

Mon Plan Protection Hospitalisation

Demande d'adhésion



PRÆCONIS
DÉVELOPPEMENT MUTUALISÉ

DEMANDE D'ADHÉSION

Mon Plan Protection

Hospitalisation

PRAECONIS
DÉVELOPPEMENT MUTUALISÉ

PRAECONIS SAS au Capital de 195 000 €
N° Orias : 10 058 426 - N° de RCS 527 879 415
Société de courtage d'assurances soumise
au contrôle de l'ACPR. Garantie Financière et R.C.
conformes au Code des assurances.
6 rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 Vesoul Cedex

Demande d'adhésion à Mon Plan Protection Hospitalisation, contrat d'assurance collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association de Développement de la Prévoyance des Régions Françaises (ADPRF), enregistrée à la Préfecture du Territoire de Belfort sous le n°W901002184, ci-après dénommée "le Souscripteur", auprès de la Mutuelle Médico-Chirurgicale (MMC), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, enregistrée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le N° 778542852, dont le siège social est sis au 6 rue Paul Morel, BP 80283, 70006 Vesoul Cedex, dénommée "l'Assureur". L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle MMC est l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR), située 61 rue Taibout 75436 PARIS CEDEX 09.

(1^{er} et 2^{ème} feuillet à retourner à PRAECONIS / 3^{ème} feuillet à conserver par l'adhérent)

MENTIONS LÉGALES

Adhésion réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation

- en agence hors établissement
 à distance (web) par démarchage téléphonique

Adhésion saisie en WEB/EDI

CACHET DE L'ASSUREUR CONSEIL :

N° ORIAS :

Nouvelle adhésion Avenant

Date d'effet :

Adhérent (Souscripteur)

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme. <input type="checkbox"/> Mlle.	Date de Naissance : / /	Lieu de naissance :
Nom :	Nom de naissance :	Prénom :
Profession :		
Adresse :		
Code postal :	Ville :	
Téléphone :	Portable :	e-mail :
N° de Sécurité Sociale : <input type="text"/>	Régime <input type="text"/>	Organisme <input type="text"/> Centre <input type="text"/>
Situation de famille : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Concubin(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>		

Conjoint(e) ou concubin(e) (Situation et composition de la famille assurée)

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme. <input type="checkbox"/> Mlle.	Date de naissance : / /	Lieu de naissance :
Nom :	Nom de naissance :	Prénom :
Profession :		
N° de Sécurité Sociale : <input type="text"/>	Régime <input type="text"/>	Organisme <input type="text"/> Centre <input type="text"/>

Enfant(s) à charge Si enfant(s) supplémentaire(s), merci de compléter la fiche "Bénéficiaires supplémentaires".

Nom :	Date de naissance : / /	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Affiliation régime obligatoire <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Prénom :	Lieu de naissance :		N° de Sécurité Sociale : <input type="text"/>
Nom :	Date de naissance : / /	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Affiliation régime obligatoire <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Prénom :	Lieu de naissance :		N° de Sécurité Sociale : <input type="text"/>
Nom :	Date de naissance : / /	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Affiliation régime obligatoire <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Prénom :	Lieu de naissance :		N° de Sécurité Sociale : <input type="text"/>
Nom :	Date de naissance : / /	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Affiliation régime obligatoire <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
Prénom :	Lieu de naissance :		N° de Sécurité Sociale : <input type="text"/>

Proposition d'adhésion au contrat "Mon Plan Protection Hospitalisation" (MPPH)

GARANTIES :

Versement à l'assuré, lors de son hospitalisation, d'une allocation journalière forfaitaire (1) égale au montant garanti à la date de l'événement.

(1) L'indemnité Journalière indiquée au certificat d'adhésion est doublée si l'hospitalisation est consécutive à un accident. Si l'accident est consécutif à une agression, il est versé à l'Assuré une indemnité complémentaire égale à deux fois le montant de l'indemnité journalière indiquée au certificat d'adhésion (se reporter aux articles 1 et 2 de la Notice IJDB-2016-02).

Choisissez votre indemnité journalière hospitalisation :

15 €/j 25 €/j 40 €/j 50 €/j
 60 €/j 75 €/j 100 €/j

Tarifs 2016 des cotisations mensuelles

Assuré principal	Indemnité	15€/j	25€/j	40€/j	50€/j	60€/j	75€/j	100€/j
Âge à l'adhésion	18-39 ans	4,94 €	8,23 €	13,16 €	16,45 €	19,74 €	24,68 €	32,90 €
	40-49 ans	6,77 €	11,28 €	18,04 €	22,55 €	27,06 €	33,83 €	45,10 €
	50-59 ans	8,39 €	13,98 €	22,36 €	27,95 €	33,54 €	41,93 €	55,90 €
	60-65 ans	10,92 €	18,20 €	29,12 €	36,40 €	43,68 €	54,60 €	72,80 €
	66-70 ans	12,75 €	21,25 €	34 €	42,50 €	51 €	63,75 €	85 €
Conjoint Âge à l'adhésion	18-39 ans	3,70 €	6,17 €	9,87 €	12,34 €	14,81 €	18,51 €	24,68 €
	40-49 ans	5,07 €	8,46 €	13,53 €	16,91 €	20,30 €	25,37 €	33,83 €
	50-59 ans	6,29 €	10,48 €	16,77 €	20,96 €	25,16 €	31,44 €	41,93 €
	60-65 ans	8,19 €	13,65 €	21,84 €	27,30 €	32,76 €	40,95 €	54,60 €
	66-70 ans	9,56 €	15,94 €	25,50 €	31,88 €	38,25 €	47,81 €	63,75 €
Enfants Âge à l'adhésion	Indemnité	7,5€/j	12,5€/j	20€/j	25€/j	30€/j	37,5€/j	50€/j
	0-17 ans	1,98 €	3,30 €	5,27 €	6,59 €	7,91 €	9,89 €	13,18 €

COTISATION MENSUELLE TOTALE MPPH

A

Information : Cotisation Annuelle

Ax12 =

Cotisations

PÉRIODICITÉ : MENSUELLE

DATE DE PRÉLÈVEMENT : 8 DU MOIS
12 DU MOIS

COTISATION MENSUELLE TOTALE MPPH

A

COTISATION SOCIALE MUTUALISTE
y compris Assistance, cotisation ADPRF,
frais de fractionnement et droit d'adhésion
par mois et par chef de famille

B + 1,95 €

MONTANT DU RÈGLEMENT TTC

A+B =

JE SOUSSIGNÉ(E) L' ADHÉRENT(E) :

- demande à adhérer :
- au contrat Mon Plan Protection Hospitalisation OUI NON
- à l'ADPRF (obligatoire) OUI

reconnais avoir été informé(e) que la Mutuelle se fonde, pour établir les relations précontractuelles, sur le Code de la mutualité notamment son article L221-18. La loi applicable au contrat régi par le Code de la mutualité française. La Mutuelle, avec mon accord, s'engage à utiliser pendant toute la durée du contrat la langue française,

reconnais avoir été informé que l'adhésion est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction à l'échéance principale du 31 décembre de chaque année sauf résiliation prévue par la loi, rappelée dans la Notice,

déclare avoir reçu et pris connaissance des dispositions mentionnées dans la Notice du contrat attenante à cette demande d'adhésion et dont les références sont précisées ci-dessous. Dans le cas où mon adhésion est souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (articles L221-18 du code de la Mutualité et L121-20-08 de la consommation : - je demande expressément l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion au contrat à compter de sa conclusion. - Dans ce cadre et conformément aux textes précités je peux exercer mon droit de rétractation dans les conditions et formes précisées dans la Notice du contrat,

certifie la sincérité et l'exactitude des déclarations et informations données sur la présente demande d'adhésion me concernant ainsi que les membres de ma famille à assurer et reconnais savoir que toute omission ou déclaration inexacte, ainsi que la réticence ou fausse déclaration intentionnelle pourront faire l'objet respectivement d'une proposition d'ajustement tarifaire ou d'une nullité de l'adhésion conformément aux dispositions du code de la mutualité.

Conformément à la loi informatique et libertés 78.17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toutes informations vous concernant sur ce fichier en vous adressant à la Mutuelle.

La Mutuelle est destinataire, avec ses mandataires, l'association ADPRF et ses réassureurs, de l'information pour :

- le traitement de votre dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel,
 - l'envoi de documents sur les produits proposés directement ou indirectement,
- Si vous souhaitez ne pas être sollicité, il vous suffit de nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précisée ci-dessus. L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

Références :

- Statuts de l'ADPRF	
- Statuts de la Mutuelle	
- Conditions Générales Mon Plan Protection Hospitalisation	IJDB-2016-02
- Notice Assistance	CFA-2013-01

- Je déclare avoir été informé préalablement à mon adhésion de la possibilité qui m'est offerte de contractualiser sur un support dématérialisé (non papier). Je déclare en conséquence renoncer au support papier pour demander mon adhésion. Mon consentement est formalisé par une signature électronique.
- Je déclare avoir reçu préalablement à mon adhésion, en temps utile et avant tout engagement de ma part la notice valant conditions générales précisant les garanties et leurs exclusions, le tableau de garanties, la présente demande d'adhésion et le formulaire de renonciation.
- Je demande expressément l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion au contrat à compter de sa conclusion. Dans ce cadre, je peux quand même exercer mon droit de rétractation dans les délais prévus par la loi. Dans ce cas je suis tenu au paiement proportionnel de la prestation effectivement fournie pendant le délai de garantie.

Je soussigné(e) certifie mes déclarations sincères et véritables. Je déclare avoir pris connaissance des Statuts de l'ADPRF et de la Mutuelle, des Conditions générales de souscription à la garantie «Mon Plan Protection Hospitalisation» n°IJDB-2016-02 et la notice "Assistance" n°CFA-2013-01 qui m'ont été remise ce jour et les accepter sans réserve.

Fait à : le

Écrire " Lu et approuvé " et signer

Signature de l'adhérent

Signature du conjoint

J'OPTÉ POUR LE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE : OUI
NON

Date d'effet

Échéance principale

1^{er} janvier

DROIT DE RENONCIATION

Article L. 121-23 à L. 121-26 du Code de la Consommation

CODE DE LA CONSOMMATION

Sélection des ARTICLES RELATIFS AU DÉMARCHAGE À DOMICILE

Art L 121-21

Est soumis aux dispositions de la présente section quiconque pratique ou fait pratiquer le démarchage, au domicile d'une personne physique, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, afin de lui proposer l'achat, la vente, la location, la location-vente ou la location avec option d'achat de biens ou la fourniture de services.

Est également soumis aux dispositions de la présente section le démarchage dans les lieux non destinés à la commercialisation du bien ou du service proposé et notamment l'organisation par un commerçant ou à son profit de réunions ou d'excursions afin de réaliser les opérations définies à l'alinéa précédent.

Article L 121-23

Les opérations visées à l'article L 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont un exemplaire doit être remis au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

- Noms du fournisseur et du démarcheur ;
- Adresse du fournisseur ;
- Adresse du lieu de conclusion du contrat ;
- Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou des services proposés
- Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services ;
- Prix global à payer et modalités de paiement ; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L 313-1;
- Faculté de renonciation prévue à l'article L 121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté et, de façon apparente, le texte des articles L 121-23, L 121-24, L 121-25, et L 121-26.

Article 121-24

Le contrat visé à l'article L 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L 121-25. Un décret en Conseil d'Etat précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire. Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence. Tous les exemplaires doivent être signés et datés de la main même du client.

Article 121-25

Dans les 7 jours, fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche, ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au 1er jour ouvrable suivant.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue. Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L 121-27.

Article L 121-26

Avant expiration du délai de réflexion prévu à l'article L 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit, une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit.

ANNULATION DE COMMANDE

Article L. 121-23 à L. 121-26 du Code de la Consommation.

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au présent contrat « Mon Plan Protection Hospitalisation » pendant trente jours* ;
*Jours calendaires révolus à compter de la commande ou de l'engagement d'achat. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante :

PRAECONIS- 6 rue Paul Morel - BP 80283 - 70006 Vesoul Cedex

Si vous annulez votre commande, vous pouvez utiliser le formulaire détachable qui se trouve dans la présente Demande d'Adhésion.

Article 1 – Constitution et dénomination

Il est constitué entre les adhérents aux présents statuts et les adhérents ultérieurs qui s'y joindront soit tous les adhérents de l'ADPRF à la suite de sa dissolution, un Association régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 Aout 1901, ayant pour nom :
ASSOCIATION DE DEVELOPPEMENT DE LA PREVOYANCE DES REGIONS FRANCAISES (ADPRF)

Article 2 – Siège social

Le siège social est fixé 2 rue de Madrid – 90000 BELFORT.
Il peut être déplacé en tout lieu sur simple décision du Conseil d'Administration.

Article 3 – Objet

Cette Association a pour objet de :

- Favoriser l'accès aux adhérents à des garanties d'épargne et de prévoyance et de santé, au travers de contrats groupes, conclus avec des organismes d'assurance ;
- Favoriser l'accès des adhérents à l'ensemble de la couverture des risques assurables qu'ils rencontrent, tant dans leur vie privée que professionnelle ;
- Signer des conventions avec les organismes d'assurance habilités pour faire bénéficier ses adhérents de garanties collectives et des services découlant, et suivre l'application desdites Conventions ;
- Informer ses adhérents en matière de prévoyance, de santé, de retraite et d'épargne ;
- Effectuer toute opération et prendre toute initiative propre à la réalisation de son objectif social.
- Prendre la suite des engagements de l'ADPRF consécutivement à la dissolution de cette dernière.

Article 4 – Durée

La durée de l'Association est illimitée.

Article 5 – Composition de l'Association

L'Association est composée de membres personnes physiques.

Sont membres de l'Association, les adhérents aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association, ainsi que les adhérents de l'ADPRF à jour de leurs cotisations

au jour de la dissolution de cette dernière. Ils disposent d'un seul droit de vote à l'Assemblée Générale (même s'ils ont adhéré à plusieurs contrats groupes précités) et peuvent proposer une résolution à l'Assemblée Générale.

Article 6 – Démission - Radiation

La qualité de membre se perd par :

- La démission ;
- Le décès ;
- La radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour motif grave ;
- La résiliation de l'adhésion aux contrats groupe souscrits par l'Association.

Article 7 – Ressources

Les ressources de l'Association se composent :

- Des cotisations des membres ;
- Des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association ;
- De toute autre ressource non interdite par la loi.

Article 8 – Administration

Un Conseil d'Administration, composé de trois membres, administre l'Association.

Les membres du Conseil d'Administration sont élus par l'Assemblée Générale pour une durée de six ans et sont éligibles.

Le Conseil d'Administration élit en son sein un bureau composé :

- D'un Président ;
- D'un secrétaire ;
- D'un trésorier.

Le Président et les membres du bureau sont élus par le Conseil d'Administration pour une durée de six ans à la majorité simple.

Le Conseil d'Administration est composé pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe, et ne recevant ou n'ayant pas reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part des ces mêmes organismes ou sociétés.

Article 9 – Réunion du Conseil

Le Conseil se réunit sur convocation du Président ou de la moitié de ses membres, au moins une fois par an, au siège de l'Association ou en visioconférence.

Les décisions sont prises à la majorité des voix des membres présents, la voix du Président est prépondérante en cas de partage.

Tout membre qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois séances consécutives sera considéré comme démissionnaire.

Un procès-verbal de séance est signé par le Président et le Secrétaire.

Les membres du Conseil d'Administration exerceront leurs fonctions gratuitement. Toutefois, ils pourront prétendre, et sur justificatifs visés par le Président ou le Trésorier, au remboursement des frais qu'ils auront engagés pour l'exercice de leur mandat, sans que cela ne puisse être considéré comme un élément de rémunération.

Les membres du Conseil d'Administration s'interdisent, en outre, de percevoir par les organismes d'assurance avec lesquels l'Association a signé des contrats groupe, une rémunération liée au montant des cotisations ou à l'encours des contrats collectifs souscrits par l'Association.

Article 10 – Pouvoirs du Conseil d'Administration

Le Président représente l'Association. Il représente, notamment, l'Association en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut être habilité, sur mandat du Conseil d'Administration, à engager toute action en justice.

Le Président à le pouvoir de signer les contrats groupe de prévoyance, d'épargne et de retraite au profit de ses membres

L'Assemblée Générale a seule qualité pour autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit.

Le Conseil d'Administration est tenu de présenter au vote de l'Assemblée Générale les projets de résolution qui lui ont été communiqués quarante-cinq jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée par le dixième

des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent

Article 11 – Assemblée Générale Ordinaire

1/ Composition de l'Assemblée

L'Assemblée Générale est constituée par l'ensemble des membres de l'Association au jour de la tenue de cette Assemblée. Chaque membre dispose d'une voix.

Chaque membre peut disposer de cinq pouvoirs maximum. Un même adhérent ne peut disposer de plus de 5% des droits de vote.

Les adhérents ont la faculté de donner mandat à :

- Un autre adhérent ;
- Ou leur conjoint.

2/ Ordre du jour de l'Assemblée Générale

L'ordre du jour est arrêté par le Président conformément à l'article 11 des présents statuts.

L'Assemblée ne peut délibérer que sur les questions inscrites à l'ordre du jour.

Si des membres désirent qu'une résolution soit inscrite à l'ordre du jour, ils doivent en aviser le Président au moins quinze jours avant la date fixée pour l'Assemblée Générale.

3/ Quorum et vote

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni le quorum, une seconde Assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses adhérents présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance. Il est tenu un procès-verbal des réunions de l'Assemblée Générale consultable au siège de l'Association.

4/ Réunions de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale se réunit chaque année à une date et un lieu fixés par le Président du Conseil d'Administration.

Les membres de l'Assemblée sont informés individuellement de la tenue de l'Assemblée, par lettre simple ou par courriel, trente

jours au moins avant la date prévue. Ils reçoivent, à cette occasion, le texte des résolutions et les différents rapports présentés. Il leur est également fourni les documents nécessaires pour se faire représenter ou pour voter par correspondance.

L'Assemblée Générale :

- Entend les rapports sur la gestion du Conseil et la situation de l'Association ;
- Approuve les comptes de l'exercice ;
- Pourvoit, s'il y a lieu, au renouvellement des membres du Conseil d'Administration ;
- Discute les questions écrites à l'ordre du jour.

Article 12 – Assemblée Générale Extraordinaire

L'Assemblée Générale extraordinaire décide des modifications des statuts.

Elle est convoquée, si besoin est, par le Président du Conseil d'administration ou à la demande d'au moins 10% des adhérents.

Les formes et les délais de convocation et les conditions de quorum et de vote de l'Assemblée Générale Extraordinaire sont les mêmes que ceux de l'Assemblée Générale Ordinaire prévus ci-dessus.

Article 13 – Règlement intérieur

Le Conseil d'administration pourra, s'il le juge nécessaire, arrêter le texte d'un règlement intérieur qui déterminera les détails d'exécutions des présents statuts.

Article 14 – Dissolution de l'Association

En cas de dissolution décidée en Assemblée Générale Extraordinaire, un ou plusieurs liquidateurs seront nommés.

La dissolution de l'Actif de l'Association est faite conformément à l'article 9 du 1er juillet 19014 et du décret du 16 aout 1901.



SOMMAIRE

TITRE I

FORMATION, OBJET ET
COMPOSITION DE LA MUTUELLECHAPITRE I : **Formation et objet de la Mutuelle**
- Articles 1 à 7CHAPITRE II : **Conditions d'admission,
de démission, de radiation et d'exclusion**
Section 1 : **CONDITIONS D'ADMISSION** - Articles
8 à 11Section 2 : **DÉMISSION, RADIATION,
EXCLUSION** - Articles 12 à 15

TITRE II

ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I : **Assemblée Générale**Section 1 : **COMPOSITION,
ÉLECTIONS** - Articles 16 à 18Section 2 : **RÉUNION DE L'ASSEMBLÉE
GÉNÉRALE** - Articles 19 à 25CHAPITRE II : **Conseil d'Administration**Section 1 : **COMPOSITION,
ÉLECTIONS** - Articles 26 à 32Section 2 : **RÉUNIONS** - Articles 33 à 35Section 3 : **ATTRIBUTIONS DU CONSEIL
D'ADMINISTRATION** - Articles 36 et 37Section 4 : **STATUT DES ADMINISTRATEURS**
- Articles 38 à 43CHAPITRE III : **Président et bureau**Section 1 : **ÉLECTION ET MISSION DU
PRÉSIDENT** - Articles 44 à 46Section 2 : **ÉLECTION, COMPOSITION
DU BUREAU** - Articles 47 à 53CHAPITRE IV : **Organisation financière**Section 1 : **PRODUITS ET CHARGES**
- Articles 54 à 56Section 2 : **MODES DE PLACEMENT ET DE
RETRAIT DES FONDS, RÈGLES DE SÉCU-
RITÉ FINANCIÈRES** - Articles 57 à 59Section 3 : **COMMISSAIRES AUX COMPTES**
- Article 60Section 4 : **FONDS D'ÉTABLISSEMENT**
- Article 61CHAPITRE V : **Organisation des sections
de la Mutuelle**Section 1 : **SECTIONS DE MUTUELLES À
CARACTÈRE PROFESSIONNEL OU INTER-
PROFESSIONNEL** - Article 62

TITRE III

INFORMATION DES ADHÉRENTS - Article 63

TITRE IV

DISPOSITIONS DIVERSES - Articles 64 et 65

TITRE I
FORMATION, OBJET ET
COMPOSITION DE LA MUTUELLECHAPITRE I :
Formation et objet de la MutuelleArticle 1 – **Dénomination de la Mutuelle**

Il est constitué une Mutuelle dénommée Mutuelle Médico-Chirurgicale dite MMC, qui est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le Code de la mutualité et notamment par les dispositions du Livre II de ce Code. La MMC est immatriculée auprès du Secrétariat Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro 778542852.

Article 2 – **Siège de la Mutuelle**

Le siège de la Mutuelle est situé 6, rue Paul Morel – 70000 VESOUL

Article 3 – **Objet de la Mutuelle**

La Mutuelle a pour objet :

1 - de réaliser les opérations d'assurance suivantes : couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie. La Mutuelle est agréée pour les branches d'activité suivantes :

1) **Accidents, 2) Maladie**

2 - de céder tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue à un ou plusieurs organismes relevant du Code de la mutualité, ou sur décision d'Assemblée Générale à tout organisme pratiquant la réassurance. Pour les opérations mentionnées aux a), b), c), d) du 1^o du second alinéa de l'article L.111-1 du Code de la mutualité la Mutuelle peut conclure tout contrat collectif ou convention auprès d'une autre mutuelle ou union de mutuelles régies par le Livre II du Code de la mutualité, institution de prévoyance régie par le Titre III du Livre IX du Code de la sécurité sociale ou relevant de l'article L.732-1 du Code rural ou entreprise d'assurance régie par le Code des Assurances qu'elle propose à l'adhésion de ses membres participants, bénéficiaires et ayants droit. La Mutuelle peut présenter des contrats dont le risque est porté par un autre organisme mutualiste.

3 - recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance, conformément à l'Article L.116-2 du Code de la mutualité.

En application des dispositions de l'article L.116-3 du Code de la mutualité, la mutuelle peut déléguer, de manière totale ou partielle, la gestion d'un contrat collectif. L'Assemblée Générale définit les principes que doivent respecter ces délégations de gestion. Le déléguataire rend compte chaque année de sa gestion au Conseil d'Administration de la mutuelle. Le Conseil d'Administration établit, chaque année, un rapport qu'il présente à l'Assemblée Générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L.116-1 à L.116-3 du Code de la mutualité.

Article 4 – **Adhésion à une union de groupe mutualiste**

La Mutuelle peut participer à la constitution ou adhérer à une union de groupe mutualiste dont l'objet est de faciliter et développer, en les coordonnant, les activités de ses membres. La Mutuelle peut adhérer à un groupement paritaire de prévoyance.

Article 5 – **Règlement mutualiste du contrat santé**

En application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité, un (des) règlement(s) mutualiste(s) adopté(s) par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration définit(ssent) le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant ou honoraire et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Article 6 – **Respect de l'objet des mutuelles**

Les instances dirigeantes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité tels que les définit l'article L.111-1 du Code de la mutualité.

Article 7 – **Informatique et libertés**

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Le membre participant ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, 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 s'adressant à la Mutuelle à l'adresse de son siège social.

CHAPITRE II

Conditions d'admission, de démission,
de radiation et d'exclusion

Section 1

CONDITIONS D'ADMISSION

Article 8 – **Catégories de membres**

La Mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires.

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit, pacsés, des prestations assurées soit directement par la Mutuelle, soit par les Unions auxquelles la Mutuelle est affiliée.

Les membres honoraires sont soit des personnes physiques qui paient une cotisation ou font des dons ou ont rendu des services équivalents sans pouvoir bénéficier des prestations offertes par la Mutuelle, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

Peuvent adhérer à la Mutuelle les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes :

- en qualité de membre participant toute personne affiliée à un régime légal de base obligatoire ;
- en qualité de membre honoraire toute personne physique qui verse des cotisations, des contributions ou fait des dons sans bénéficier des prestations ou toute personne morale souscrivant des contrats collectifs.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la Mutuelle sont : les conjoints et concubins, les enfants à charge au titre des régimes d'obligations du membre participant. À leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants de la Mutuelle sans l'intervention de leur représentant légal.

Article 9 – Adhésion individuelle

Acquièrent la qualité d'adhérent à la Mutuelle les personnes qui remplissent les conditions définies à l'article 8 et qui font acte d'adhésion constaté par la signature de la proposition valant certificat d'adhésion.

La signature de la proposition valant certificat d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le(s) règlement(s) mutualiste(s). Tous actes et délibérations ayant pour objet une modification des statuts sont portés à la connaissance de chaque adhérent.

Article 10 – Adhésion dans le cadre de contrats collectifs

I – Opérations collectives facultatives

La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion (qui emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis au contrat écrit conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice), des salariés de l'entreprise ou des membres de la personne morale et la Mutuelle.

II – Opérations collectives obligatoires

La qualité d'adhérent à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat écrit souscrit par l'employeur ou par une personne morale et ce en vertu des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles.

Article 11 – Commissionnement

Conformément à l'article L.116-3 du Code de la mutualité, lorsque l'intermédiaire a été désigné par une personne morale souscriptrice, la Mutuelle ou l'union informe cette dernière du montant de la rémunération versée.

Section 2

DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

Article 12 – Démission

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à la Mutuelle au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile.

Elle doit être adressée pour le 31 octobre au plus tard, pour une radiation au 31 décembre.

Article 13 – Radiation

Sont radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L.221-7, L.221-8 et L.221-17 du Code de la mutualité.

Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration.

Article 14 – Exclusion

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

S'il s'abstient d'y référer, sauf cas de force majeure, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

Article 15 – Conséquences de la démission, de la radiation ou de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées sauf stipulations contraires prévues au(x) règlement(s) mutualiste(s) et entraînent de plein droit la cessation de toutes les garanties assurées par la Mutuelle.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion ou de suspension.

TITRE II ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I Assemblée Générale

Section 1 COMPOSITION, ÉLECTIONS

Article 16 – Section de vote

Tous les membres de la Mutuelle sont répartis en sections de vote. L'étendue et la composition des sections de vote sont fixées par le Conseil d'Administration.

Article 16-1 – Composition de l'Assemblée Générale

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

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

Article 16-2 – Élection des délégués

Les membres de chaque section élisent parmi eux le ou les délégués à l'Assemblée Générale de la Mutuelle. Les délégués sont élus pour 6 ans.

Les élections des délégués ont lieu à bulletin secret suivant le mode de scrutin ci-après : unimominal à un seul tour. L'élection est acquise aux candidats délégués ayant recueilli le plus grand nombre de voix et, en cas d'égalité de voix, au plus âgé.

Il est procédé à l'élection des délégués :

- soit en Assemblée Générale de section ;
- soit par correspondance ;
- soit en Assemblée Générale de section et par correspondance pour les membres empêchés. Si le nombre de candidats au sein d'une section de vote s'avère inférieur ou égal au nombre de sièges à pourvoir, ils seront réputés élus de plein droit par décision du Conseil d'Administration, sans qu'il y ait lieu de procéder à des élections.

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

Article 16-3 – Vacance en cours de mandat d'un délégué de section

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission ou toute autre cause d'un délégué, il est procédé, avant la prochaine Assemblée Générale, au remplacement de ce dernier par le candidat non élu ayant obtenu dans la section le plus grand nombre de voix. Il achève le mandat de son prédécesseur.

Article 16-4 – Nombre de délégués

Chaque section élit un délégué par tranche de 650 membres, même si la section qu'il représente comporte moins de 650 membres. Chaque délégué dispose d'une seule voix à l'Assemblée Générale.

Article 17 – Empêchement

Le délégué empêché d'assister à l'Assemblée Générale peut donner un pouvoir à un autre délégué, non administrateur, sans que le nombre de pouvoirs réunis par un même délégué puisse excéder cinq mandats.

Article 18 – Dispositions propres aux mineurs

Les membres participants mineurs de plus de 16 ans ayant la qualité de membre participant exercent leur droit de vote à l'Assemblée Générale.

Section 2 RÉUNION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Article 19 – Convocation annuelle obligatoire

Le Président du Conseil d'Administration convoque l'Assemblée Générale.

Il la réunit au moins une fois par an.

À défaut, le Président du tribunal de grande instance statuant en référé peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'Administration de convoquer cette Assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

L'Assemblée Générale peut également être convoquée dans les conditions fixées à l'article L.114-8-1 du Code de la mutualité (alinéa 2 et suivants).

Article 20 – Modalités de convocation de l'Assemblée Générale

La convocation est faite dans les conditions et délais suivants :

Les délégués à l'Assemblée Générale sont convoqués individuellement au moins quinze jours avant la date de sa réunion.

Lorsque l'Assemblée n'a pu délibérer faute de réunir le quorum requis, la deuxième Assemblée est convoquée dix jours au moins avant la date de sa réunion dans les mêmes formes que la première.

Les membres composant l'Assemblée Générale qui le souhaitent, peuvent recevoir les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par le Code de la mutualité de façon dématérialisée.

Article 21 – Ordre du jour

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est fixé par le Président du Conseil d'Administration. Toutefois, les membres participants ou les délégués peuvent requérir l'inscription à l'ordre du jour de l'Assemblée Générale de projets de résolutions dans les conditions prévues par les dispositions réglementaires en vigueur. L'Assemblée ne délibère que sur des questions inscrites à l'ordre du jour. Elle peut, néanmoins, en toutes circonstances, révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement. Elle prend, en outre, en toutes

circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

Article 22 – Compétences de l'Assemblée Générale

Le Conseil d'Administration procède à l'élection du président.

L'Assemblée Générale procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation.

L'Assemblée Générale est appelée à se prononcer sur :

- les modifications des statuts ;
 - les activités exercées ;
 - l'existence et le montant des droits d'adhésion ;
 - le montant du fonds d'établissement ;
 - les montants ou les taux de cotisations, les prestations offertes ainsi que le contenu du règlement mutualiste défini par l'article L.114-1 5° alinéa du Code de la mutualité ;
 - l'adhésion à une Union ou à une Fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une Union ou d'une Fédération, la fusion avec une autre Mutuelle ou une Union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre Mutuelle ou d'une Union ;
 - les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance ;
 - l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L.114-44 et L.114-45 du Code de la mutualité ;
 - le transfert de tout ou partie du portefeuille d'opérations, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire ;
 - le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
 - les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe ;
 - le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la mutualité ;
 - le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers opérés entre les Mutuelles ou Unions régies par les livres II et III du Code de la mutualité auquel est joint le rapport du commissaire aux comptes prévu à l'article L.114-39 du même Code ;
 - le plan prévisionnel de financement prévu à l'article L.310-4 du Code de la mutualité ;
 - toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.
- L'Assemblée Générale décide :
- la nomination des commissaires aux comptes ;
 - la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions statutaires ;
 - les délégations de pouvoir prévues à l'article 25 des présents statuts ;
 - les apports faits aux Mutuelles et aux Unions créées en vertu des articles L.111-3 et L.111-4 du Code de la mutualité.

Article 23 – Modalités de vote de l'Assemblée Générale

1. Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées.

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article 25 des présents statuts, les

prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de la Mutuelle ou la création d'une Mutuelle ou d'une Union, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal à la moitié du total des délégués.

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

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

2. Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité simple pour être adoptées.

Lorsqu'elle se prononce sur des questions autres que celles visées au 1. ci-dessus, l'assemblée ne délibère valablement que si le nombre de ses délégués présents est au moins égal au quart du total des délégués.

À défaut, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée et délibérera valablement quel que soit le nombre de ses délégués présents.

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

Article 24 – Force exécutoire des décisions de l'Assemblée Générale

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

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été portées à la connaissance, par notification, des adhérents dans les conditions prévues dans le(s) règlement(s) mutualiste(s).

Article 25 – Délégation de pouvoir de l'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou taux de cotisations et de prestations au Conseil d'Administration.

Cette délégation n'est valable qu'un an.

CHAPITRE II Conseil d'Administration

Section 1 COMPOSITION, ÉLECTIONS

Article 26 – Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration composé d'au moins 12 administrateurs et 18 au plus à compter de l'Assemblée Générale procédant au renouvellement de candidatures.

Le Conseil d'Administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants.

Il ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés dans une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la mutualité.

Article 27 – Présentation des candidatures

Les déclarations des candidatures aux fonctions d'administrateurs doivent être adressées au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception reçue trente jours au moins avant la date de l'Assemblée Générale.

Article 28 – Conditions d'éligibilité – Limite d'âge

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

- être âgés de 18 ans révolus ;
- ne pas avoir exercé de fonctions de salariés au sein de la Mutuelle au cours des trois années précédant l'élection ;
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation dans les conditions énumérées à l'article L.114-21 du Code de la mutualité ;
- ne pas appartenir simultanément à plus de cinq Conseils d'Administration de Mutuelles, Unions ou Fédérations, déduction faite des mandats détenus dans les fédérations définies à l'article L.111-5 du Code de la mutualité et dans les unions qui ne relèvent ni du livre II ni du livre III, investies d'une mission spécifique d'animation ou de représentation.

La limite d'âge à l'exercice des fonctions d'administrateur ne peut être supérieure à 70 ans.

Par exception, un cinquième au plus des Administrateurs peut avoir dépassé cette limite d'âge au cours de l'exercice de leur mandat. Le dépassement de cette quotité entraîne la démission d'office de l'Administrateur le plus âgé.

Selon l'article L.114-22 du Code de la mutualité, le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les Administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'Administrateur le plus âgé. Toutefois, lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel Administrateur, ce dépassement entraîne la démission de l'Administrateur nouvellement élu.

Article 29 – Modalités de l'élection

Sous réserve des dispositions inscrites aux présents statuts et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, les membres du Conseil d'Administration sont élus à bulletin secret par l'ensemble des membres de l'Assemblée Générale au scrutin uninominal majoritaire à deux tours.

Nul n'est élu au premier tour de scrutin s'il n'a pas réuni la majorité absolue des suffrages exprimés.

Au deuxième tour, la majorité relative suffit. En cas d'égalité de suffrages, le plus âgé des candidats est élu.

Article 30 – Durée du mandat

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour une durée de six ans. La durée de leur fonction expire à l'issue de l'Assemblée Générale qui vote le renouvellement ou le remplacement des administrateurs, tenue dans l'année au cours de laquelle expire leur mandat. Les membres élus en cours de mandat achèvent le mandat du membre qu'ils remplacent.

Les membres du Conseil d'Administration cessent leurs fonctions :

- lorsqu'ils perdent la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle ;
- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 28 ;
- lorsqu'ils ne respectent pas les dispositions de l'article L.114-23 du Code de la mutualité relatif au cumul, ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office dans les conditions prévues à cet article ;
- trois mois après qu'une décision de justice définitive les a condamnés pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du Code de la mutualité. Les administrateurs sont révocables à tout moment par l'Assemblée Générale.

Article 31 – Renouveaulement du Conseil d'Administration

Le renouvellement du Conseil a lieu par moitié tous les trois ans.

Les membres sortants sont rééligibles.

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

Article 32 – Vacance

En cas de vacance d'un poste d'administrateur, il est pourvu provisoirement par le Conseil d'Administration à la nomination d'un administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'Assemblée Générale ; si la nomination faite par le Conseil d'Administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée Générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables.

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

Dans le cas où le nombre d'administrateurs est inférieur au minimum légal du fait d'une ou plusieurs vacances, une Assemblée Générale est convoquée par le président afin de pourvoir à la nomination de nouveaux administrateurs.

Section 2 RÉUNIONS

Article 33 – Réunions

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du président chaque fois que la situation de la Mutuelle l'exige et au moins trois fois par an.

Le président du Conseil d'Administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation, qui doit être envoyée aux membres du Conseil d'Administration cinq jours francs au moins avant la date de réunion, sauf en cas d'urgence. Il peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'Administration. S'ils le souhaitent, cette opération peut se faire de façon dématérialisée. Il peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'Administration. Un représentant des salariés de la Mutuelle, élu à bulletin secret, assiste avec voix consultative aux séances du Conseil d'Administration. Il est élu pour une durée de deux ans au scrutin uninominal majoritaire à un tour. Sont électeurs tous les salariés ayant au moins six mois de présence au jour du scrutin. Sont éligibles tous les salariés ayant au moins un an de présence au jour du scrutin. Le vote, sur appel de candidature libre exclusivement, a lieu sans exigence de quorum particulier. En cas d'égalité, le poste est attribué au candidat ayant l'ancienneté la plus importante dans la Mutuelle et à égalité d'ancienneté, au plus jeune des candidats. Le salarié élu perd le droit d'assister aux réunions du Conseil d'Administration dès qu'il cesse d'appartenir au personnel salarié.

Article 34 – Délibérations du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Le Conseil d'Administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du président

et des autres membres du bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

Les administrateurs sont tenus à une obligation de discrétion s'opposant à la divulgation de renseignements confidentiels.

Article 35 – Démission d'office

Les membres du Conseil d'Administration peuvent, par décision de ce dernier, être déclarés démissionnaires d'office de leurs fonctions en cas d'absence sans motif valable à trois séances consécutives. Cette décision est ratifiée par l'Assemblée Générale.

Section 3 ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 36 – Compétences du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application. Il définit l'organisation et la politique de développement de la Mutuelle.

Le Conseil d'Administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle.

Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles.

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

- des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du Livre II du Code du commerce ;
 - de la liste des organismes avec lesquels la Mutuelle constitue un groupe au sens de l'article L.212-7 du Code de la mutualité ;
 - de l'ensemble des sommes versées en application de l'article L.114-26 du même Code, un rapport distinct, détaille les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur ;
 - des transferts financiers entre la Mutuelle et d'autres Mutuelles ou Unions de Mutuelles.
- Il établit également le rapport de solvabilité prévu à l'article L.212-3 du Code de la mutualité et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, prévu à l'article L.212-6 du même Code.

Plus généralement, il veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux Mutuelles.

Article 37 – Délégations d'attributions par le Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, sous sa responsabilité et son contrôle, soit au bureau, soit au président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions dans le cadre des textes législatifs et réglementaires.

Le Conseil d'Administration consent, sous son contrôle et sa responsabilité, au directeur les délégations de pouvoir nécessaires en vue d'assurer le fonctionnement de la Mutuelle.

Section 4 STATUT DES ADMINISTRATEURS

Article 38 – Action sociale – réalisations sanitaires, sociales ou culturelles

La Commission d'Aides sociales, instance du Conseil d'Administration, est composée d'Administrateurs du Conseil d'Administration de la MMC. Elle est animée par son Président désigné par les membres du Conseil d'Administration.

Missions

L'objectif de cette Commission est d'analyser les aides financières ponctuelles et accessoires accordées à ses adhérents qui en ont fait la demande soit directement à la MMC soit par l'intermédiaire de l'association «Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)» ;

Les demandes adressées directement à la MMC sont étudiées par le Secrétaire Général de la Mutuelle qui émet un avis sur la suite à donner au dossier de demande d'aide.

Les aides sont attribuées dans la limite des crédits alloués chaque année par l'Assemblée Générale.

Article 39 – Indemnités versés aux administrateurs

Les fonctions d'administrateur sont gratuites. La Mutuelle peut cependant verser des indemnités à ses administrateurs dans les conditions mentionnées aux articles L.114-26 à L.114-28 du Code de la mutualité.

Article 40 – Remboursement des frais aux administrateurs

La Mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement et de séjour et de garde d'enfants dans les conditions déterminées par le Code de la mutualité.

Article 41 – Interdictions liées à la fonction d'administrateur

Il est interdit aux administrateurs de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions toutes rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L.114-26 du Code de la mutualité.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au chiffre d'affaires de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur.

Les anciens membres du Conseil d'Administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Il est interdit aux administrateurs de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles L.114-32 à L.114-37 du Code de la mutualité.

Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

Article 42 – Obligations des administrateurs

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

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

ou une Fédération. Le président du Conseil d'Administration est également tenu de faire savoir les mandats de président qu'il détient dans une autre Mutuelle, Union, Fédération. Le président et les administrateurs informent la Mutuelle de toute modification à cet égard.

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

Article 43 – Responsabilité

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

CHAPITRE III

Président et bureau

Section 1

ÉLECTION ET MISSION DU PRÉSIDENT

Article 44 – Élection et révocation

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un président qui est élu en qualité de personne physique. Il peut, à tout moment, être révoqué par celui-ci.

Le président est élu dans les conditions suivantes : à bulletin secret au scrutin uninominal majoritaire à deux tours.

Le président est élu pour une durée de trois ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est rééligible.

La déclaration des candidatures aux fonctions de président du Conseil d'Administration doit être envoyée au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception, au moins un mois avant la date de l'élection.

Article 45 – Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité d'adhérent du président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'Administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le premier vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé. Dans l'intervalle, les fonctions de président sont remplies par le premier vice-président ou à défaut par l'administrateur le plus âgé.

Article 46 – Missions

Le président du Conseil d'Administration organise et dirige les travaux du Conseil d'Administration dont il rend compte à l'Assemblée Générale.

Il informe, le cas échéant, le Conseil d'Administration des procédures engagées en application des articles L.510-8 et L.510-10 du Code de la mutualité.

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

Le président convoque le Conseil d'Administration et en établit l'ordre du jour.

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

Il engage les recettes et les dépenses.

Le président représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il est compétent pour décider d'agir en justice

ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Le président peut, sous son contrôle et sa responsabilité et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier au directeur de la Mutuelle ou à des salariés l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Section 2

ÉLECTION, COMPOSITION DU BUREAU

Article 47 – Élection

Les membres du bureau, autres que le président du Conseil d'Administration, sont élus à bulletin secret pour un an par le Conseil d'Administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'Administration.

Les candidatures au poste de membre du bureau sont adressées par pli recommandé avec avis de réception à la Mutuelle quinze jours au plus tard avant la date de l'élection.

Les membres du bureau peuvent être révoqués à tout moment par le Conseil d'Administration.

En cas de vacance et pour quelque cause que ce soit, le Conseil d'Administration, lorsqu'il est complètement constitué, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

Article 48 – Composition

Le bureau est composé de la façon suivante :

- le président du Conseil d'Administration ;
- deux vice-présidents ;
- un secrétaire général ;
- un secrétaire général adjoint ;
- un trésorier général ;
- un trésorier général adjoint.

Article 49 – Réunions et délibérations

Le bureau se réunit sur convocation du président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle.

La convocation est envoyée aux membres du bureau cinq jours francs au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.

S'ils le souhaitent, cette opération peut se faire de façon dématérialisée.

Le président peut inviter des personnes extérieures au bureau à assister aux réunions du bureau.

Le bureau ne délibère valablement que si la moitié de ses membres sont présents. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Article 50 – Le vice-président

Le ou les vice-présidents secondent le président, qu'ils suppléent en cas d'empêchement, avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Dans ce cas, ils exercent ces fonctions suivant l'ordre dans lequel ils ont été désignés par le Conseil d'Administration.

Article 51 – Le secrétaire général

Le secrétaire général est responsable de la rédaction des procès-verbaux.

Le secrétaire général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier à des salariés l'exécution de certaines

tâches qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Le secrétaire général adjoint seconde le secrétaire général. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

Article 52 – Le trésorier général

Le trésorier général effectue les opérations financières de la Mutuelle.

Il est chargé du paiement des dépenses engagées par le président et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle.

Il fait procéder selon les directives du Conseil d'Administration à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il prépare et soumet à la discussion du Conseil d'Administration :

- les comptes annuels et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
- le rapport prévu au paragraphe m) et le plan prévu au paragraphe n) de l'article L.114-9 du Code de la mutualité ;
- les éléments visés aux paragraphes a), c), d) et f) ainsi qu'aux deux derniers alinéas de l'article L.114-17 du Code de la mutualité ;
- un rapport synthétique sur la situation financière de la Mutuelle.

Le trésorier général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, confier à un ou des salariés qui n'ont pas le pouvoir d'ordonnement, notamment le chef du service comptable, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et leur déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Article 53 – Le trésorier général adjoint

Le trésorier général adjoint seconde le trésorier général. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

CHAPITRE IV

Organisation financière

Section 1

PRODUITS ET CHARGES

Article 54 – Produits

Les produits de la Mutuelle comprennent :

- le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'Assemblée Générale ;
- les cotisations des membres participants et des membres honoraires ;
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers ;
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle ;
- les versements éventuels d'un organisme de réassurance ;
- le produit des recours contre les tiers et d'une façon générale de tout ce qui revient de droit à la Mutuelle ;
- les amendes et les versements pour frais de gestion ;
- plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi.

Article 55 – Charges

Les charges comprennent :

- les diverses prestations servies aux membres participants ;
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;

- les versements faits aux Unions et Fédérations;
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités régionaux de coordination ;
- les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds ;
- les cotisations versées au système fédéral de garantie prévu à l'article L.111-5 du Code ;
- la redevance prévue au Chapitre II du titre 1er du livre VI du Code monétaire et financier affectée aux ressources de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolutions (ACPR) pour l'exercice de ses missions ;
- plus généralement, toutes autres dépenses non interdites par la loi.

Article 56 – Apports et transferts financiers

En cas de création de Mutuelles définies à l'article L.111-3 ou d'Unions définies à l'article L.111-4 du Code de la mutualité, la Mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la Mutuelle ou de l'Union créée, dans les conditions prévues à ces articles.

Section 2 MODES DE PLACEMENT ET DE RETRAIT DES FONDS, RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRES

Article 57 – Modes de placement et de retrait des fonds

Le Conseil d'Administration décide du placement et du retrait des fonds de la Mutuelle, compte tenu le cas échéant des orientations définies par l'Assemblée Générale.

Article 58 – Marge de solvabilité

La Mutuelle dispose à tout moment d'une marge de solvabilité calculée et constituée conformément à la réglementation applicable aux Mutuelles régies par le Code de la mutualité.

Article 59 – Système fédéral de garantie

La Mutuelle adhère au système de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (F.N.M.F.).

Section 3 COMMISSAIRES AUX COMPTES

Article 60 – Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L.114-38 du Code de la mutualité, l'Assemblée Générale nomme au moins un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L.225-219 du Code de commerce.

Le président convoque le(s) commissaire(s) aux comptes à toute Assemblée Générale.

Le commissaire aux comptes :

- certifie le rapport établi par le Conseil d'Administration et présenté à l'Assemblée Générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versés à chaque administrateur ;
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'Administration ;
- prend connaissance de l'avis donné par le président du Conseil d'Administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L.114-32 du Code de la mutualité ;
- établit et présente à l'Assemblée Générale

un rapport spécial sur les dites conventions réglementées mentionnées à l'article L.114-34 du Code de la mutualité ;

- fournit à la demande de la commission de contrôle des Mutuelles tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel ;

- signale sans délai à la commission tout fait et décision mentionné à l'article L.510-6 du Code de la mutualité dont il a eu connaissance ;

- porte à la connaissance du Conseil d'Administration et de la commission de contrôle les vérifications auxquelles il a procédé dans le cadre de ses attributions prévues par le Code de commerce ;

- signale dans son rapport annuel à l'Assemblée Générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'il a relevées au cours de l'accomplissement de sa mission.

Section 4 FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Article 61 – Montant du fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est égal à 458 600 €. Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions de l'article 23-1 des statuts, sur proposition du Conseil d'Administration.

CHAPITRE V Organisation des sections de la Mutuelle

Section 1 SECTIONS DE MUTUELLES À CARACTÈRE PROFESSIONNEL OU INTERPROFESSIONNEL

Article 62 – Composition des sections

Les membres sont répartis en sections groupant les membres participants et honoraires appartenant à une même entreprise, un groupement d'entreprises déterminé, une même branche d'activité ou à un même secteur géographique déterminé.

Ces sections sont instituées par décision du Conseil d'Administration.

TITRE III INFORMATION DES ADHÉRENTS

Article 63 – Étendue de l'information

Chaque adhérent reçoit un exemplaire des statuts et de l'extrait du règlement mutualiste. Les modifications de ces documents sont portées à sa connaissance.

Dans le cadre des opérations collectives, l'adhérent reçoit une notice qui définit les garanties prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, déchéances, exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

Article 64 – Dissolution volontaire ou liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée Générale dans les conditions fixées à l'article 23-1 des statuts. L'Assemblée Générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'Administration.

La liquidation de la Mutuelle s'effectue dans les conditions et formes visées à l'article L.212-14 du Code de la mutualité.

Pendant la liquidation et jusqu'à expresse décision contraire, tous les éléments de l'actif continuent à demeurer la propriété de la Mutuelle.

L'Assemblée Générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs. L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée Générale statuant dans les conditions prévues à l'article 23-1 des présents statuts à d'autres Mutuelles ou Unions ou au Fonds National de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L.421-1 du Code de la mutualité ou au Fonds de garantie mentionné à l'article L.431-1 du Code de la mutualité.

Article 65 – Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

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

CODE DE LA MUTUALITÉ
ANNEXE À L'ORDONNANCE
N°2001-350 DU 19 AVRIL 2001

Notice MON PLAN PROTECTION HOSPITALISATION

1/3

Valant Note d'Information au 1er avril 2016

Notice N° IJDB-2016-02

ARTICLE 1 : L'OBJET DE VOTRE CONTRAT

Le présent contrat collectif à adhésion facultative N° FT-MMA-16P-05 est souscrit par l'Association de Développement de la Prévoyance des Régions Françaises, ci-après dénommée « LE SOUSCRIPTEUR » auprès de l'Assureur (encore dénommé « L'ASSUREUR »).

Le contrat collectif à adhésion facultative MPPH a pour objet de garantir :

— Le versement à l'Assuré d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation dont le montant est spécifié au certificat d'adhésion ; cette indemnité est encore appelée INDEMNITE JOURNALIERE DE BASE,

— Si la cause de l'hospitalisation est la conséquence d'un accident — au sens du présent contrat —, le montant de L'INDEMNITE JOURNALIERE DE BASE est doublé.

— Si la cause de l'hospitalisation est la conséquence d'un accident consécutif à une agression, il est versé à l'Assuré une indemnité complémentaire égale à deux fois le montant DE L'INDEMNITE JOURNALIERE DE BASE.

En plus des Statuts de l'Assureur, les documents contractuels remis à l'Adhérent sont :

— Les présentes Conditions Générales valant Note d'Information ;

— La Fiche d'information et de conseil précontractuelle ;

— Le Certificat d'Adhésion adressé par « L'ASSUREUR » à l'Adhérent ;

ARTICLE 2 : DÉFINITIONS

SOUSCRIPTEUR

L'Association de Développement de la Prévoyance des Régions Françaises, Association Loi 1901, enregistrée à la Préfecture du Territoire de Belfort sous le N° W901002184, ayant pour objet de signer des conventions avec les organismes d'assurance habilités pour faire bénéficier ses adhérent(e)s de garanties collectives et des services découlant, et suivre l'application des dites conventions.

ASSUREUR :

La Mutuelle Médico Chirurgicale (MMC), Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, enregistrée au

près du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro 78542852, dont le siège social est sis au 6 rue Paul Morel 70 000 Vesoul immatriculée au SIREN N°778542852

ADHÉRENT :

Personne physique âgée de 18 ans au moins et de 70 ans au plus. L'Adhérent est désigné comme tel au certificat d'adhésion. Il a donné son consentement pour adhérer au contrat, il acquitte les cotisations.

ASSURÉ :

Personne physique âgée de 18 ans au moins et de 75 ans au plus sur la tête de laquelle reposent les garanties du contrat et désignée comme telle au certificat d'adhésion. Les enfants de l'Adhérent ou de son conjoint, si ce dernier est Assuré, âgés de moins de 18 ans peuvent également bénéficier des garanties. L'ADHERENT est obligatoirement un ASSURE.

CONJOINT :

Il s'agit du conjoint de l'Assuré au jour du décès, non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut du concubin notoire déclaré comme tel à l'ASSUREUR par l'Assuré ou de la personne désignée comme telle dans le cadre d'un PACS.

BÉNÉFICIAIRE (S) :

= ASSURÉ, personne (s) physique (s) désignée (s) sur la tête de laquelle reposent les garanties du contrat et pour percevoir les Indemnités journalières en cas d'Hospitalisation.

MALADIE :

Toute altération de l'état de santé de l'Assuré constatée par une autorité médicale compétente, n'ayant pour origine ni un accident ni le fait volontaire de l'ASSURÉ ou d'un tiers.

ACCIDENT :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accident au sens du présent contrat, les infarctus, les accidents cardio-vasculaires et cérébraux, les efforts de soulèvement et les pathologies soudaines. La blessure

ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident ne peut être considérée comme un accident.

CARENCE :

Période pendant laquelle les garanties ne sont pas acquises. Au titre du présent contrat, il n'y a pas de période de carence, les garanties sont immédiates.

FRANCHISE :

Période s'écoulant entre la date d'hospitalisation et le début de la période indemnisée. Au titre des garanties du contrat collectif à adhésion facultative "MPPH", la franchise est de 24 heures quelque soit la cause de l'hospitalisation.

HOSPITALISATION :

Tout séjour dans un établissement hospitalier en France et dans le monde entier (hôpital ou clinique, public ou privé) d'au moins 48 heures consécutives dû à une Maladie ou un Accident garanti (voir « article 6 : CE QUE NE COUVRE PAS LE CONTRAT »). À l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié, dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin-conseil de l'ASSUREUR (ou ses mandataires) peut avoir accès. Les hospitalisations non prescrites par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une maladie ou d'un accident ainsi que les hospitalisations à domicile ne sont pas couvertes.

AGRESSION :

Atteinte corporelle provoquée par un tiers, commise dans le cadre d'un crime ou d'un délit ayant entraîné une hospitalisation d'au moins 48 heures consécutives. Ne sont pas considérées comme tiers les personnes ayant un lien de parenté ou résidant habituellement avec l'ASSURÉ. Sera seul pris en compte l'évènement qui aura fait l'objet de la part de l'ASSURÉ ou de son représentant d'un dépôt de plainte, au plus tard dans les 15 jours qui suivent l'évène-

ment, auprès d'une autorité de justice.

ARTICLE 3 : RELATIONS ENTRE LE SOUSCRIPTEUR ET L'ASSUREUR

Le contrat collectif à adhésion facultative "MPPH" qui a pris effet le 01/04/2016 est souscrit pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de la même année. Il est ensuite reconduit tacitement chaque 1er janvier pour une durée d'un an, sauf dénonciation du SOUSCRIPTEUR ou de l'ASSUREUR notifiée par lettre recommandée avec préavis de deux mois. En cas de résiliation du contrat collectif, les adhésions en cours poursuivent leurs effets et continuent d'être assurées jusqu'à leur terme par l'ASSUREUR aux conditions de garanties en vigueur au jour de la résiliation, sauf résiliation anticipée dans les cas prévus à l'article « obligation de déclaration ». Les adhésions nouvelles ne sont plus acceptées dès la date de réception par l'une ou l'autre des parties de la lettre recommandée de résiliation. Les adhésions en cours pourront faire l'objet d'une révision tarifaire tel que prévu à l'article « paiement des cotisations ».

Le Souscripteur doit remettre aux Adhérents, en même temps que le formulaire de demande d'adhésion, une copie des conditions générales valant note d'information. En cas de modifications apportées au contrat, le Souscripteur remet aux Adhérents une nouvelle note d'information.

ARTICLE 4 : COMMENT ADHÉRER AU CONTRAT ?

L'Adhérent est la personne physique, qui adhère au contrat « MPPH ».

Peut adhérer au présent contrat la personne physique qui, outre les conditions de capacité juridique, remplit cumulativement les conditions suivantes :

— Être âgée de 18 ans révolus,

— Être âgée de moins de 70 ans au 31 décembre de l'année civile de la demande d'adhésion,

— Résider fiscalement en France Métropolitaine et Corse,

— Avoir manifesté son

consentement à l'adhésion aux garanties du contrat lors de la présentation téléphonique et avoir signé la fiche précontractuelle d'information et de conseil, ou avoir signé la demande d'adhésion, — Avoir réglé la première cotisation indiquée dans le certificat d'adhésion.

OBLIGATION DE DÉCLARATION

L'ASSUREUR fonde ses engagements sur les déclarations prévues de l'Adhérent. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'Adhérent portant sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion, même si elle a été sans influence sur le sinistre, expose l'Adhérent à l'application des sanctions prévues par les articles L221-14 et L221-15 du Code de la Mutualité. En cas de nullité de l'adhésion, les cotisations versées restent acquises à l'ASSUREUR. De même, toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre expose l'Adhérent à une déchéance des garanties voire une nullité de l'adhésion.

L'ASSUREUR se réserve le droit de différer la prise d'effet de l'adhésion ou de la refuser.

LIMITATION DE GARANTIES

L'engagement de l'ASSUREUR est limité au maximum à 100 € d'indemnité journalière versée en cas d'hospitalisation, y compris en cas de pluralité d'adhésion.

INFORMATION DE L'ADHÉRENT

L'Adhérent a reçu de son Intermédiaire en Assurance agissant pour le compte de l'ASSUREUR et dans le cadre de son devoir d'information et de conseil, une Fiche d'information et de conseil précontractuelles, un Certificat d'Adhésion, les Statuts de l'ASSUREUR ainsi que les présentes conditions générales valant note d'information décrivant précisément les droits et obligations réciproques de l'ASSUREUR et de l'Adhérent.

L'Adhérent est informé de toutes modifications de ses garanties et de leur mise en œuvre dans les plus brefs délais grâce à la remise par

le Souscripteur d'une note d'information établie à cet effet par l'ASSUREUR. L'Adhérent peut dans un délai d'un mois à compter de la remise de la note, dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

ARTICLE 5 : QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

En cas d'Hospitalisation de l'Adhérent, la garantie du Contrat prévoit le versement à l'Assuré de l'indemnité journalière de base figurant sur son certificat d'adhésion en vigueur à la date de l'hospitalisation.

Cette indemnité est versée :
— pour toute hospitalisation d'une durée d'au moins 48 heures consécutives pour chaque journée complète passée à l'hôpital,
— déduction faite d'une franchise d'une journée d'hospitalisation,
— au maximum pendant 3 ans (1095 jours) lorsque l'Hospitalisation est consécutive à un Accident au sens du présent contrat,
— au maximum pendant 1 an (365 jours) si l'Hospitalisation est due à une Maladie au sens du présent contrat.

Le montant de L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE DE BASE est doublé en cas d'Hospitalisation consécutive à un accident.

Si cet Accident est dû à une Aggression au sens du présent contrat, il sera versé un complément d'indemnisation égal à un forfait de deux fois le montant de L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE DE BASE. Plusieurs Hospitalisations successives d'un Assuré pour la même Maladie ou le même Accident sont considérées comme un seul événement Assuré sauf si les causes sont totalement indépendantes ou si, pour la même Maladie ou le même Accident, les Hospitalisations sont espacées de plus de trois mois.

Pour les Assurés âgés de moins de 18 ans et de plus de trente jours, au jour du sinistre, le montant de l'indemnité journalière versé est égal à 50 % du montant de L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE DE BASE.

Dans le cadre d'une même adhésion, il ne peut être procédé à aucune modification du montant de L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE DE BASE souscrit. Si l'Adhérent souhaite augmenter le montant L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE DE BASE, il lui appartient de procéder à

une nouvelle demande d'adhésion selon les modalités définies dans les présentes conditions générales valant note d'Information, cette nouvelle demande venant en complément de la première.

En aucun cas, le cumul des garanties ne pourra excéder le plafond de 100 € d'Indemnité Journalière versée.

ARTICLE 6 : CE QUE NE COUVRE PAS LE CONTRAT EXCLUSIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES :

Les garanties ne couvrent pas les conséquences :
— de la tentative de suicide,
— d'accident, de blessure, de maladie ou de mutilation (s) volontaire (s),
— de l'usage de stupéfiants ou de produits médicamenteux non prescrits par une autorité médicale compétente,
— des accidents de la route survenant alors que l'Assuré conduisait et avait un taux d'alcoolémie supérieur au maximum fixé par la législation, ou était sous l'emprise de stupéfiants hors de toute prescription médicale,
— de la participation active de l'Assuré à des rixes sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel,
— d'une explosion atomique ou des effets directs ou indirects de la radioactivité,
— des faits de guerre, d'émeute, d'insurrection, d'attentat et d'acte de terrorisme, quel qu'en soient le lieu et les protagonistes.

Les Garanties ne couvrent pas :

— les suites et conséquences des pathologies diagnostiquées antérieurement à l'adhésion,
— les enfants âgés de moins de 30 jours,
— les hospitalisations en service hospitalier néonatal d'enfants nés prématurément,
— les hospitalisations chirurgicales à caractère esthétique non prises en charge par la Sécurité sociale,
— les séjours de repos, de convalescence, de retraite ou de postcures,
— les séjours de rééducation fonctionnelle,
— les séjours en établissement à caractère sanitaire,
— les séjours hospitaliers

pendant le service national,

— les états de grossesse,
— les cures de quelque sorte que ce soit, même en milieu hospitalier,
— les traitements diététiques ainsi que leurs conséquences,
— le risque maternité, sauf en cas de césarienne,
— les séjours en gériatrie, en service psychiatrique, en service de gérontologie et en institut médico-pédagogique,
— les hospitalisations causées par une maladie psychosomatique, un coma diabétique, et la nécessité de se faire accompagner par une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante (s'alimenter, se déplacer, se vêtir, se laver),
— les accidents survenus au cours des activités professionnelles de pilotes et membres d'équipage, d'avions, d'hélicoptères, au cours de la pratique d'un sport professionnel et l'utilisation d'un appareil quelconque (avec ou sans moteur) permettant de se déplacer dans les airs,
— les hospitalisations non prescrites par un médecin,
— les hospitalisations à domicile.

ARTICLE 7 : QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

L'Assuré, dès qu'il en a connaissance, doit déclarer à l'ASSUREUR ou par délégation, à l'organisme gestionnaire désigné par lui, tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du contrat.

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'Adhérent ou l'Assuré doit déclarer, sous peine de déchéance du droit aux prestations, l'Hospitalisation dans un délai maximum de 30 jours à L'ASSUREUR.

L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture au Médecin Conseil de l'ASSUREUR de toutes les pièces mentionnées respectivement ci-dessous pour chaque garantie et sous réserve du contrôle prévu à l'article « CONTROLE MEDICAL ».

L'Adhérent ou l'Assuré devra adresser les documents et pièces justificatives suivantes :

— un certificat médical précisant la nature et la durée de l'hospitalisation,
— l'attestation de l'établissement hospitalier ou bulletin

d'hospitalisation, précisant les dates d'entrée et de sortie de l'hôpital,

— un RIB du compte sur lequel doivent être virées les prestations

S'il s'agit d'un accident, L'Adhérent ou l'Assuré devront préciser la date de survenance et les circonstances précises (lieu, nom des témoins...), la nature des lésions constatées médicalement et adresser à l'ASSUREUR le Procès Verbal d'accident établi par les autorités compétentes.

Toute prolongation d'hospitalisation nécessite un certificat de prolongation qui doit parvenir à l'ASSUREUR dans les 8 jours et précisant qu'il s'agit de la suite de la même affection, ainsi que la durée de la prolongation.

En tout état de cause, l'Assuré fournira sous pli confidentiel à l'attention du médecin consultant de l'ASSUREUR un rapport médical de son médecin traitant, si ce document lui est demandé.

L'ASSUREUR se réserve à tout moment la possibilité d'exiger toutes autres pièces justificatives, et notamment les décomptes et notifications de la Sécurité sociale pour que l'Assuré puisse le cas échéant percevoir les prestations.

CONTRÔLE MÉDICAL

L'ASSUREUR peut, à tout moment, faire procéder par un médecin mandaté à cet effet, aux visites médicales, contrôles, expertises et enquêtes qu'il jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture du service des prestations. Si dans les 30 jours de sa réception, l'Assuré n'a pas contesté le diagnostic du Médecin-conseil, ce dernier est considéré comme acquis.

Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu en attente des résultats du contrôle médical, et si l'Assuré ou le (s) bénéficiaire (s) refuse de s'y soumettre ou de fournir les pièces justificatives demandées par l'ASSUREUR.

LITIGES ET ARBITRAGES

En cas de désaccord de l'Assuré sur les conclusions d'une expertise médicale effectuée par un expert désigné par l'ASSUREUR, l'Assuré peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix. On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domi-

cile de l'Assuré et reconnu par les Organismes d'Assurance ainsi que les médecins diplômés de la réparation juridique du dommage corporel. Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, ils s'adjoignent un tiers expert, ce dernier sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. Chacun paie les honoraires de son expert ; ceux du tiers expert sont supportés par moitié par chacune des parties. Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport.

PAIEMENT DES INDEMNITÉS GARANTIES

Le paiement des indemnités garanties sera effectué, après accord de l'ASSUREUR, dans les 15 jours ouvrés suivant la réception de toutes les pièces justificatives, ce compris le rapport d'expertise s'il y a lieu. Le règlement sera établi au nom de l'Assuré. En cas d'Hospitalisation de plus de 30 jours, l'allocation sera versée chaque fin de mois.

ARTICLE 8 : LA VIE DE L'ADHÉSION EFFET, DURÉE ET CESSATION DES GARANTIES

Les garanties sont acquises à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion sous réserve du paiement effectif de la 1ère cotisation. L'adhésion est souscrite pour une durée initiale de 12 mois. Elle est ensuite reconduite tacitement chaque 1er janvier pour une période d'un an, sauf dénonciation notifiée par lettre recommandée (voir « LES GARANTIES CESSENT »).

LES GARANTIES CESSENT

— au jour où l'Assuré atteint l'âge de 75 ans,
— en cas de non-paiement des cotisations (voir défaut de paiement),
— en cas de résiliation de l'adhésion,
— au jour du décès de l'Assuré,
La résiliation par l'Adhérent peut être demandée au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée adressée à l'ASSUREUR deux mois au moins avant la date d'échéance anniversaire de l'adhésion fixée au 1er janvier.
La résiliation par l'Adhérent peut également être demandée en cas d'augmentation

des cotisations par l'ASSUREUR suite à aggravation des résultats du groupe assuré, sous réserve de notification du refus à l'ASSUREUR par lettre recommandée avec avis de réception, dans un délai maximum de 30 jours suivant la notification par l'ASSUREUR de l'augmentation des cotisations.

L'ASSUREUR peut résilier l'adhésion en cas de défaut de paiement des cotisations (voir «DÉFAUT DE PAIEMENT»), en cas de refus par l'Adhérent des nouvelles conditions tarifaires applicables au contrat collectif.

PAIEMENT DE LA COTISATION

MODE DE CALCUL :

La cotisation annuelle est calculée en fonction de L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE DE BASE garantie et indiquée au certificat d'adhésion.

La cotisation annuelle individuelle, couple ou famille est calculée en fonction du montant de la garantie souscrite, de l'âge de (s) (l) Assuré (s) au moment de l'adhésion et de la tranche d'âge de laquelle il (s) relève (nt).

L'âge de chaque Assuré est déterminé, à l'adhésion, par la différence entre le millésime de l'année considérée et celui de son année de naissance. La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes éventuels compris. Tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation. La cotisation de chaque enfant mineur évolue au 1er janvier de l'année où il atteint l'âge de la majorité.

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, sous réserve d'en informer l'Adhérent avec un préavis de deux mois. Le nouveau tarif s'appliquera à chaque adhésion, sauf refus de l'Adhérent dans les conditions prévues à l'article « LES GARANTIES CESSENT ».

MODE DE PAIEMENT DE LA COTISATION :

Les cotisations sont payables d'avance au choix de l'Adhérent :

— annuellement par chèque.
— mensuellement par prélèvements automatiques bancaires, ou par carte ban-

caire.

Le montant de la cotisation annuelle figure sur le certificat d'adhésion. L'Adhérent s'engage à verser la cotisation à échoir dans le délai maximum de 10 jours à compter des échéances définies sur l'appel de cotisation.

DÉFAUT DE PAIEMENT :

À défaut de paiement des cotisations dues dans le délai de 10 jours suivant leur échéance, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent, fixant un délai de 40 jours au terme duquel l'adhésion est résiliée de plein droit ; toutes les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée précitée. En cas de paiement des sommes demandées sur la lettre de mise en demeure, après suspension, mais avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi le lendemain du paiement. En cas de survenance d'un sinistre avant la suspension des garanties, l'ASSUREUR diminuera les prestations dues des primes impayées.

TERRITORIALITÉ

L'assurance est valable dans le monde entier, pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogation, 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois, et sous réserve des exclusions éventuelles indiquées au certificat d'adhésion. Toutefois lorsque l'accident ou la maladie survient et/ou se prolonge hors de France Métropolitaine et Corse, le versement des prestations s'effectue en France Métropolitaine et Corse.

PRESCRIPTION, PRÉLÈVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX

PRESCRIPTION :

Conformément aux articles L221-11 et L221-12 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant de l'exécution du contrat « Mon Plan Protection Hospitalisation 2 » sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :
— en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Adhérent, que du jour où l'ASSUREUR en a eu connaissance ;
— en cas de réalisation du risque, qu'à compter du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils trouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. La prescription est por-

tée à dix ans lorsque le (s) bénéficiaire (s) est (sont) une personne distincte de l'Adhérent. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation du risque. 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'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent ou le (s) bénéficiaire (s) en ce qui concerne les différents règlements.

PRÉLÈVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX :

La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes éventuels compris ; tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation. L'ensemble des prélèvements sociaux et fiscaux, présents ou futurs, dont la récupération est licite, est à la charge de l'Adhérent

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

L'Adhérent ou l'Assuré peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figure sur tout fichier à usage de l'ASSUREUR (Loi78-17 du 6 janvier 1978). Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au siège social de l'ASSUREUR.

LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DE TERRORISME

Conformément à la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'ASSUREUR est fondé, dans le cadre du respect de son obligation de vigilance et de contrôle, à réclamer à l'Adhérent toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à la mise en œuvre des mesures imposées par la loi.

ÉVOLUTION DE LA LÉGISLATION

Dans les cas d'évolutions législatives ou réglementaires affectant les conditions du présent contrat, l'ASSUREUR est fondé à apporter les aménagements nécessaires au contrat à partir de la date d'effet des modifications susvisées.

FACULTÉ DE RENONCIATION

L'Adhérent peut renoncer

au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu, suite à l'enregistrement de son consentement ou à la signature de la demande d'adhésion. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante :PRAECONIS , 6, rue Paul MOREL - 70000 VESOUL cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation ci-après.

Modèle de lettre de renonciation (à adresser à PRAECONIS 6 rue Paul MOREL - 70000 VESOUL cedex par lettre recommandée avec accusé de réception) :

Je soussigné (e) Nom

.....

Prénom :

Adresse complète de l'Adhérent :.....

déclare faire usage de la faculté qui m'est accordé par

l'article L. 223-8 du code de

la mutualité de renoncer à

mon adhésion N°.....

au contrat «Mon Plan Protection Hospitalisation 2»

et, en conséquence, vous

prie de me rembourser les

sommes versées à ce titre

dans la limite des disposi-

tions contractuelles.

A

le.../.../...

Signature de l'Adhérent

SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit, à ses Adhérents ou à leurs ayants droit vicieux d'un accident, dans son action contre le tiers responsable et dans la limite du montant des indemnités versées.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS COMMISSION DE MÉDIATION

Le Courtier mandataire habituel de l'Adhérent reste à son entière disposition pour répondre à toute demande d'information ou de réclamation relatives à l'application du présent contrat. Le cas échéant, celles-ci pourront être formulées auprès du siège social de l'ASSUREUR. Si après intervention de ceux-ci, un désaccord subsiste, l'Adhérent ou l'Assuré pourra demander un arbitrage à la Commission de Médiation, en adressant sa demande à l'adresse ci-dessous :

**COMMISSION DE MÉDIATION
PLANETE COURTIER
12-14 Rond-Point des
Champs Elysées
75008 Paris**

CONTRÔLE

L'ASSUREUR est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel — 61 rue Taitbout — 75009 PARIS

Notice du Contrat Assistance

Valant Conditions Générales au 01/05/2016

N° CFA - 2013 - 01

Contrat Assistance PRAECONIS N°2015-498 souscrit par PRAECONIS, 6 rue Paul Morel 70000 Vesoul auprès de FIDÉLIA ASSISTANCE pour le compte des adhérents.

FIDÉLIA ASSISTANCE

Société anonyme au capital de 21 593 600 Euros entièrement libéré, régie par le Code des Assurances RCS NAN-TERRE 377 768 601 dont le siège social est au : 27 Quai Carnot 92210 SAINT-CLOUD.

CONDITIONS D'INTERVENTION

Les prestations d'assistance du présent contrat s'exercent en FRANCE, à l'exception de l'article 18 qui s'exerce à l'étranger.

FIDÉLIA ASSISTANCE intervient lorsque l'**ASSURÉ** est victime d'une maladie soudaine et imprévisible, d'une hospitalisation, d'un accident corporel ou d'un décès, à l'exception de la prestation « Service Info/Compagnement » qui est toujours acquise.

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

En cas de besoin d'assistance, les **ASSURÉS** pourront contacter **FIDÉLIA ASSISTANCE** aux numéros de téléphone suivants :

-Numéro de FRANCE :

0 800 746 552

-Numéro de l'étranger :

00 33 1 47 11 25 24

La permanence téléphonique sera ouverte aux bénéficiaires du contrat 7jours/7 et 24heures/24.

Lors du 1^{er} appel, l'**ASSURÉ** doit indiquer :

• Ses nom et prénom

• Son numéro d'adhérent au contrat **PRAECONIS** et le nom de ce contrat

• L'endroit où il se trouve, son adresse

• Le numéro de téléphone où le joindre

L'organisation par l'**ASSURÉ** ou son entourage de l'une des prestations d'assistance ne peut donner lieu à remboursement que si **FIDÉLIA ASSISTANCE** a été prévenue de cette procédure et a communiqué son accord par un numéro de dossier.

Dans ce cas, les frais sont remboursés à l'**ASSURÉ** sur justificatif original et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par **FIDÉLIA ASSISTANCE** pour organiser le service.

DÉFINITIONS

ACCIDENT

Tout événement soudain, imprévisible et violent, extérieur à la victime et indépendant de sa volonté.

ADHERENT

Toute personne physique ayant la qualité d'adhérent à un contrat bénéficiant des présentes garanties.

ANIMAUX DE COMPAGNIE

Il s'agit des animaux considérés usuellement comme familiers tels chiens, chats, oiseaux.

ASSURÉ

• Toute personne physique, ayant la

qualité d'**ADHERENT**, dont le domicile est situé en France Métropolitaine ainsi qu'en Corse ou dans la Principauté de Monaco.

• Le conjoint, vivant sous le même toit que lui, ou son compagnon en cas de concubinage notoire.

• Les ascendants et descendants fiscalement à charge et vivant sous le même toit que lui.

ASSUREUR
FIDÉLIA ASSISTANCE
27 quai Carnot
92210 SAINT CLOUD

ATTEINTE CORPORELLE

Blessure ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du patient ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

FRANCE

France Métropolitaine, Corse et Principauté de Monaco.

HOSPITALISATION

Tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures dans un hôpital ou une clinique.

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

Toute hospitalisation immédiate consécutive à une maladie soudaine et imprévisible ou à un accident corporel.

IMMOBILISATION

Obligation de demeurer au domicile sur prescription médicale suite à une atteinte corporelle grave, soudaine et imprévisible.

MALADIE

Toute altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

PRISE EN CHARGE

Pour bénéficier des prestations d'assistance, il est indispensable de contacter, préalablement à toute intervention, **FIDÉLIA ASSISTANCE** afin d'obtenir un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge des interventions.

PROCHES PARENTS

Les ascendants et descendants au 1^{er} degré, le conjoint, le frère, la sœur, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau frère et la belle sœur de l'**ASSURÉ**.

SINISTRE

Tout événement justifiant l'intervention de **FIDÉLIA ASSISTANCE**.

SOUSCRIPTEUR
PRAECONIS
6 rue Paul Morel
70000 VESOUL

TITRE DE TRANSPORT

• Pour les trajets en train dont la durée est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1^{ère} classe.

• Pour les trajets en train dont la durée est supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe touriste.

GARANTIES EN CAS D'URGENCE MÉDICALE AU DOMICILE

1. PERMANENCE MÉDICALE

L'**ASSURÉ** aura la faculté d'appeler à tout moment **FIDÉLIA ASSISTANCE** pour un contact avec un médecin. Celui-ci communiquera 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 (alimentation, etc.) ;
- préparation aux voyages ;
- maladies infantiles ;
- réaction aux médicaments ;
- vaccinations.

Ces conseils sont à la disposition de l'**ASSURÉ** du lundi au vendredi de 9 h à 19 h, et bien sûr en cas d'urgence 24 h/24 h - 7 jours/7.

2. RECHERCHE ET ENVOI D'UN MÉDECIN

À la demande de l'**ASSURÉ**, le service médical de **FIDÉLIA ASSISTANCE** envoie dans les meilleurs délais, et selon les disponibilités locales, un médecin au domicile de l'**ASSURÉ**.

Cette garantie s'exerce notamment lorsque le médecin traitant habituel de l'**ASSURÉ** ne peut être joint.

En cas d'urgence, le service de régulation médicale de **FIDÉLIA ASSISTANCE** mobilisera les services compétents que constituent : SAMU, Pompiers, Police Secours ou Autres, afin que l'un d'entre eux se rende rapidement au domicile de l'**ASSURÉ** malade ou accidenté.

Les frais de soins et honoraires de ce médecin restent à la charge de l'ASSURÉ.

3. ENVOI D'UNE INFIRMIÈRE OU D'UN PERSONNEL PARAMÉDICAL

FIDÉLIA ASSISTANCE intervient dans les mêmes conditions que la prestation « Recherche et envoi d'un médecin » pour la recherche et l'envoi d'une infirmière ou d'un personnel paramédical.

4. TRANSFERT À L'HÔPITAL

Si le médecin intervenant ordonne une hospitalisation, **FIDÉLIA ASSISTANCE** réserve un lit en milieu hospitalier le plus proche du domicile ou le plus apte à répondre aux besoins, sous réserve de l'accord du centre d'admission.

Si l'**ASSURÉ** en fait la demande, **FIDÉLIA ASSISTANCE** recherche une ambulance et organise le transport de l'**ASSURÉ** malade ou blessé jusqu'à son lieu d'hospitalisation sans aucune prise en charge financière.

Si le retour au domicile de l'**ASSURÉ** doit s'effectuer en ambulance ou VSL, et si l'**ASSURÉ** en fait la demande, **FIDÉLIA ASSISTANCE** organise son retour, sans aucune prise en charge financière.

5.ACHEMINEMENT DE MÉDICAMENTS

Sur appel de l'**ASSURÉ**, **FIDÉLIA ASSISTANCE** organise et prend en charge l'acheminement de médicaments au domicile de l'**ASSURÉ**, y compris la nuit, les samedis, les dimanches et jours fériés, si celui-ci est dans l'incapacité physique de se déplacer, conséquence directe de l'affection en cause, le tout médicalement constaté et attesté, et s'il s'agit de médicaments indispensables au traitement immédiat de l'**ASSURÉ** selon la prescription médicale.

Cette garantie s'applique si l'**ASSURÉ** ne peut faire intervenir aucun membre de son entourage. **FIDÉLIA ASSISTANCE** n'est pas tenue à l'exécution de ces obligations dans le cas où dans un rayon maximum de 50 km autour du domicile de l'**ASSURÉ**, le ou les médicaments concernés ne seraient pas disponibles.

Le coût du ou des médicaments et le surcoût dû au jour et à l'heure de l'intervention sont pris en charge financièrement par l'**ASSURÉ**.

La prise en charge de l'acheminement de médicaments ne peut dépasser 2 interventions par année civile et par **ASSURÉ**.

GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation prévue, les garanties des articles 6,7,8 et 9 sont limitées à un événement par **ASSURÉ**, par garantie et par année calendaire.

6. TRANSMISSION DES MESSAGES URGENTS

Si l'**ASSURÉ** en fait la demande, **FIDÉLIA ASSISTANCE** se charge de retransmettre gratuitement, par les moyens les plus rapides, les messages ou nouvelles émanant de l'**ASSURÉ** à toute personne résidant en FRANCE. D'une manière générale, la retransmission des messages est subordonnée à :

- une justification de la demande ;
- une expression claire et explicite du message à retransmettre ;
- une indication précise des nom, prénom, adresse complète et éventuellement numéro de téléphone de la personne à contacter.

Cette transmission est effectuée sous la responsabilité de l'**ASSURÉ**.

7. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

Si personne ne peut assurer la garde des enfants ou petits-enfants de l'**ASSURÉ**, âgés de moins de 15 ans, **FIDÉLIA ASSISTANCE** organise et prend en charge :

- Soit le transfert aller/retour d'un proche parent résidant en FRANCE pour garder les enfants ou petits-enfants au domicile de l'**ASSURÉ**.
- Soit le transfert aller/retour accompagné des enfants ou petits-enfants chez un proche parent résidant en FRANCE.

- Soit leur garde par une personne qualifiée à raison de 10 h par jour pendant 2 jours. Cette aide maternelle pourra assurer la garde des enfants ou petits-enfants âgés de moins de 15 ans à son domicile ou à celui de l'ASSURÉ.

8. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉPENDANTES

Si une personne ne peut assurer la garde des personnes dépendantes de l'ASSURÉ vivant habituellement au foyer, et qu'elles ne peuvent rester temporairement seules, FIDÉLIA ASSISTANCE organise et prend en charge :

- Soit le transfert aller/retour d'un proche parent résidant en FRANCE pour garder les personnes dépendantes au domicile de l'ASSURÉ.

- Soit le transfert aller/retour des personnes dépendantes chez un proche parent résidant en FRANCE.

- Soit leur garde par une personne qualifiée à raison de 10 h par jour pendant 2 jours.

9. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

Si l'ASSURÉ n'a personne à qui confier ses animaux de compagnie, FIDÉLIA ASSISTANCE organise et prend en charge leur garde dans un établissement spécialisé, sous réserve que ceux-ci aient reçu les vaccinations obligatoires.

La prise en charge ne pourra excéder une période de 30 jours.

GARANTIES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 4 JOURS

10. AIDE À DOMICILE

Lorsque l'ASSURÉ aura été hospitalisé et que cette hospitalisation aura duré plus de 4 jours, il pourra bénéficier des services d'une aide à domicile dès son retour au domicile, pour le soulager d'une partie des tâches ménagères qui lui incombent habituellement et que sa convalescence ne lui permet pas d'assumer.

L'aide à domicile pourra ainsi assurer, les jours ouvrés, tout ou partie de l'entretien courant du foyer, faire les achats quotidiens ou encore préparer les repas.

La mise en place de cette garantie sera déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'ASSURÉ, par le service médical de FIDÉLIA ASSISTANCE et définie de la façon suivante :

- 8 heures par tranche de 2 h par jour dans les 5 jours ouvrés suivant son retour au domicile ;
- 2 heures supplémentaires en cas de présence d'enfant de moins de 10 ans ou d'une personne handicapée ou si l'ASSURÉ vit seul au domicile.

Cette garantie s'exerce également, dans les mêmes conditions, en cas de séjour en maternité de plus de 8 jours. En cas d'hospitalisation prévue, cette garantie est limitée à un événement par ASSURÉ et par année calendaire.

GARANTIE EN CAS D'HOSPITALISATION D'UNE PERSONNE AGÉE DE PLUS DE 75 ANS

11. TÉLÉASSISTANCE

Si l'ASSURÉ est âgé de plus de 75 ans et qu'il se trouve isolé pendant sa convalescence après une hospitalisation de plus de 48 heures, FIDÉLIA ASSISTANCE met gracieusement à sa disposition un appareil de Téléassistance pendant une durée de 3 mois.

Au-delà de cette période, l'ASSURÉ aura la possibilité, s'il le souhaite, de prolonger cette mise à disposition dans le cadre d'un abonnement individuel à tarif préférentiel.

GARANTIES EN CAS D'ATTEINTE CORPORELLE OU DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

12. ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

En cas de graves problèmes de santé ou de décès, FIDÉLIA ASSISTANCE se chargera de faire réaliser un bilan de la situation de l'ASSURÉ par une Assistante Sociale qui l'aidera à organiser ses démarches auprès des organismes appropriés, en prenant contact, s'il le souhaite, avec les services sociaux dont il dépend.

13. ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

En cas d'atteinte corporelle En cas d'atteinte corporelle ou de décès de l'ASSURÉ, FIDÉLIA ASSISTANCE met à la disposition de l'ASSURÉ ou d'un autre ASSURÉ, une équipe de psychologues cliniciens destinés à lui apporter un soutien moral, avec 5 entretiens téléphoniques au maximum.

De même, FIDÉLIA ASSISTANCE pourra mettre en relation cet ASSURÉ avec un psychologue en ville. FIDÉLIA ASSISTANCE organise et prend en charge la 1^{ère} consultation dans la limite de 52 €.

Les frais de consultation suivants restent à la charge de l'ASSURÉ.

GARANTIES EN CAS DE MALADIE SOUDAINE ET IMPRÉVISIBLE OU D'ACCIDENT CORPOREL D'UN ENFANT DE MOINS DE 15 ANS D'UN ASSURÉ

14. GARDE DES ENFANTS IMMOBILISÉS AU DOMICILE PLUS DE 48 HEURES

Si le médecin traitant estime que l'état de santé de l'enfant de l'ASSURÉ immobilisé nécessite la présence d'un proche à son chevet, et que ni l'ASSURÉ, ni son conjoint ou concubin ne peuvent assumer cette tâche, FIDÉLIA ASSISTANCE organise et prend en charge :

• Soit le transfert aller/retour d'un proche parent résidant en FRANCE pour garder les enfants au domicile de l'ASSURÉ.

• Soit une garde d'enfant malade au domicile de l'ASSURÉ jusqu'à 30 heures réparties sur une période de 3 à 10 jours ouvrés consécutifs, selon les besoins de l'ASSURÉ, soit l'équiva-

lent d'environ 600€ TTC maximum.

L'appréciation du médecin doit nous être confirmée par l'envoi ultérieur d'un certificat médical établi avant l'appel.

La mise à disposition d'une aide maternelle et la prise en charge de sa rétribution ne peuvent dépasser une intervention par année civile pour chaque enfant.

15. ÉCOLE À DOMICILE SUITE À UNE IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 15 JOURS

Si, à la suite d'un accident corporel ou d'une maladie soudaine et imprévisible, l'enfant scolarisé de l'ASSURÉ se trouve dans l'incapacité médicalement constatée de reprendre ses cours, et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à 15 jours, FIDÉLIA ASSISTANCE fournit une aide pédagogique à partir du 16^{ème} jour d'immobilisation.

Pour cela, FIDÉLIA ASSISTANCE recherche et prend en charge un répétiteur se déplaçant au domicile pour donner des cours dans les matières principales, à concurrence de 10 heures par semaine d'absence (du lundi au vendredi hors période de vacances scolaires et jours fériés), tant que l'enfant n'est pas en mesure de retourner à l'école et jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours, si nécessaire.

Cette aide pédagogique s'adresse exclusivement aux enfants scolarisés en FRANCE du cours préparatoire à la classe de terminale. Elle est subordonnée à l'existence d'un ou plusieurs répétiteurs dans un rayon de 25 km du domicile de l'ASSURÉ.

16. GARDE DES AUTRES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

Si l'un des enfants de l'ASSURÉ est hospitalisé pour une durée supérieure à 48 heures par suite de maladie soudaine et imprévisible ou d'accident corporel et que son état de santé nécessite la présence d'une personne à son chevet, et que ni l'ASSURÉ, ni son conjoint ou concubin ne peuvent s'occuper des autres enfants âgés de moins de 15 ans, FIDÉLIA ASSISTANCE organise et prend en charge :

- Soit le transfert aller/retour d'un proche parent résidant en FRANCE pour garder les enfants au domicile de l'ASSURÉ.

- Soit le transfert aller/retour accompagné des enfants chez un proche parent résidant en FRANCE.

- Soit leur garde par une personne qualifiée à raison de 10h par jour pendant 2 jours. Cette aide maternelle pourra assurer la garde des enfants âgés de moins de 15 ans à son domicile ou à celui de l'ASSURÉ. Cette prestation est plafonnée à 1 intervention par année civile pour chaque enfant.

GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

17. EN CAS DE DÉCÈS D'UN ASSURÉ

FIDÉLIA ASSISTANCE garantit dans les mêmes conditions que celles définies au chapitre « Garanties en cas d'hospitalisation imprévue » :

- La prise en charge des enfants ou petits-enfants âgés de moins de 15 ans,
- La prise en charge des personnes dépendantes,

- La garde des animaux de compagnie,
- La transmission des messages urgents,

De plus, FIDÉLIA ASSISTANCE se charge de faire :

- Une avance sur place, contre remise d'un chèque ou, à défaut, et après étude au cas par cas, contre reconnaissance de dette, à concurrence d'un montant maximum de 3 000 euros, pour les premiers frais de nécessité.

FIDÉLIA ASSISTANCE sera remboursée des frais engagés dans un délai d'un mois, à charge pour elle de récupérer le montant de l'avance auprès des ayants droit de l'ASSURÉ.

ASSISTANCE À L'ÉTRANGER

18. PRISE EN CHARGE COMPLÉMENTAIRE - AVANCE DES DÉPENSES DE SANTÉ ENGAGÉES À L'ÉTRANGER

Les dispositions suivantes concernent les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation engagés à l'étranger à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine et imprévisible.

• La prise en charge vient en complément des remboursements que l'ASSURÉ ou les ayants droit auront obtenus auprès de la Sécurité Sociale, de la Mutuelle et de tout autre organisme de prévoyance ou d'assurance. Son montant peut s'élever jusqu'à 5 000 € TTC pour une maladie soudaine et imprévisible ou un accident et jusqu'à 150 € TTC pour des frais dentaires.

• En cas d'hospitalisation suite à une maladie soudaine et imprévisible ou un accident, l'ASSURÉ peut bénéficier d'une avance jusqu'à 5 000 € TTC du montant nécessaire au paiement des frais.

L'ASSURÉ s'engage alors :

- à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié,

- à reverser à FIDÉLIA ASSISTANCE toute somme perçue de la part de ces organismes en remboursement des frais concernés.

Pour donner lieu à remboursement, toute hospitalisation ou intervention chirurgicale doit être déclarée à FIDÉLIA ASSISTANCE dans un délai de 5 jours maximum.

Dans tous les cas (hospitalisation, intervention chirurgicale ou frais dentaires à l'étranger), une franchise de 30 € TTC par dossier sera retenue.

L'ASSURÉ ou ses ayants droit s'engagent alors à effectuer toutes les démarches nécessaires pour obtenir le remboursement de ces frais auprès des organismes auxquels il est affilié et à reverser immédiatement à FIDÉLIA ASSISTANCE toute somme perçue à ce titre.

DISPOSITION PARTICULIÈRE

La prise en charge des frais d'hospitalisation à l'étranger cesse à dater du jour où l'ASSURÉ est rentré en FRANCE.

Ne donnent pas lieu au remboursement :

- les frais médicaux inférieurs à 30 €

TTC,

- les frais de soins dentaires supérieurs à 150 € TTC,
- les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation concernant les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées,
- les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées, ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance,
- les frais de prothèse internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres,
- les frais engagés en FRANCE qu'ils soient ou non consécutifs à un accident ou une maladie survenus à l'étranger ou dans les pays de résidence,
- les frais consécutifs aux traitements ordonnés en France avant le départ ou après le retour,
- les frais consécutifs aux tentatives de suicide,
- les frais occasionnés par les conséquences physiques et psychiques de l'usage de stupéfiants ou drogues non ordonnées médicalement et alcools,
- les frais de transport primaire d'urgence, de recherche en montagne et de secours en mer.

SERVICE INFO / ACCOMPAGNEMENT

19. CONSEILS SPÉCIALISÉS

Sur simple appel téléphonique, 7 jours/7, l'un des médecins de **FIDÉLIA ASSISTANCE** :

–répond aux questions d'ordre médical ou diététique ;

–indique, en accord avec le médecin traitant, les types de cure correspondants à l'état de santé de l'**ASSURÉ** et recherche les Centres spécialisés en **FRANCE** ;

–recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent recevoir l'**ASSURÉ** si celui-ci souffre d'un handicap, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué l'accueillera.

20. INFORMATIONS JURIDIQUES ET «VIE PRATIQUE»

À la demande de l'**ASSURÉ** et sur simple appel téléphonique du lundi au vendredi (hors jours fériés) de 9 heures à 19 heures, **FIDÉLIA ASSISTANCE** recherche et communique à l'**ASSURÉ** le ou les renseignement(s) nécessaire(s) à la résolution des problèmes de la vie familiale et quotidienne :

- Renseignements vie pratique.
 - Renseignements juridiques.
- (à l'exception des problèmes liés à la vie professionnelle de l'**ASSURÉ**).

La responsabilité de **FIDÉLIA ASSISTANCE** ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte du ou des renseignements communiqués.

Ces renseignements concernent les domaines suivants :

RENSEIGNEMENTS VIE PRATIQUE

SERVICES PUBLICS

- E.D.F. / G.D.F.
- Le Téléphone
- La S.N.C.F.
- La Poste
- La Redevance de Télévision
- La Mairie :
Pour quels services ?
- La Préfecture :
À qui s'adresser ?
- Le Médiateur :
Comment le saisir ?
- Les Élections
- Accidents sur la voie publique

HABITATION - LOGEMENT

- Acquisition - Construction
- Financement
- Loyer, Bail, Congé
- Copropriété
- Vente, Achat en Viager
- Résidence secondaire
- Urbanisme
- Expropriation
- Les Professionnels de l'Immobilier
- Organismes à consulter

FORMALITÉS - CARTES - PERMIS

- État civil
- Passeport
- Casier judiciaire
- Cartes et Permis
- Obligations militaires
- Si vous déménagez

VACANCES - LOISIRS

- Vacances en Famille
- Enfants et Adolescents
- Camping et Caravaning
- Voyages organisés
- Loisirs : Centres et Mouvements de Jeunes
- Activité de Plein-Air
- Activités culturelles
- Loisirs du 3ème Âge
- Vacances à l'Étranger
- Votre Argent en Vacances

IMPÔTS - FISCALITÉ

- Qui est imposable / Imprimé à remplir
- Traitements et Salaires
- Revenus fonciers
- BIC
- BNC
- Plus Values
- Charges à déduire / Calcul de l'Impôt
- Impôts locaux
- Réclamations, Paiement, Contrôles

SALAIRES

- Le Contrat de Travail
- La Réglementation du Travail
- Le Licenciement
- Le Chômage
- Le Travail à Domicile
- Les Fonctionnaires
- Travailler à l'Étranger
- Le Travail temporaire

ASSURANCES SOCIALES ALLOCATIONS - RETRAITES

- Les Salariés
- Les Fonctionnaires
- Les Commerçants - Artisans - Professions libérales
- Les Agriculteurs
- Les Prestations familiales
- Les Accidents du Travail
- La Pension de Réversion des Salariés
- La Pension de Réversion des non-Salariés
- Aide Sociale

ENSEIGNEMENT - FORMATION

- L'École Maternelle
- L'École Primaire
- L'Enseignement Secondaire
- Après le Baccalauréat
- Les Bourses du Second Degré
- Les Aides Financières pour les Étudiants
- Protection Sociale des Étudiants
- Centre National de Télé-Enseignement
- Collèges et Lycées Spéciaux
- Le Congé de Formation des Salariés

PROBLÈME DE L'ENFANCE

- Conseils pédagogiques et psychologiques adaptés.

RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES

(à l'exception des problèmes liés à la vie professionnelle de l'**ASSURÉ**)

DROIT DES CONSOMMATEURS

- Consommateurs :
- Litiges, Abus, Recours
- Argent et Chèques dans la vie quotidienne
- Santé :
- Bilan, Prévention, Conseils
- Personnels et Employés de Maison
- Protection de la Vie Privée
- Relations de Voisinage
- L'Énergie dans la vie quotidienne
- Automobiles :
- Achat, Vente, Conseils
- Comment créer une Association ?

JUSTICE - DÉFENSE - RECOURS

- À qui vous adresser
- Comment porter plainte
- Les Juridictions Civiles
- Les Juridictions Administratives
- Les Juridictions Pénales
- Les Frais de Justice
- L'Aide Judiciaire
- Les Amendes Pénales

FAMILLE - MARIAGE - DIVORCE - SUCCESSION

- Les Régimes Matrimoniaux
- La Grossesse et la Naissance
- L'Émancipation des Mineurs
- L'Union Libre
- Le Divorce
- L'Adoption
- L'Éducation des Enfants
- Prévoir sa Succession
- Le Décès
- Les Handicapés

EXCLUSIONS GÉNÉRALES

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est à la charge des autorités médicales.

Les prestations qui n'auront pas été utilisées par l'**ASSURÉ** lors de la durée de la garantie excluent un remboursement a posteriori ou une indemnité compensatoire.

Sont également exclus les dommages provoqués intentionnellement par l'**ASSURÉ**.

Toute fraude, falsification ou faux témoignage intentionnel permettra à **FIDÉLIA ASSISTANCE** d'opposer à l'**ASSURÉ** la nullité du présent contrat (Article L 113-8 du Code des Assurances).

Les interventions ou traitements

d'ordre essentiellement esthétique.

Les bilans de santé, check-up, examens médicaux faisant partie d'un dépistage à titre préventif, les traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ayant un caractère répétitif et/ou régulier.

Les maladies mentales.

Les maladies chroniques et/ou répétitives, complications, rechutes de maladies constituées antérieurement et comportant un risque d'aggravation brutale ou proche.

Les hospitalisations répétitives pour une même cause.

Les hospitalisations à domicile, celles-ci n'étant pas assimilées à des hospitalisations pour l'application des garanties.

Les séjours en maison de repos, de convalescence, centre de gériatrie, hospice, centre de cures médicales, dont le but n'est pas le traitement actif et curatif d'une affection pathologique médicale ou d'une intervention chirurgicale.

Les séjours en maison de rééducation (sauf pour rééducation fonctionnelle motrice à la suite d'un accident ou d'une intervention chirurgicale).

Les conséquences de maladies ou accidents causés intentionnellement, ou qui résultent d'un suicide, d'une tentative de suicide ou d'une mutilation volontaire.

Les états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'alcool.

CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

FIDÉLIA ASSISTANCE s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues dans le contrat.

Cependant, **FIDÉLIA ASSISTANCE** ne peut être tenue pour responsable ni de la non-exécution, ni des retards provoqués :

- par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non;
- par la mobilisation générale;
- par la réquisition des hommes et du matériel par les autorités;
- par tout acte de sabotage ou de terrorisme commis dans le cadre d'actions concertées ;
- par les conflits sociaux tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out, etc.;
- par les cataclysmes naturels;
- par les effets de la radioactivité;
- par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat.

Dans les zones épidémiques, ne peuvent donner lieu à intervention :

- les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine ;
- les états pathologiques résultants :
- d'une maladie infectieuse contagieuse ou de l'exposition à des agents biologiques infectants,
- d'une exposition à des substances chimiques type gaz de combat, incapacitants neurotoxiques, etc. ou à effets toxiques rémanents,
- d'une contamination par radio nucléides.

FIDÉLIA ASSISTANCE ne pourra en aucun cas se substituer aux services de secours publics.

MON PLAN PROTECTION HOSPITALISATION

Conditions :

- compléter et signer ce formulaire;
- L'envoyer par **lettre recommandée avec avis de réception**;
- Utiliser l'adresse figurant au dos;
- **L'expédier au plus tard le trentième jour à partir du jour de la date de souscription du contrat ou, si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.**

Je soussigné, déclare annuler le contrat ci-après :

Nom du contrat : **Mon Plan Protection Hospitalisation**

Date de la souscription du contrat :

Nom et prénom de l'adhérent :

Adresse de l'adhérent :

Code postal de l'adhérent :

Ville de l'adhérent :

Signature obligatoire de l'adhérent :

PRAECONIS
6 rue Paul Morel
BP 80283
70006 Vesoul Cedex

PRÆCONIS

DÉVELOPPEMENT MUTUALISÉ

Votre contact :