficiaire peut contacter G.A pour recevoir une aide psychologique délivrée par des psychologues cliniciens qui interviennent dans le strict respect de la déontologie applicable à la profession. En fonction de la situation du bénéficiaire, G.A organise et prend en charge 3 entretiens téléphoniques.

En fonction des situations et des attentes du bénéficiaire, un rendez-vous pourra être organisé pour le bénéficiaire avec un psychologue diplômé d'état proche de son domicile.

Dans ce cas, les frais de consultation demeurent à la charge du bénéficiaire.

2.8. ASSISTANCE EN CAS DE GRAVE PROBLEME DE SANTE OU DE DECES D'UN BENEFICIAIRE

2.8.1. ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

En cas de grave problème de santé ou décès de l'adhérent (ou son conjoint), ce dernier ou le veuf ou la veuve peut contacter G.A pour recevoir une aide psychologique délivrée par des psychologues cliniciens qui interviennent dans le strict respect de la déontologie applicable à la profession. En fonction de la situation du bénéficiaire, G.A organise et prend en charge 3 entretiens téléphoniques répartis sur une période de deux mois.

G.A. peut également mettre le bénéficiaire en relation avec un psychologue proche de son domicile. La 1ère consultation est prise en charge par G.A, les consultations suivantes restent à la charge du bénéficiaire.

2.8.2. ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

En cas de grave problème de santé ou décès de l'adhérent (ou son conjoint), ce dernier ou le veuf ou la veuve peut contacter, du lundi au vendredi de 9h à 19 h, l'équipe médico-sociale de G.A qui est à son écoute pour réaliser un bilan de sa situation individuelle et l'informer sur les aides dont il peut bénéficier. Celle-ci peut également l'assister, si le (la) bénéficiaire le souhaite, dans ses démarches auprès des organismes appropriés.

2.9. ASSISTANCE GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

En cas d'arrêt de travail imprévu (une copie de l'avis d'arrêt pourra être sollicitée) de la personne salariée par l'adhérent pour la garde des enfants et si l'entourage ne peut pas pallier cette absence, GA organise et prend en charge dès le premier jour : la garde des enfants de moins de 16 ans au domicile de l'assuré par une personne qualifiée. Cette prestation est mise en œuvre à concurrence de 10 heures maximum de garde effective réparties sur 5 jours. Les jours de garde peuvent être mis en œuvre au cours des 5 premiers jours de l'arrêt de travail.

Cette garantie fonctionne du lundi au vendredi (hors week-ends, jours chômés et fériés) de 8 h à 19 h.

Toute heure de garde sollicitée par l'assuré au-delà des heures prises en charge par GA sera à la charge exclusive de l'assuré.

2.10. ASSISTANCE EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE D'UN ENFANT DU BENEFICIAIRE

2.10.1. GARDE DE L'ENFANT DE MOINS DE 16 ANS IMMOBILISE AU DOMICILE

Si, à l'occasion d'une maladie ou à la suite d'un accident, l'état de santé de l'enfant nécessite son immobilisation supérieure à 48 heures (un certificat médical pourra être sollicité), G.A recherche et missionne une garde d'enfant chargée de s'occuper de cet enfant. G.A organise et prend en charge par événement :

- soit la présence de la garde d'enfant dans la limite de 20 heures réparties sur 5 jours consécutifs.
 - soit le transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe d'un proche résidant en France au domicile du bénéficiaire.
- Cette garantie est mise en œuvre lorsque l'enfant, du fait de son état de santé, ne peut pas demeurer sans surveillance à son domicile et que le ou les parents doivent s'absenter du domicile pour des raisons professionnelles.

2.10.2. ECOLE A DOMICILE

Cette prestation s'applique en cas de maladie ou d'accident entraînant une absence scolaire de plus de 15 jours calendaires (un certificat médical pourra être sollicité).

La garantie d'assistance est valable à compter du 1er jour calendaire d'absence scolaire de l'enfant. Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Education Nationale. Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires.

G.A recherche et envoie au domicile de l'enfant un répétiteur scolaire qui lui permettra, grâce à des cours particuliers, de poursuivre sa scolarité dans les principales matières suivantes : français, mathématiques, langues étrangères (première et seconde langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles. Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général.

G.A prend en charge les coûts occasionnés à concurrence de 5 semaines consécutives et à raison de 3 heures par jour d'absence tous cours confondus, fractionnables dans la limite de 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine.

Sous réserve des limitations exposées ci-dessus, la prestation est acquise autant de fois qu'il est nécessaire au cours de l'année scolaire et cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours. Elle cesse en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

Tout répétiteur scolaire possède les diplômes nécessaires à son activité et a fait l'objet d'une sélection particulièrement attentive de G.A.

Il est autorisé par les parents à prendre contact, si cela s'avère nécessaire, avec l'établissement scolaire de l'enfant, afin d'examiner avec son instituteur ou ses professeurs habituels l'étendue du programme à étudier.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours seront effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier et les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de cette prestation.

Conditions médicales nécessaires à la mise en œuvre de la garantie

Vous devrez justifier votre demande en présentant un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et précisant que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Le certificat médical sera adressé à l'équipe médicale de G.A.

Délai de mise en place

Dès réception de votre appel, G.A mettra tout en œuvre afin qu'un répétiteur scolaire soit au domicile de l'enfant le plus rapidement possible.

2.11. ASSISTANCE CONVALESCENCE « SENIOR » TELEASSISTANCE MEDICALISEE

Cette garantie s'applique en cas :

- d'hospitalisation de plus de 48 heures d'un adhérent (ou son conjoint) de plus de 75 ans.

Après une hospitalisation, G.A. met à disposition un service de Téléassistance (PREVIFIL) pendant la convalescence de l'adhérent pour une durée de 3 mois avec possibilité de prolonger le service au-delà de cette période de prêt dans le cadre d'un abonnement à tarif préférentiel

à la charge de l'adhérent.

2.12. ASSISTANCE EN CAS DE PERTE D'AUTONOMIE

2.12.1. ALLO INFO « DEPENDANCE »

Information destinée à répondre à toute question de nature pratique, notamment dans les domaines suivants :

- L'Allocation personnalisée d'Autonomie (APA),
- Santé,
- Retraite,
- Tutelle, Curatelle

Toute demande d'information est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; G.A s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et en tout cas dans un délai ne dépassant pas 48 heures.

Le contenu de l'information délivrée ne saurait excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971.

NB : la responsabilité de G.A ne pourra être recherchée en cas de mauvaise utilisation ou d'interprétation inexacte par l'assuré des renseignements communiqués.

2.12.2. ACCOMPAGNEMENT PERTE D'AUTONOMIE

Lorsque le bénéficiaire est en perte d'autonomie, les médecins de G.A. conseillent le bénéficiaire du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 pour l'aider à choisir la solution la mieux adaptée à sa situation (maintien à domicile ou accueil en établissement spécialisé).

G.A. conseille également le bénéficiaire sur les aides liées à l'état de dépendance et sur les démarches à accomplir.

G.A. peut en outre prendre contact avec les différentes structures ou administrations et apporter son aide au bénéficiaire concernant la rédaction de courriers types.

2.12.3. AIDE AUX AIDANTS DE PROCHES DEPENDANTS

GARANTIE ASSISTANCE accompagne l'adhérent (ou son conjoint) qui aide au quotidien son (ses) proche(s) dépendants (conjoint, père, mère ou enfant) en garantissant les prestations de soutien décrites aux A et B ci-dessous :

ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

G.A met en œuvre une aide psychologique à l'adhérent (ou son conjoint) délivrée par des psychologues cliniciens qui interviennent dans le strict respect de la déontologie applicable à la profession. En fonction de la situation du bénéficiaire, G.A organise et prend en charge 3 entretiens téléphoniques.

En fonction des situations et des attentes de ce proche, un rendez-vous pourra être organisé pour ce dernier avec un psychologue diplômé d'état proche de son domicile.

Dans ce cas, les frais de consultation demeurent à la charge du bénéficiaire.

ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Les professionnels de la cellule médico-sociale de G.A (médecin, assistante sociale....) conseillent l'adhérent (ou son conjoint) du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00 pour l'aider à choisir la solution la mieux adaptée à la situation du proche dépendant (maintien à domicile ou accueil en établissement spécialisé).

En outre et à la demande de l'adhérent (ou son conjoint), G.A peut intervenir et mettre en œuvre les prestations d'accompagnement suivantes :

- recherche des organismes, personnels sociaux (CCAS, CPAM, ASSÉDIC, CAF, Banques alimentaires, assistantes sociales locales, etc.)
- mise en relation de ces organismes et personnels avec l'adhérent (ou son conjoint) afin qu'ils l'assistent dans ses démarches.
- mise en relation de l'adhérent avec des prestataires de services à domicile en mesure de soutenir voire suppléer l'adhérent (ou son conjoint) dans son rôle d'aidant.
- conseil également sur les aides liées à l'état de dépendance et sur les démarches à accomplir.

Dans tous les cas, GA ne peut se substituer aux intervenants habituels.

La responsabilité de GA ne peut en aucun cas être recherchée par le bénéficiaire dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

2.13. ASSISTANCE EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE

2.13.1. ASSISTANCE CONSEIL TELEPHONIQUE

En cas de décès d'un bénéficiaire, la famille de celui-ci peut, sur simple appel téléphonique, accéder à notre service d'informations pour toute question relative aux démarches et formalités

administratives, informations pratiques (notamment coût et disponibilité des concessions dans les cimetières, les modes de sépultures, le don d'organe et de corps...) ainsi que toute demande d'information portant sur les règles de droit français relatives aux successions.

Toute demande d'information est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; nous nous engageons à fournir une réponse, si possible immédiatement, et en tout cas dans un délai ne dépassant pas 48 heures.

L'assistance information a un caractère uniquement documentaire (au sens de l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971) et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques.

De même cette assistance téléphonique est fournie sur la base des informations communiquées par le bénéficiaire, G.A. ne sera pas tenue responsable des conséquences dommageables qui pourraient résulter de la communication par le bénéficiaire d'informations incomplètes ou inexactes.

De même, la responsabilité de GARANTIE ASSISTANCE ne pourra être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation erronée par le bénéficiaire des informations communiquées à l'occasion de cette assistance.

2.13.2. ASSISTANCE OBSEQUES

G.A., en cas de nécessité, aide à l'organisation des obsèques du bénéficiaire (en accord avec les Organismes de Pompes Funèbres). Les frais engagés restent à la charge du bénéficiaire.

2.13.3. AVANCE DE FONDS EN CAS DE DECES

Suite au décès de l'un des membres de sa famille (conjoint, ascendants ou enfants), G.A. procure au bénéficiaire, à titre d'avance sans intérêt, une somme de 3 000 € maximum.

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

L'avance est versée par G.A. et remboursée par le bénéficiaire conformément au paragraphe 1.6.2. 2.13.4. GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint, G.A. organise et prend en charge par événement :

- soit la garde des enfants au domicile dans la limite de 20 heures réparties sur une période de 2 jours consécutifs maximum.
- soit leur transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe chez un proche résidant en France.
- soit le transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe d'un proche résidant en France jusqu'au domicile du bénéficiaire.
- soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 4 allers/retours et dans un rayon de 25 Km du domicile.

2.13.5. GARDE DES ASCENDANTS DEPENDANTS

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint, G.A. organise et prend en charge par événement :

- soit la garde des ascendants au domicile du bénéficiaire dans la limite de 20 heures réparties sur une période de 2 jours consécutifs maximum.
- soit leur transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe chez un proche résidant en France.
- soit le transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe d'un proche résidant en France jusqu'au domicile du bénéficiaire.

2.13.6. VOYAGE ET HEBERGEMENT D'UN PROCHE

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint, si son entourage ne peut apporter l'aide nécessaire au veuf (ou à la veuve), G.A. organise et prend en charge :

- le voyage aller/retour d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France, à concurrence d'un billet de train 1ère classe ou d'un billet d'avion classe économique pour se rendre aux côtés du bénéficiaire,
- le séjour à l'hôtel de ce proche pendant 2 nuits à concurrence de 75 € TTC maximum par nuit et par événement Cette prestation est mise en œuvre dans les 15 premiers jours qui suivent le décès.

2.13.7. AIDE A DOMICILE

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint, si son entourage ne peut pas apporter l'aide nécessaire au veuf (ou à la veuve), G.A. met à disposition une aide ménagère pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas et prend en charge les frais correspondants dans la limite de 10 heures de travail effectif réparties sur 7 jours maximum à compter de la date du décès.

Cette garantie fonctionne de 8 H à 19 H tous les jours de la semaine hors week-ends et jours fériés ou chômés.

2.13.8. TRANSFERT ET GARDE D'ANIMAUX DOMESTIQUES FAMILIERS

A la demande de la famille du bénéficiaire décédé, G.A. organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux vivant au domicile du bénéficiaire, dans la limite d'un mois maximum à compter de la date du décès.

Sont exclus :

- tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ».
- tout animal appartenant à l'une des espèces suivantes : reptiles, amphibiens, arachnides, scorpions, félins, primates, insectes,
- tout chat, chien ou furet ne remplissant pas les obligations d'identification, de vaccination et de détention de passeport fixées par la réglementation européenne.
- les animaux détenus par le bénéficiaire dans le cadre d'un élevage ou d'une exploitation agricole,
- le toilettage et les soins vétérinaires.

2.13.9. TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

Si nécessaire et à la demande d'un des bénéficiaires, G.A. se charge de transmettre les messages à caractère urgent destinés à la famille du bénéficiaire décédé ou à un de ses proches.

2.14. PROLONGEMENT DES GARANTIES ASSISTANCE

Lorsque les prestations mises en œuvre et prises en charge par G.A. prennent fin, G.A. propose aux adhérents bénéficiaires qui le souhaitent, le prolongement, sous son contrôle, de ces prestations, par la mise en relation avec les intervenants agréés par G.A..

Le montant de ces prestations reste à la charge du bénéficiaire.



Garantie
Assistance

GARANTIE ASSISTANCE

Société Anonyme au capital de 1 850 000 €
312 517 493 RCS NANTERRE
Siège social : 108, Bureaux de la Colline – 92210
SAINT-CLOUD
Entreprise régie par le Code des Assurances

Définitions :

Vous :

L'assuré, c'est-à-dire le membre participant bénéficiant par ailleurs des garanties du contrat « U.M.C. SERVICES » et, plus généralement, s'ils vivent sous le toit de sa résidence principale :

- son conjoint,
- leurs enfants mineurs,
- leurs enfants majeurs, célibataires, sans ressources personnelles, - leurs ascendants,
- les personnes dont le membre participant d'une des mutuelles adhérentes à la Mutuelle UMC. ou son conjoint a la tutelle ou la curatelle,
- et toute autre personne ayant la qualité de bénéficiaire d'un membre participant d'une des mutuelles adhérentes à la Mutuelle UMC.

Conjoint : les personnes :

- mariées,
- unies par un pacte civil de solidarité,
- vivant sous le même toit de telle sorte qu'elles puissent être communément regardées comme formant un couple.

Tiers :

les personnes qui n'ont pas la qualité d'assuré au titre du contrat.

L'Assureur :

Matmut Protection Juridique.

Sinistre :

litige ou différend concrétisé par le refus opposé à une réclamation dont vous êtes l'auteur ou le destinataire.

Conflit d'intérêts :

toute situation dans laquelle notre garantie est également accordée à la personne dont les intérêts sont opposés aux vôtres.

Frais irrépétibles :

les frais que vous engagez personnellement afin de défendre vos intérêts en justice et susceptibles de faire l'objet d'une indemnisation par le juge au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale ou L. 761-1 du Code de la Justice Administrative.

Dépens :

les frais dont le coût est réglementé et tarifé par une loi ou un décret, engagés à l'occasion d'une action judiciaire.

ARTICLE 1 - Quel est l'objet du contrat ?

Il est destiné à permettre aux membres participants à la Mutuelle UMC bénéficiant par ailleurs des garanties du contrat « UMC Services », et aux personnes désignées ayant la qualité d'assuré, de bénéficier d'une garantie de Protection Juridique « Recours Médical » dans les conditions visées à la présente NOTICE D'INFORMATION.

ARTICLE 2 - Quels sont les litiges ou différends garantis ?

La garantie Protection Juridique « Recours Médical » est acquise en cas de litige ou de différend vous opposant à un tiers et résultant d'un accident médical susceptible :

- de répondre à la qualification d'aléa thérapeutique,
- d'engager la responsabilité d'un hôpital, d'une clinique, du corps médical, paramédical ou pharmaceutique, et s'étant produit : durant la période où le membre participant à la Mutuelle UMC conserve cette qualité, Pendant la durée du contrat collectif d'assurance de Protection Juridique nous liant aux mutuelles de la Mutuelle UMC,
- en France Métropolitaine et dans la Principauté de Monaco.

ARTICLE 3 - Quels sont les services dont vous bénéficiez ?

Nous mettons à votre disposition :

- un service d'Assistance Juridique par téléphone qui répond aux questions d'ordre juridique que vous vous posez, vous informe sur vos droits, vous apporte une aide afin de prendre une décision et de trouver une solution à vos problèmes,
- un service d'Assistance Juridique de proximité qui vous permet de rencontrer sur rendez-vous l'un de nos Assistants Juridiques, lorsqu'un examen approfondi des documents en votre possession et une consultation s'avèrent nécessaires,
- un service de Protection Juridique qui prend les mesures utiles afin de faire valoir vos droits à l'amiable et, au besoin, vous donne les moyens d'en poursuivre l'exercice en justice.

ARTICLE 4 - Quels sont les litiges ou différends non garantis ?

Sont exclus les litiges ou différends :

- dont les éléments constitutifs étaient connus de vous antérieurement à votre adhésion à la Mutuelle UMC,
- relatifs à la responsabilité médicale des entreprises d'assistance, de toute mutuelle et de tout
- établissement ou service soumis aux dispositions du Livre II et/ou du Livre III du Code de la Mutualité, et de leurs employés,
- ayant un intérêt financier inférieur à 150 € ou nécessitant une intervention devant les tribunaux lorsque la somme à récupérer, en principal, est inférieure à 760 €.

ARTICLE 4 - Quels sont les litiges ou différends non garantis ?

Sont exclus les litiges ou différends :

- dont les éléments constitutifs étaient connus de vous antérieurement à votre adhésion à la Mutuelle UMC,
- relatifs à la responsabilité médicale des entreprises d'assistance, de toute mutuelle et de tout
- établissement ou service soumis aux dispositions du Livre II et/ou du Livre III du Code de la Mutualité, et de leurs employés,
- ayant un intérêt financier inférieur à 150 € ou nécessitant une intervention devant les tribunaux lorsque la somme à récupérer, en principal, est inférieure à 760 €.

ARTICLE 5 - Que devez-vous faire en cas de litige ou de différend ?

Dès que vous avez connaissance d'un litige ou d'un différend, vous devez :

TÉLÉPHONER AU 02 35 03 41 83 du lundi au vendredi de 8 h à 18 h

Ce numéro correspond à une plateforme de juristes spécialisés réservée aux membres participants à la Mutuelle UMC qui répond aux questions d'ordre juridique que vous vous posez, vous informe sur vos droits vos obligations.

Si nécessaire, elle vous communique les coordonnées de l'assistant juridique que vous pouvez rencontrer à proximité de votre domicile ou de votre lieu de travail et vous devez dans ce cas :

Prendre rendez-vous avec notre assistant juridique

Vous pouvez également :

Faire une déclaration par écrit

Cette déclaration doit être effectuée au Siège Social de Matmut Protection Juridique ou auprès de l'assistant juridique rencontré lors de votre rendez-vous. Vous devez nous communiquer l'intégralité des renseignements et documents se rapportant au litige ou différend déclaré.

ARTICLE 6 - Que faisons-nous en cas de litige ou de différend garantis ?

Nous nous engageons à :

- réclamer l'indemnisation de votre préjudice. Pour ce faire,
- nous vous fournissons les avis et services appropriés à la recherche d'une solution amiable,
- lorsqu'en cas d'échec de la procédure amiable, votre recours nécessite une action en justice, nous participons à la prise en charge des frais et honoraires de l'avocat et/ou de la personne qualifiée saisi(s) de la défense de vos intérêts.

Si vous confiez la défense de vos intérêts à une personne qualifiée ou à un avocat, vous serez toutefois tenu de respecter l'obligation de déclaration prévue à l'article 5.

ARTICLE 7 - Que payons-nous ?

Dans la limite du plafond de garantie et des montants indiqués en annexe, nous couvrons :

Pour défendre et faire valoir vos droits à l'amiable :

- les frais relatifs aux avis et services que nous vous fournissons nous-mêmes,
 - les frais et honoraires de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendu par un avocat.
- Pour défendre et faire valoir vos droits en justice :
- les frais et honoraires de la personne qualifiée et/ou de l'avocat en charge de vos intérêts,
 - les frais de procédure,
 - les sommes mises à votre charge au titre des dépens et/ou des frais irrépétibles. Ces frais, honoraires et sommes sont pris en charge :
 - si l'action en justice qui en est la cause a été décidée en accord avec nous ou a été admise par une décision d'arbitrage,
 - si vous avez passé outre à la solution que nous vous avons proposée ou à l'avis de l'arbitre pour le litige ou le différend qui est à leur origine et avez obtenu une décision de justice plus favorable à vos intérêts. En revanche, ces frais, honoraires et sommes ne sont jamais pris en charge s'ils ont été engagés avant la déclaration du sinistre, sauf s'ils ont été rendus nécessaires par une mesure conservatoire d'urgence.

ARTICLE 8 - Subrogation

Toutes sommes obtenues en remboursement des dépens, des frais et honoraires exposés pour le règlement du litige ou différend vous reviennent par priorité, lorsqu'à ce titre des dépenses sont restées à votre charge. Elles sont versées dès règlement par la partie qui succombe. Matmut Protection Juridique est subrogée dans vos droits, conformément aux articles L. 121-12 et L. 127-8 du Code des Assurances, dans les autres cas.

Si la subrogation ne peut plus s'exercer de votre fait, Matmut Protection Juridique est alors libérée de tout engagement.

ARTICLE 9 - Quelle est la période au-delà de laquelle votre demande n'est plus recevable ?

Toute action découlant de votre contrat d'assurance est prescrite, dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance, dans les conditions déterminées par les articles L.114-1 et L.114-2 du Code des Assurances.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription ainsi que dans les cas ci-après :

- désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, - demande en justice, même en référé,
- acte d'exécution forcée.

ARTICLE 10 - Que pouvez-vous faire si vous n'êtes pas d'accord avec nous sur les mesures à prendre pour la gestion de vos intérêts ?

En cas de désaccord entre vous et nous à l'occasion du règlement d'un litige ou différend, vous pouvez vous adresser à notre Service "Médiation Interne" - 66 Rue de Sotteville - 76100 ROUEN Cedex 1. Vous pouvez également recourir à la procédure d'arbitrage.

Dans ce cas :

Honoraires et frais garantis 2015

Recours Médical

Les plafonds et montants garantis sont applicables pour un même sinistre. Constitue un même sinistre, l'ensemble des demandes ou réclamations auquel il a été opposé un même refus.

A - Plafond de garantie : 20 000 €

B - Montants garantis (hors taxes)

1. Défense amiable des droits de l'assuré ⁽¹⁾ :

- Honoraires d'avocat (pour l'ensemble de l'intervention de l'avocat)	368 €
- Expertise médicale	162 €
- Expertise immobilière	1 947 €
- Autre expertise matérielle	117 €

⁽¹⁾ Les frais de défense amiable engagés par l'assuré ne sont pris en charge qu'en cas de survenance d'un conflit d'intérêts tel que défini dans les Conditions Générales ou la notice d'information relatives à la garantie ou lorsque l'adversaire de l'assuré est lui-même défendu par un avocat.

2. Défense des droits de l'assuré en justice, médiation, arbitrage ou devant une commission :

Nature de l'intervention	Cours de Paris et de Versailles	Autres Cours
	HT	HT
Dépôt de plainte avec constitution de partie civile	439 € *	410 € *
Démarches au Parquet pour obtention de procès-verbaux	103 €	
Tribunal de Police	646 € *	625 € *
Tribunal Correctionnel	737 € *	704 € *
Chambre de l'Instruction	628 € *	608 € *
Procédure Criminelle	- Assistance à instruction - Cour d'Assises : 1 ^{re} instance ou appel (par jour d'audience dans la limite de 5 jours)	506 € 479 € 966 €
CIVI	767 € *	733 € *
SARVI	273 € *	253 € *
Juge de Proximité	621 € *	595 € *
Tribunal d'Instance	621 € *	595 € *
Tribunal de Grande Instance, Tribunal Administratif	767 € *	733 € *
Tribunal de Commerce	767 € *	733 € *
Juge de l'Exécution	439 € *	410 € *
Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et infections nosocomiales	- Constitution du dossier et instruction - Assistance à liquidation	469 € 443 € 212 € 202 €
Autres commissions et juridictions	767 € *	733 € *
Référés :	- Expertise et/ou provision - Autres référés (civil et administratif)	475 € * 452 € * 607 € * 577 € *
Présentation ou défense à requête	335 €	317 €
Incident devant le Juge de la Mise en État	401 €	383 €
Cour d'Appel	- Référé Premier Président - Affaire au fond - Postulation	607 € * 584 € * 767 € * 733 € *
Cour de Cassation et Conseil d'État	- Consultation - Mémoire	1 001 € 1 001 €
Assistance à expertise (sur accord exprès de nos services)	506 €	479 €
Assistance à instruction (sur accord exprès de nos services)	506 €	479 €
Assistance à médiation	646 €	625 €
Expertise médicale	162 €	
Expertise immobilière	1 947 €	
Expertise comptable	979 €	
Autre expertise matérielle	117 €	
Arbitrage	767 €	733 €

Transaction : identique à l'honoraire dû en cas de procédure au fond devant la juridiction compétente

* Cette somme est accordée pour l'ensemble de la procédure devant cette juridiction ou cette commission, y compris toute démarche – ou phase – préalable, obligatoire ou non. Elle concerne tous les honoraires et frais, notamment la préparation du dossier, la plaidoirie et les frais inhérents à la gestion du dossier.

STATUTS USPC

Acte constitutif du 20/05/2013

LES SOUSSIGNES :

Monsieur BRIQUE Claude Maurice Jacques

Demeurant 101 rue du Pierre Poli –
92130 ISSY LES MOULINEAUX De nationalité Française

Monsieur BRUNIE Marc

Demeurant 16 rue Lauriston –
75116 PARIS De nationalité Française

Monsieur LE QUELLEC Nicolas

Demeurant 7 avenue Pozzo di Borgo –
92210 SAINT CLOUD De nationalité Française

Ont établi ainsi qu'il suit les statuts d'une association devant exister entre eux et tous ceux qui y adhéreront à la suite.

TITRE I : Forme - Objet - Denonciation - Siège social - Durée - Exercice social

ARTICLE 1 - Constitution

Il est constitué entre les adhérents aux présents statuts et ceux qui y adhéreront ultérieurement une association régie par la Loi du 1er juillet 1901 modifiée et ses textes d'application.

ARTICLE 2 - Objet social

L'Association a pour objet en France de :

- rechercher auprès des organismes d'assurance des contrats d'assurance de personnes notamment pour couvrir les risques suivants :

- Les frais de santé,
- L'incapacité temporaire de travail,
- L'invalidité,
- Le décès,
- La retraite
- Et la dépendance.

- Négocier et souscrire lesdits contrats d'assurance de personne au bénéfice de ses membres ;
- Informer ses adhérents de la souscription de ces contrats ainsi que sur le régime social et fiscal des cotisations et des prestations y afférentes ;
- Favoriser les échanges commerciaux entre ses membres.

ARTICLE 3 - Dénomination sociale

La dénomination de l'Association est : Association UMC Santé Prévoyance Complémentaire. Elle pourra être désignée par le sigle : Association USPC

ARTICLE 4 - Siège social

Le siège social de l'association est fixé : 35 rue Saint Sabin 75011 PARIS.

Il pourra être transféré en tout autre endroit par décision du Conseil d'Administration.

ARTICLE 5 - Durée

La durée de l'Association est fixée à 99 ans à compter de sa date d'immatriculation à la Préfecture. Cette durée viendra donc à expiration en 2112, sauf les cas de prorogation ou de dissolution anticipée.

ARTICLE 6 - Exercice social

L'exercice social commence le 1er janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.

Exceptionnellement, le premier exercice commence le jour de l'insertion au Journal Officiel d'un extrait de la déclaration de l'Association pour finir le 31 décembre 2013.

TITRE II - MEMBRES DE L'ASSOCIATION

ARTICLE 7 - Qualité de Membres

L'Association se compose de trois catégories de membres : membre fondateur, membre adhérent et membre d'honneur. Sont membres fondateurs de l'Association les membres adhérents qui ont participé à sa constitution et dont la liste figure en préambule des statuts (page 2)

Sont membres adhérents les personnes qui s'engagent à participer régulièrement au fonctionnement et aux activités de l'Association et qui adhère à l'un des contrats d'assurance souscrits par l'Association au bénéfice de ses membres.

Sont membres d'honneur les personnes qui ont rendu d'importants services à l'Association et à qui le Conseil d'Administration a décerné cette qualité. Les membres d'honneur sont dispensés des cotisations annuelles.

Les membres de l'Association peuvent être répartis en sections géographiques et / ou en sections professionnelles sur décision du Conseil d'Administration.

ARTICLE 8 - Acquisition et perte de la qualité de membre

8.1 - Acquisition de la qualité de membre

Seules les personnes physiques qui ont la qualité de membres adhérent à l'une des garanties (santé et/ ou prévoyance) souscrites par l'association, que ces personnes soient « actifs » ou « retraités », et qui sont affiliées au régime d'assurance maladie obligatoire peuvent être admises au sein de l'Association.

L'admission des membres est soumise à l'agrément du Conseil d'Administration. Le refus d'admission n'a pas à être motivé et n'est susceptible d'aucun recours.

8.2 - Perte de la qualité de membre

Le membre est radié des effectifs de l'Association par suite de :

- sa démission notifiée par lettre recommandée au Président de l'Association ;
 - la résiliation de l'intégralité de ses adhésions aux contrats collectifs d'assurance souscrits par l'Association au bénéfice de ses membres ;
 - le non-paiement de sa cotisation à l'Association, la radiation étant alors de plein droit ; - son décès ;
 - son exclusion prononcée par le Conseil d'Administration pour tout motif grave, l'intéressé ayant été préalablement invité à présenter sa défense par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception lui indiquant les griefs retenus contre lui au moins 15 jours avant la date du Conseil d'Administration appelé à statuer sur sa radiation.
- La date de la radiation du membre est fixée au jour de l'évènement qui en est à l'origine.

Quelle que soit le motif et la date de la perte de la qualité de membre, les cotisations échues restent dues y compris pour la durée de l'année restant à courir.

Tout membre radié des effectifs de l'Association perd le bénéfice des avantages offerts aux membres de l'Association.

8.3 - Suspension temporaire de la qualité de membres

S'il le juge opportun, le Conseil d'Administration peut, au lieu de l'exclusion, prononcer la suspension temporaire des membres. Cette décision prive pendant toute sa durée, l'intéressé du droit de participer, de quelque manière que ce soit, à la vie de l'association.

8.4 - Responsabilité des membres

Le patrimoine de l'Association répond des engagements contractés en son nom, sans qu'aucun de ses membres ou des membres du Conseil d'Administration ne puisse être personnellement responsable de ces engagements.

ARTICLE 9 - Cotisations – Ressources

9.1 - Cotisations

Les membres de l'association contribuent à la vie matérielle de celle-ci par le versement d'une cotisation dont le montant est fixé chaque année par le Conseil d'Administration.

La cotisation est fixée à 1 euro pour les exercices 2014 & 2015.

La cotisation est due pour l'année entière quelque soit la date d'adhésion à l'Association.

Le non-paiement de la cotisation, à une date fixée par le Conseil d'Administration, entraîne la radiation de plein droit du membre qui ne l'a pas versée. Toutefois, ce membre reste redevable de cette somme envers l'association.

9.2 - Ressources

Les ressources de l'Association sont constituées :

- des cotisations annuelles des membres,
- des subventions publiques,
- des dons manuels et aides privées que l'Association peut recevoir,
- de toutes autres ressources non interdites par les Lois et règlements en vigueur,
- des sommes éventuellement perçues par l'Association en contrepartie des prestations qu'elle pourrait fournir,
- des produits des placements financiers.

TITRE III - ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION

ARTICLE 10 - Conseil d'Administration

10.1 - Composition

Le Conseil d'Administration comprend les 3 membres au moins et 10 membres au plus, élus par l'Assemblée Générale parmi les membres adhérents ou les membres d'honneur jouissant du plein exercice de leurs droits civiques et n'étant pas chargé du contrôle de l'Association.

Trois des dix postes d'administrateurs reviennent à des candidats représentant les membres fondateurs ou des membres adhérents présentés par eux.

Le Conseil d'Administration doit être composé pour plus de la moitié de ses administrateurs par des personnes ne détenant pas ou n'ayant pas détenu directement ou indirectement au cours des deux années précédant leur désignation, un intérêt ou un mandat dans un organisme d'assurance ou une entreprise d'intermédiation en assurances. Ces administrateurs sont dénommés « administrateur indépendant ».

Tout nouvel administrateur doit déclarer sa situation au regard d'un tel intérêt ou d'un tel mandat au Président.

Dans le cas où le nombre des administrateurs indépendants devenait inférieur ou égal à la moitié du nombre total d'administrateurs, le dernier administrateur non indépendant élu ou coopté à avoir fait sa déclaration au Président est démission-

naire de plein droit. Il est pourvu à son remplacement dans les conditions prévues au présent statut.

Le premier Conseil d'Administration est composé des membres fondateurs dont la liste figure en préambule des présents statuts (page 2).

10.2 - Durée

La durée des fonctions des membres du conseil d'Administration est fixée à 3 ans, chaque année s'entendant de la période comprise entre deux assemblées générales annuelles.

Les membres du Conseil d'Administration sont immédiatement rééligibles.

10.3 - Vacance

En cas de vacance d'un ou plusieurs postes de membres du Conseil d'Administration, ce dernier peut procéder à une ou plusieurs nominations parmi les membres adhérents ou les membres d'honneur, à titre provisoire (cooptations). Le Conseil d'Administration est tenu de procéder à ces nominations lorsque le nombre de ces membres est réduit à moins de 3 administrateurs. Ces cooptations sont soumises à la ratification de la plus prochaine assemblée générale. Si cette ratification est refusée, les délibérations prises et les actes accomplis par le Conseil d'Administration depuis la ou les cooptations n'en demeurent pas moins valables. Les membres du Conseil d'Administration cooptés ne sont investis de leurs fonctions que pour la durée restant à courir du mandat de leurs prédécesseurs.

10.4 - Fin du mandat

Le mandat de membre du Conseil d'Administration prend fin par l'arrivée de son terme, la démission, la perte de la qualité de membre de l'Association ou la révocation prononcée par l'assemblée générale, cette dernière pouvant intervenir sur incident de séance.

Après 3 absences consécutives au Conseil d'Administration sans motif valable, tout membre est réputé démissionnaire d'office.

10.5 - Rémunération

Les fonctions de membres du Conseil d'Administration sont gratuites.

ARTICLE 11 - Réunion et délibérations du Conseil d'Administration

11.1 - Réunions

Le conseil se réunit :

- sur convocation de son Président, chaque fois que celui-ci le juge utile et au moins une fois par an.
- si la réunion est demandée par au moins la moitié des membres du Conseil d'Administration, sur convocation du président.

Les convocations sont adressées 10 jours avant la réunion par courrier simple ou électronique.

Elles mentionnent l'ordre du jour de la réunion arrêté par le Président du Conseil d'Administration ou par les membres du Conseil d'Administration qui ont demandé la réunion.

Le Conseil d'Administration se réunit au siège de l'Association ou en tout autre lieu indiqué dans la convocation.

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par tous les membres du Conseil d'Administration participant à la séance.

11.2 - Délibérations

Chaque membre du Conseil d'Administration dispose d'une voix. Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente ou représentée.

Tout membre du Conseil d'Administration, absent ou empêché, peut donner par écrit mandat à un autre membre du Conseil d'Administration de la représenter à une réunion du Conseil d'Administration.

Chaque membre ne peut disposer au cours d'une même réunion que d'une seule procuration.

Les délibérations du Conseil d'Administration sont prises à la majorité simple des membres présents ou représentés. En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Les délibérations du Conseil d'Administration sont constatées par des Procès-verbaux inscrits sur le registre des délibérations de l'Association et signés par le Président et le Secrétaire Général qui peuvent, ensemble ou séparément, en délivrer des copies ou des extraits.

ARTICLE 12 - Pouvoirs du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour administrer l'Association, dans les limites de son objet et sous réserve des pouvoirs attribués à l'Assemblée Générale par les présents statuts.

Et notamment sans que cette liste ne soit exhaustive :

- il décide de la souscription des contrats collectifs facultatifs

d'assurance santé, prévoyance, retraite et dépendance au bénéfice des membres de l'Association, et de l'évolution desdits contrats,

- il agréé les nouveaux membres adhérents,
- il décerne la qualité de membre honoraire,
- il exclut les membres,
- il élit les membres du Bureau,
- il fixe le montant de la cotisation annuelle et déterminer ses modalités de paiement,
- il coopte des nouveaux administrateurs en cas de vacance,
- il transfère le siège social de l'Association,

- il prend à bail les locaux nécessaires aux besoins de l'association,
- il décide de l'emploi des ressources de l'Association
- il contracte tout emprunt et consentir toute garantie en vue de leur obtention,
- il autorise le Président à agir en justice,
- il arrête les comptes de l'exercice écoulé qu'il soumet à l'approbation de l'assemblée générale et vote le budget.
- il fixe l'ordre du jour de l'assemblée générale et lui présente chaque année un rapport moral sur l'activité de l'Association.

ARTICLE 13 - Bureau du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres jouissant de leur pleine capacité civile, au scrutin secret :

- un Président
- un Trésorier
- un Secrétaire Général

Qui composent les membres du Bureau. Le cas échéant des adjoints peuvent assister le Secrétaire Général et le Trésorier.

Les membres du Bureau sont élus pour une durée de 3 années et sont immédiatement rééligibles.

Toutefois, leurs fonctions prennent fin de plein droit dès qu'ils cessent de faire partie du Conseil d'Administration.

ARTICLE 14 - Attribution du Bureau et de ses membres

14.1 - Attributions

Le Bureau assure la gestion courante de l'Association.

Il se réunit aussi souvent que l'intérêt de l'Association l'exige sur convocation du Président. Les fonctions de membre du Bureau ne sont pas rémunérées.

14.2 - Le Président

Le Président exécute les décisions du Conseil d'Administration et s'assure du bon fonctionnement de l'Association.

Le Président représente seul l'Association dans tous les actes de la vie civile et est investi de tous pouvoirs à cet effet.

Il a qualité pour représenter l'Association en justice.

Avec l'autorisation préalable du Conseil d'Administration, le Président peut déléguer partiellement ses pouvoirs, sous sa responsabilité, à un ou plusieurs mandataires de son choix, membres ou non du Conseil d'Administration.

14.3 - 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 représente à l'assemblée générale annuelle.

14.4 - Le Secrétaire Général

Le Secrétaire Général est chargé de l'administration du fichier des adhérents et des convocations en accord avec le Président.

Sous la responsabilité du Président et du Conseil d'Administration, le Secrétaire Général établit ou fait établir les Procès-verbaux des réunions du Bureau, du Conseil d'Administration et de l'assemblée générale, et tient le Registre prévu à l'article 5 de la Loi du 1er juillet 1901.

TITRE IV - ASSEMBLEE GENERALE

ARTICLE 15 - REUNIONS ET DELIBERATIONS DE L'ASSEMBLEE GENERALE

15.1 - Réunions

L'Assemblée Générale comprend tous les membres de l'Association à jour du paiement de leurs cotisations à la date de la convocation, chaque membre disposant d'une voix.

L'assemblée se réunit au moins une fois par an, dans les 3 mois de la clôture de l'exercice social, pour statuer sur le rapport moral et sur le rapport financier, donner quitus aux administrateurs pour leur gestion, délibérer et voter sur les questions qui lui sont soumises.

Elle se réunit également chaque fois qu'elle est convoquée par le

Conseil d'Administration ou sur la demande de la moitié au moins de ses membres.

Son ordre du jour est arrêté par le Conseil d'Administration ou par les membres de l'Association qui ont demandé la réunion.

La convocation est adressée à chaque membre de l'Association, au moins 15 jours à l'avance, par courrier postal ou électronique. Elle contient l'ordre du jour et les projets de résolution.

L'assemblée générale se réunit au siège de l'Association ou en tout autre lieu fixé par la convocation.

Chaque membre peut se faire représenter par un autre membre de l'Association muni d'un pouvoir ; la représentation par toute autre personne est interdite.

Chaque membre présent ne peut détenir plus d'un pouvoir au cours d'une même assemblée.

L'assemblée est présidée par le Président du Conseil d'Administration ou en cas d'empêchement par le Secrétaire Général.

Une feuille de présence est signée par les membres de l'Assemblée en entrant en séance et certifiée par le Président.

15.2 – Délibérations

L'assemblée délibère valablement quelque soit le nombre de membres présents ou représentés à l'exception des délibérations concernant la modification des statuts ou la dissolution de l'Association.

L'assemblée ne peut délibérer que sur des questions inscrites à son ordre du jour, exception faite de la révocation des membres du Conseil d'Administration pouvant intervenir sur incident de séance. Les délibérations de l'assemblée sont adoptées à la majorité des membres présents ou représentés à l'exception des délibérations concernant la modification des statuts ou la dissolution de l'Association.

En envoyant un pouvoir en blanc au siège de l'Association, tout membre est réputé émettre un vote favorable à l'adoption des projets de résolutions présentés ou agréés par le Conseil d'Administration et un vote défavorable à l'adoption des autres projets.

Le vote par correspondance est interdit.

Les délibérations de l'assemblée sont constatées dans des Procès-verbaux inscrits sur le registre des délibérations de l'Association et signés par le Président et le Secrétaire Général.

ARTICLE 16 – Pouvoirs de l'assemblée générale

L'assemblée générale est seule compétente pour :

- modifier les statuts
- approuver le rapport moral du Conseil d'Administration exposant l'activité de l'Association au cours de l'exercice écoulé ainsi que son évolution prévisible,
- approuver le rapport financier établi par le Trésorier exposant la situation financière de l'Association au cours de l'exercice écoulé ainsi que son évolution prévisible,
- approuver les comptes de l'exercice écoulé,
- définir les orientations de l'Association,
- élire de nouveaux membres au Conseil d'Administration et ratifier les nominations faites à titre provisoire,
- révoquer les membres du Conseil d'Administration, même si cette question n'est pas inscrite à l'ordre du jour,
- autoriser la conclusion de tous actes ou opérations qui dépassent les pouvoirs du Conseil d'Administration,
- dissoudre l'Association.

TITRE V – DIVERS

ARTICLE 17 – Modification des statuts

Les statuts ne peuvent être modifiés que par l'assemblée générale sur proposition du Conseil d'Administration ou de la moitié des membres de l'Association.

L'assemblée ne délibère valablement, sur première convocation, que si la moitié au moins des membres qui la composent est présente ou représentée.

Si ce quorum n'est pas atteint, l'assemblée est convoquée, avec le même ordre du jour, au moins 15 jours après la première réunion. Lors de cette seconde réunion, elle délibère valablement quelque soit le nombre de membres présents ou représentés.

Les modifications des statuts sont adoptées à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés.

Article 18 – Dissolution – fusion – scission

L'assemblée générale est seule compétente pour prononcer la dissolution de l'association et statuer sur la dévolution de ses biens, ainsi que pour décider la scission ou la fusion avec une ou plusieurs autres associations.

Elle délibère et adopte ces résolutions dans les conditions prévues à l'article 17 des présents statuts.

En cas de dissolution de l'association pour quelque cause que ce soit, l'assemblée générale désigne un ou plusieurs liquidateurs chargés des opérations de liquidation. Le liquidateur disposera des pouvoirs

les plus étendus pour réaliser l'actif et acquitter le passif.

Lors de la clôture de la liquidation, l'assemblée générale se prononce sur la dévolution de l'actif net. En aucun cas, les membres de l'association ne peuvent se voir attribuer, une part quelconque des biens de l'Association.

Article 19 – Règlement intérieur

Le Conseil d'Administration peut établir un ou plusieurs règlements intérieurs ayant pour objet de préciser et compléter les règles de fonctionnement de l'Association.

Il est seul compétent pour les modifier ou les abroger.

ARTICLE 20 – Frais

Les frais, droits et honoraires des présentes et de leurs suites seront supportés par l'Association, portés au compte des «Frais d'établissement» et amortis sur les premiers exercices.

ARTICLE 21 – Formalités

Tous pouvoirs sont conférés au porteur d'un original des présentes pour effectuer toutes les formalités légales de déclaration et de publication prévues par la Loi du 1er juillet 1901 et par son décret d'application.

En 5 exemplaires originaux dont un pour chaque partie, un pour demeurer au siège de l'Association, un pour la Préfecture de Police de Paris.

Fait à PARIS, le 20 Mai 2013.

Monsieur BRIQUE

Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé et bon pour acceptation des mandats d'administrateur et de Président »

Monsieur BRUNIE

Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé et bon pour acceptation des mandats d'administrateur et de Trésorier »

Monsieur LE QUELLEC

Signature précédée de la mention manuscrite « Lu et approuvé et bon pour acceptation des mandats d'administrateur et de Secrétaire Général »



Complémentaire santé
Mutuance

Contacts utiles

La gestion de votre contrat

AcommeAssure.com
2 avenue Georges Pompidou 29200 Brest
☎ (tél) 02 30 06 00 60
✉ (mail) relation-clients@acommeassure.com

Vos remboursements

Service gestion Mutuance 54 Bis
Jacques Douzans
BP 90051, 31602 Muret
☎ (tél) 05 61 43 83 83
☎ (fax) 05 61 51 27 1