

TITRE I PRINCIPES GÉNÉRAUX

Article 1 : définition – modifications – information

Le présent règlement PAXIVIE, qui a valeur de contrat, a pour objet de définir les droits et obligations respectifs de la mutuelle et du membre participant découlant de la souscription de garanties en cas d'accident de la vie et de décès accidentel, auprès de Tutélaire, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 682 164, dont le siège social est 157 avenue de France – 75013 Paris.

Le contrat prévoit également le bénéfice des garanties d'assistance assurées et réalisées par Ressources Mutualées Assistance (ci-après désignée "Assisteur").

Ce règlement est modifiable par le conseil d'administration de la mutuelle dans le respect des règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles fixées par l'assemblée générale, conformément aux dispositions prévues à l'article 34 des statuts.

Les modifications du présent règlement et des statuts de la mutuelle sont portées à la connaissance du membre participant ou honoraire. Leur notification peut prendre la forme d'une parution dans l'organe officiel de la mutuelle. Toute modification des prestations définies au bulletin d'adhésion et des montants de cotisations fait l'objet d'une notification au membre participant ou honoraire. Sauf stipulations contraires prévues dans la suite du présent règlement, toutes les modifications notifiées s'appliquent à l'ensemble des contrats en cours dès leur notification.

Article 2 : limites à la souscription – acceptation des statuts et du règlement

La souscription du contrat est réservée aux personnes physiques domiciliées en France, âgées d'au plus 75 ans, l'âge atteint étant calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

Dans le respect des conditions définies aux articles 5 et 6 des statuts, la souscription du contrat vaut adhésion individuelle à la mutuelle et emporte acceptation desdits statuts et du présent règlement par le membre participant.

Article 3 : risques couverts

Sous réserve des conditions définies au présent règlement, le contrat prévoit des garanties en couverture des risques suivants :

- les séquelles physiques et psychiques faisant suite à un accident de la vie courante tel que défini au présent règlement ;
- le décès accidentel ;
- des garanties assistance.

Article 4 : changement d'adresse

Le membre participant s'engage sans délai à informer la mutuelle de tout changement définitif d'adresse.

La mutuelle ne saurait être tenue pour responsable, à l'égard du membre participant, d'un quelconque préjudice qui découlerait du non-respect de cette disposition.

Article 5 : prise d'effet du contrat ou de l'avenant – durée – reconduction

Sous réserve d'acceptation de l'adhésion du membre participant par la mutuelle, le contrat prend effet au 1^{er} jour du mois suivant sa signature.

En cas de modification du niveau de garantie, l'avenant prend effet au 1^{er} jour du mois suivant sa signature. En cas de révision à la hausse du niveau d'indemnisation, le membre participant doit être âgé de 75 ans au plus, à la date de prise d'effet de l'avenant.

La date de signature d'un bulletin d'adhésion du contrat ou d'un avenant adressé par courrier est appréciée au jour de son expédition, le cachet de la poste faisant foi.

Le contrat est souscrit pour une durée d'un an à compter de sa date de prise d'effet. Il est renouvelé annuellement par tacite reconduction, sauf dénonciation de la tacite reconduction par l'une ou l'autre des parties au contrat.

Article 6 : droit de renonciation

Le membre participant a la faculté de renoncer à son contrat dans les 30 jours calendaires suivant sa date de prise d'effet, par écrit :

- soit par lettre recommandée avec avis de réception à :

Tutélaire Paxivie
157 avenue de France
75013 Paris

- soit par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception à :

contact@tutelaire.fr

Toute cotisation perçue par la mutuelle sera remboursée au membre participant au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre de renonciation rédigée selon le modèle ci-dessous :

Je soussigné(e) « Prénom, NOM », déclare renoncer au contrat Paxivie n°, souscrit le, et vous prie de m'adresser personnellement le remboursement de la cotisation versée, soit..... €.

Fait à le « Signature ».

En cas de renonciation, les garanties prennent fin rétroactivement à la date de réception de la lettre de renonciation.

Article 7 : prise d'effet des garanties

Les garanties stipulées aux titres II et III du présent règlement prennent effet à la date de prise d'effet du contrat telle que définie à l'article 5.

Article 8 : niveau d'indemnisation

Lors de la souscription du contrat, le membre participant choisit, pour les garanties stipulées aux titres II et III, un niveau d'indemnisation figurant en annexe 1. Ce choix n'est modifiable qu'à l'occasion de la reconduction du contrat sous réserve que le membre participant en exprime la volonté, par la signature d'un avenant, au moins un mois avant la date de reconduction du contrat.

Article 9 : cotisation – montant – périodicité – modalités de paiement

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation annuelle.

La cotisation est due à compter de la date de prise d'effet du contrat.

Payable d'avance, elle est appelée globalement pour l'ensemble des garanties et intègre les cotisations spéciales destinées aux organismes supérieurs ou techniques auxquels la mutuelle est affiliée.

Le paiement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique sur un compte bancaire.

La cotisation est payée mensuellement. La date d'échéance s'établit au 1^{er} jour du mois qui suit la dernière période acquittée.

La cotisation est révisable annuellement.

Le montant de la cotisation est unique pour chaque niveau d'indemnisation. Il est stipulé à l'annexe 2 du présent règlement.

Article 10 : résiliation

Le membre participant peut résilier à tout moment son contrat Paxivie, indépendamment de la date d'envoi de chaque avis d'échéance annuel de cotisation en adressant par lettre par voie électronique ou tout autre support durable sa demande au siège de la mutuelle. La résiliation prend effet le lendemain de la date d'envoi de la demande figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret, sauf si le membre participant précise une date d'effet ultérieure.

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, la mutuelle est en droit d'exiger son règlement dans un délai de trente jours, en adressant une mise en demeure au membre participant.

Si le membre participant n'a pas satisfait à cette mise en demeure, la mutuelle procède à la suspension des garanties.

La résiliation du contrat peut intervenir dix jours après l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent.

La résiliation ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées, en dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Article 11 : bénéficiaires des prestations

Sauf stipulations contraires prévues dans la suite du présent règlement, le bénéficiaire des prestations versées dans le cadre des garanties stipulées aux titres II et III est :

- pour la garantie stipulée au titre II : le membre participant lui-même et ses héritiers en cas de décès du membre participant ;
- pour la garantie stipulée au titre III : les bénéficiaires du membre participant.

On entend par bénéficiaire du membre participant, au titre de la garantie stipulée au titre III, le ou les bénéficiaires désignés par le membre participant dans le formulaire de désignation des bénéficiaires.

À défaut de désignation ou en cas de décès de l'ensemble des bénéficiaires désignés, la prestation est versée aux héritiers du membre participant.

La garantie cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort au membre participant.

Dans ce cas, l'allocation est versée suivant l'ordre de désignation.

Les bénéficiaires sont tenus de produire un certificat établissant leurs droits et, plus généralement, toute pièce justificative nécessaire à l'attribution des prestations.

Article 12 : pièces justificatives – contrôles

Toute déclaration de sinistre doit être effectuée dans un délai de quinze jours à compter de la date de connaissance du sinistre.

Le membre participant est tenu de fournir les pièces justificatives nécessaires à l'attribution des prestations :

- un courrier précisant la date, le lieu, les causes et circonstances de l'accident, les conséquences connues ou supposées relatives à cet accident ;
- les documents des autorités relatifs aux déclarations ;
- tous les documents médicaux en rapport avec l'accident déclaré nécessaires à l'évaluation du dommage corporel, y compris le Questionnaire accident Paxivie et le Certificat médical Paxivie complété ;
- en cas de décès, l'acte de décès, un acte de notoriété, le certificat médical mentionnant l'origine et les circonstances du décès.

Il doit également se soumettre aux contrôles organisés par la mutuelle.

L'ensemble de ces pièces justificatives est à adresser à Tutélaire – Service adhérents – 157 avenue de France, 75013, Paris. Le membre participant a la possibilité d'adresser ses pièces justificatives par courriel à : contact@tutelaire.fr.

En cas d'inobservation de ces obligations, la mutuelle se réserve le droit de suspendre tout ou partie des garanties souscrites par le membre participant.

Article 13 : prestations dues aux héritiers

Sauf stipulations contraires prévues dans le présent règlement, en cas de décès du membre participant, les prestations restant dues sont versées à ses héritiers. Ces derniers sont tenus de produire un certificat établissant leurs

droits et, plus généralement, toute pièce justificative nécessaire à l'attribution des prestations.

Article 14 : fausse déclaration

Le membre participant certifie sincères et véritables les indications fournies lors de son affiliation.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, et conformément aux dispositions des articles L. 221-14 et L. 223-25 du Code de la mutualité, les garanties contractuelles accordées au membre participant par la mutuelle sont nulles (sous réserve de la mention erronée de l'âge du membre participant dans les limites posées par la loi). Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle de la part du membre participant, dès lors que la mauvaise foi n'est pas établie et conformément aux dispositions de l'article L. 221-15 du Code de la mutualité, les garanties contractuelles accordées ne sont pas nulles et peuvent être maintenues ou réduites par la mutuelle selon les modalités envisagées par l'article précité.

Article 15 : étendue géographique des garanties

Les risques visés aux titres II et III du présent règlement sont garantis lorsqu'ils résultent d'accidents survenus exclusivement au sein de l'Union européenne.

Article 16 : exclusions applicables à toutes les garanties

LES RISQUES VISÉS AUX TITRES I ET II DU PRÉSENT RÈGLEMENT NE SONT PAS GARANTIS LORSQU'ILS RÉSULTENT D'ACCIDENTS CAUSÉS PAR LES FAITS SUIVANTS :

- UN FAIT DE GUERRE CIVILE, GUERRE ÉTRANGÈRE, INSURRECTION ;
- UN FAIT INTENTIONNELLEMENT PROVOqué PAR LE MEMBRE PARTICIPANT ;
- UNE RIXE S'IL EST PROUVé QUE LE MEMBRE PARTICIPANT A ÉTé L'AGRESSEUR ;
- TOUT ACTE DE TERRORISME OU DE SABOTAGE AUQUEL LE MEMBRE PARTICIPANT A PARTICIPé DE MANIÈRE DIRECTE OU INDIRECTE ;
- LA PARTICIPATION ACTIVE DU MEMBRE PARTICIPANT À UN ACTE ILLICITE CONSTITUANT UN CRIME OU UN DÉLIT INTENTIONNEL AU SENS DES DISPOSITIONS DU CODE PÉNAL ;
- LA PARTICIPATION VOLONTAIRE DU MEMBRE PARTICIPANT À DES ACTES DE VANDALISME, DES AGRESSIONS, ÉMEUTES ET DES ATTENTATS ;
- UN ÉTAT D'IMPREGNATION ALCOOLIQUE CARACTéRISé PAR UN TAUX SUPéRIEUR OU ÉGAL AU TAUX LéGAL EN VIGUEUR FIXé PAR LES POUvoIRS PUBLICS FRANçAIS (CODE DE LA ROUTE) AU JOUR DE L'ÉVèNEMENT, OU UN ÉTAT CAUSé PAR L'USAGE DE STUPéFIANTS NON MÉDICALEMENT PRESCRITS ;
- LA PARTICIPATION À DES PARIS, DÉFIS OU TENTATIVES DE RECORD ;
- LA PARTICIPATION À DES COMPéTITIONS SPORTIVES DE NIVEAU NATIONAL OU INTERNATIONAL OU À LEURS ESSAIS, DES TENTATIVES DE RECORDS OU À DES RALLYES SPORTIFS OU DES RAIDS.

LES RISQUES VISÉS AUX TITRES I ET II DU PRÉSENT RÈGLEMENT NE SONT PAS GARANTIS LORSQU'ILS RÉSULTENT D'ACCIDENTS CAUSÉS DE MANIÈRE GÉNéRALE PAR LA PRATIQUE DES DISCIPLINES SPORTIVES DITES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES ET/OU QUI S'EXERCENT DANS UN ENVIRONNEMENT SPéCIFIQUE. LA LISTE DES DISCIPLINES SPORTIVES DITES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES ET/OU QUI S'EXERCENT DANS UN ENVIRONNEMENT SPéCIFIQUE FIGURENT À L'ANNEXE 3 DU PRÉSENT RÈGLEMENT.

LES RISQUES VISÉS AUX TITRES II ET III DU PRÉSENT RÈGLEMENT NE SONT PAS NON PLUS GARANTIS LORSQU'ILS RÉSULTENT OU SONT IMPUTABLES À :

- DES ACCIDENTS DE LA CIRCULATION ENTRANT DANS LE CHAMP D'APPLICATION DE LA LOI N° 85-677 DU 5 JUILLET 1985 DITE « LOI BADINTER » ;
- DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DE TRAJET ;
- DES MALADIES N'AYANT PAS POUR ORIGINE OU POUR CAUSE UN ACCIDENT TEL QUE DÉFINI AU RÈGLEMENT ;

- LE SUICIDE DU MEMBRE PARTICIPANT ;
- DES ACCIDENTS SURVENUS DANS L'ENCEINTE D'UN ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE ET PENDANT TOUT LE TEMPS OÙ LES ENFANTS SONT SOUS LA GARDE DE L'ÉTABLISSEMENT ;
- DES ACCIDENTS SURVENUS AVANT LA DATE DE PRISE D'EFFET DU CONTRAT ;
- DES ACCIDENTS MÉDICAUX ;
- DES ACCIDENTS LIÉS À L'UTILISATION DES NOUVEAUX VÉHICULES ÉLECTRIQUES INDIVIDUELS OU DES ENGINS DE DÉPLACEMENT PERSONNEL MOTORISÉS.

Article 17 : subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant 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'étend aux ayants droit et aux bénéficiaires du membre participant. Elle 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.

Article 18 : suspension des opérations en cas de guerre ou d'épidémie

En cas de guerre ou d'épidémie, la mutuelle se réserve le droit de suspendre ses opérations ou de prendre toutes mesures qu'elle jugera utiles en vue de remplir équitablement et le plus libéralement possible les obligations contractées par elle envers ses membres participants.

TITRE II GARANTIE DES ATTEINTES À L'INTéGRITé PHYSIQUE ET PSYCHIQUE EN CAS D'ACCIDENT DE LA VIE COURANTE

Article 19 : champ de la garantie – définition

Sous réserve des exclusions stipulées au titre I, la mutuelle garantit au membre participant le paiement d'une prestation forfaitaire en cas d'accident de la vie courante.

Accident de la vie courante : on entend par accident de la vie courante toute atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique du membre participant, non intentionnelle de sa part, provenant de l'action soudaine, imprévisible, brutale, directe et exclusive d'une cause extérieure, étrangère à sa volonté survenue dans le cadre d'une activité domestique, touristique, de loisir ou sportive autre qu'exclue contractuellement. L'accident constitue le fait générateur subi par le membre participant.

NE SONT PAS CONSIDéRÉS EN PARTICULIER COMME DES ACCIDENTS DE LA VIE COURANTE ET SONT DONC EXCLUS DE LA GARANTIE LES MALAISES CARDIAQUES, L'INFARCTUS DU MYOCARDE, LES ACCIDENTS VASCULAIRES CéRéBRAUX, L'ATTaQUE OU L'HéMORRAGIE CéRéBRALE ET LA RUPTURE D'ANéVRISME.

Article 20 : montant des prestations

La prestation servie par la mutuelle est calculée par rapport au point d'AIPP (Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et/ou Psychique) consolidé tel qu'évalué par le médecin expert de la mutuelle conformément au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun du concours médical 2001 actualisé.

L'expertise médicale a pour objet d'évaluer les séquelles de l'accident dont l'assuré est victime et d'informer la mutuelle sur les préjudices qui en résultent. Elle est réalisée à la demande du médecin expert de la mutuelle et aux frais de la mutuelle. S'il s'y oppose, l'assuré ne pourra prétendre à être indemnisé au titre du présent contrat.

L'assuré peut se faire accompagner à ses frais d'un médecin de son choix, chargé de l'assister.

L'indemnité s'applique dès le premier point d'AIPP, soit supérieur ou égal à 1%, défini après une date de consolidation. Son calcul dépend du niveau d'indemnisation et son montant figure en annexe 1. Une proposition d'indemnisation est adressée au membre participant. En cas d'accord de celui-ci, l'indemnité sera versée dans un délai de 15 jours ouvrés.

En cas de désaccord sur les conclusions du médecin expert mandaté par la mutuelle, une nouvelle expertise, confiée à un médecin tiers expert choisi et mandaté d'un commun accord, peut être organisée sur production d'un certificat médical détaillé précisant les points de contestation. Ce médecin tiers expert est rémunéré pour moitié par chacune des parties. En cas de désaccord sur le choix de ce tiers expert, le tribunal de grande instance peut être saisi pour désigner un médecin tiers expert judiciaire.

En cas de déficits fonctionnels permanents préexistants, le médecin expert de la mutuelle détermine le taux d'AIPP de l'assuré correspondant aux seules lésions, directement et exclusivement imputables à l'accident garanti, selon les règles du droit commun. Les éventuels déficits fonctionnels permanents préexistants à l'accident ne sont pas indemnisés.

En cas d'aggravation de son état, le membre participant ne peut prétendre à aucune prestation relative à un taux révisé d'AIPP si celui-ci a déjà fait l'objet d'une indemnisation par la mutuelle.

TITRE III GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

Article 21 : champ de la garantie – définition

Sous réserve des exclusions stipulées au titre I, la mutuelle garantit le versement d'une allocation dont le montant figure en annexe 1 en cas de décès accidentel du membre participant âgé de 67 ans au plus.

Décès accidentel : en regard du droit commun, un décès est dit accidentel lorsque sa causalité accidentelle est directe, certaine et déterminante, résultant d'une cause extérieure imprévisible.

SI LE MEMBRE PARTICIPANT A BÉNÉFIé D'UNE PRESTATION AU TITRE DE LA GARANTIE DES ATTEINTES À L'INTéGRITé PHYSIQUE ET PSYCHIQUE EN CAS D'ACCIDENT DE LA VIE COURANTE DÉFINIE AU TITRE II, IL NE PEUT PAS PRÉTENDRE À LA GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL AYANT POUR CAUSE CE Même ACCIDENT.

Article 22 : montant de l'allocation

Le montant de l'allocation est précisé en annexe 1, il dépend du niveau d'indemnisation choisi.

À compter de la réception de l'ensemble des pièces nécessaires, la mutuelle procède au versement de l'allocation dans un délai de 15 jours ouvrés.

TITRE IV ACTION SOCIALE

Article 23 : aide pécuniaire

En cas de graves difficultés financières générées par la maladie, le handicap, un bouleversement familial, une catastrophe naturelle, la mutuelle peut, sur avis de la commission d'action sociale ou de la commission nationale telles qu'elles sont définies à l'article 79 des statuts, verser au membre participant une aide pécuniaire non remboursable.

Article 24 : allocation obsèques

En cas de décès d'un enfant de moins de 18 ans, ou d'un enfant reconnu handicapé quel que soit son âge, la mutuelle peut verser au membre participant, de manière discrétionnaire, une allocation.

Article 25 : accompagnement d'un enfant reconnu handicapé à charge

La mutuelle peut attribuer, de manière discrétionnaire, au membre participant retraité des chèques emploi-service universels (CESU) gratuits dans le cadre de l'accompagnement d'un enfant reconnu handicapé à charge.

TITRE V DIFFICULTÉS RELATIVES À L'EXÉCUTION DU PRÉSENT RÈGLEMENT

Article 26 : prescription

Conformément aux articles L.221-11, L.221-12 et L.221-12-1 du Code de la mutualité, toutes les actions relatives aux

garanties souscrites 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1^o du I de l'article L.111-1 du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

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 d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique adressé par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 27 : réclamations

Toute réclamation relative à l'exécution du présent règlement doit être formulée par écrit et adressée :

- soit par courrier à :

Tutélaire - Service réclamations
157 avenue de France
75013 Paris

- soit par courriel à : reclamations@tutelaire.fr

Sauf circonstances particulières, la mutuelle s'engage à répondre au réclamant dans un délai maximum de deux mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Article 28 : médiation

Toute réclamation non résolue à l'amiable ou par voie de médiation relative au bulletin d'adhésion ou au présent règlement sera de la compétence exclusive des tribunaux civils dont dépend le siège de la mutuelle.

Au préalable, et après épuisement du processus interne de règlement amiable des réclamations, le membre participant, le cas échéant, son représentant légal ou ses ayants droit, pourront avoir recours aux services du médiateur de la Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF). Le médiateur peut être saisi :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le médiateur fédéral
255 rue de Vaugirard
75719 Paris Cedex 15

- soit sur le site internet du Médiateur :

<https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Le recours à la médiation n'est pas possible lorsqu'une action contentieuse a été engagée.

La mutuelle s'engage à respecter les avis rendus par le médiateur.

Article 29 : protection des données personnelles

Les informations personnelles et nominatives concernant les membres participants et leurs ayants droit collectées par la mutuelle sont traitées par Tutélaire en tant que responsable de traitement dont le Délégué à la protection des données personnelles peut être contacté en adressant un e-mail à l'adresse suivante dpo@tutelaire.fr.

À ce titre, ce dernier s'engage à respecter la réglementation applicable à la protection des données à caractère personnel, telle qu'issue notamment (i) de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978

modifiée et de ses textes d'application, et (ii) du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement et du Conseil du 27 avril 2016 (« RGPD »).

Les données à caractère personnel collectées font l'objet d'un traitement ayant pour finalités la gestion et l'exécution du contrat, la gestion du risque et la réalisation d'opérations de prospection commerciale.

Ces traitements ont pour base légale :

- Le consentement des membres participants et leurs ayants droit en matière de prospection commerciale. Quel que soit le canal de communication utilisé pour réaliser l'opération de prospection commerciale, ces derniers auront toujours la possibilité de s'opposer facilement et gratuitement à cette prospection.

- L'exécution du contrat pour les autres finalités précitées.

À défaut pour les membres participants et leurs ayants droit de fournir leurs données à caractère personnel, le présent contrat ne pourra prendre effet.

Ces données à caractère personnel sont couvertes par le secret professionnel. Toutefois, elles pourront être communiquées, dans le respect des finalités susmentionnées, à des sous-traitants, prestataires, mandataires et réassureurs, en vue de l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Elles pourront également être transmises, à leur demande, aux auditeurs de la mutuelle, à son Autorité de contrôle ainsi qu'à autorités administratives ou judiciaires, étant précisé qu'aucun transfert de ces données n'a lieu en dehors de l'Espace Economique Européen.

Les données collectées sont conservées pendant la durée du contrat, et au-delà, pendant la durée de la prescription applicable selon les cas, conformément notamment aux dispositions du Code des assurances du Code de la sécurité sociale, du Code de la mutualité et du Code civil.

En application de la réglementation applicable, les membres participants et leurs ayants droit peuvent exercer leurs droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et de limitation du traitement s'agissant de toute donnée à caractère personnel qui figurerait dans les fichiers de la mutuelle ou, le cas échéant, des tiers listés ci-dessus, en adressant un email à l'adresse suivante donneespersonnelles@tutelaire.fr ou par courrier simple, accompagné d'une copie d'un justificatif d'identité comportant la signature de son titulaire en précisant l'adresse à laquelle la réponse de Tutélaire doit parvenir, au siège de la mutuelle (Tutélaire – 157 avenue de France – 75013 Paris).

Les membres participants et leurs ayants droit ont la possibilité de se voir transmettre l'ensemble de leurs données personnelles dans un format structuré dans le cas où ils souhaiteraient les transmettre à un autre responsable de traitement ainsi que du droit de demander à ce que leurs données ne soient plus soumises au traitement décrit. Ils peuvent également, à tout moment, modifier et révoquer des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données personnelles les concernant après leur mort.

Les ayants droit peuvent également, à tout moment, modifier ou révoquer les directives fixées par les membres participants relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès.

Les membres participants et leurs ayants droit ont également la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (« CNIL ») (www.cnil.fr).

Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un justificatif d'identité comportant la signature de son titulaire et doit préciser l'adresse à laquelle la réponse de Tutélaire doit parvenir.

Recueil et traitement de données de santé dans le cas de la gestion d'un sinistre corporel.

Tutélaire sera amenée à collecter, traiter et conserver les données de santé des membres participants et leurs ayants droit.

Ces traitements seront réalisés sur la base de l'exécution du contrat étant entendu que ces données de santé sont nécessaires aux fins de gestion du sinistre.

Pour garantir la confidentialité et le respect du secret médical, ces données de santé sont exclusivement destinées au médecin expert de la mutuelle en charge de la gestion de leurs contrats, à son service médical, ou personnes internes ou externes habilités spécifiquement et ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale ni transférées hors de l'Espace Economique Européen.

Les membres participants et leurs ayants droit peuvent (i) exercer leurs droits s'agissant des données de santé qui figurerait dans les fichiers de la mutuelle ou, le cas échéant, des tiers listés ci-dessus ; (ii) se voir transmettre l'ensemble dans leurs données personnelles dans un format structuré ; (iii) introduire une réclamation auprès de la CNIL, dans les mêmes conditions que celles prévues ci-dessus.

TITRE VI

GARANTIES ASSISTANCE

Article 30 : bénéficiaires des garanties assistance et prise d'effet des garanties

Peuvent prétendre aux garanties d'assistance les membres participants de la mutuelle Tutélaire.

Les garanties assistance prennent effet à la même date de souscription que les garanties du présent règlement. Concernant sa durée, son renouvellement et sa résiliation, elle suit le sort du présent contrat souscrit par l'adhérent.

Article 31 : couverture géographique

La couverture géographique d'assistance est valable au domicile pour l'assistance de tous les jours et pour l'accompagnement du handicap. Concernant les départements et régions d'outre-mer (DROM), les frais de déplacements et de transfert se limitent à l'intérieur du département uniquement.

Article 32 : faits générateurs

Les garanties assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivants survenant au bénéficiaire : une immobilisation et/ou une situation de handicap faisant suite à un accident de la vie courante tel que défini au présent règlement.

L'Assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins, à raison d'une seule prestation par fait générateur.

Article 33 : modalités de mise en œuvre

POUR CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION, 24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7
Par téléphone :
N°Cristal 09 69 39 08 42
APPEL NON SURTAXÉ
<i>Pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :</i>
Par téléphone : 00 33 9 69 39 08 42
<i>Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à :</i>
medecinconseil@vyv-es.fr

Toute demande d'assistance doit être formulée par téléphone **au maximum dans les vingt (20) jours** qui suivent la date de survenance du fait générateur rattaché à cette demande.

Article 34 : application des prestations

Les prestations garanties ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, aucune dépense effectuée par le bénéficiaire, sans l'accord de l'Assisteur, ne sera remboursée.

Article 35 : écoute et accompagnement personnalisés

Le service de renseignements téléphoniques apporte une aide juridique et des conseils dans les domaines de la vie courante ainsi qu'en matière de santé. Il permet également de joindre plusieurs services : conseil social, soutien psychologique et convivialité.

Article 36 : prestations d'assistance en cas d'immobilisation

En cas d'immobilisation imprévue au domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses.

En cas d'immobilisation imprévue de plus de cinq jours ou d'immobilisation prévue de plus de dix jours, l'Assisteur peut

mettre à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, peut proposer d'autres prestations de bien-être et de soutien (coiffeur à domicile, livraison de courses, petit jardinage, garde des personnes dépendantes, des enfants...).

Article 37 : prestations d'assistance aux adhérents en situation de handicap

Lorsque le bénéficiaire est en situation de handicap, l'Assisteur propose la mise en relation de celui-ci avec son département d'accompagnement psycho-social pour l'accompagner et le conseiller et ce pendant toute la durée du contrat.

Article 38 : informations légales

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées par Ressources Mutualistes Assistance (RMA), ci-avant dénommée « l'Assisteur », union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682. Siège social : 46 rue du Moulin - CS92443 - 44120 Vertou.

Les informations de ce titre étant incomplètes, il est nécessaire de se référer au document « Notice d'information » de l'Assisteur qui présente en détail ces prestations ainsi que leurs conditions.

TITRE VII

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Article 39 : Autorité de contrôle

L'Autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris cedex 09.

Annexe 1

INDEMNITÉS

Niveau d'indemnisation	Indemnité suite à AIPP	Allocation temporaire décès
1	500 € par % d'AIPP	60 000 €
2	1 000 € par % d'AIPP	120 000 €
3	1 500 € par % d'AIPP	180 000 €

Annexe 2

COTISATIONS MENSUELLES

Niveau d'indemnisation	Cotisation mensuelle
1	5 €
2	10 €
3	15 €

Annexe 3

DISCIPLINES SPORTIVES DITES À CONTRAINTES PARTICULIÈRES ET/OU QUI S'EXERCENT DANS UN ENVIRONNEMENT SPÉCIFIQUE

- L'alpinisme ;
- La plongée subaquatique avec scaphandre autonome au-delà de 20 mètres de profondeur ;
- La spéléologie ;
- Les disciplines sportives pour lesquelles le combat peut prendre fin notamment ou exclusivement lorsqu'à la suite d'un coup porté, l'un des adversaires se trouve dans un état le rendant incapable de se défendre et pouvant aller jusqu'à l'inconscience (K-O) ;
- Les disciplines sportives comportant l'utilisation d'armes à feu ou à air comprimé ;
- Les disciplines sportives comportant l'utilisation de véhicules terrestres à moteur à l'exception du modélisme automobile radioguidé ;
- Les disciplines sportives aéronautiques à l'exception de l'aéromodélisme ;
- Le parachutisme ;
- Saut à l'élastique, base jumping, wingsuit, parapente ;
- La pratique de sports de navigation dits à risque :
 - bateau offshore, course de hors-bord, catamaran, voile, navigation au-delà de 20 miles d'un abri côtier, ski nautique ;
- La pratique de sports nautiques en eaux vives dits à risques :
 - canyoning, hydro speed, rafting ;
- La pratique de sports de glisse dits à risque :
 - ski et snowboard hors-piste non encadrés par un moniteur diplômé, ski et snowboard acrobatiques, bobsleigh, skeleton, snow-kite et par extension kite-surf ;
- La pratique du VTT de descente ; vélo de course en peloton ;
- La pratique de sports équestres :
 - concours hippiques, courses de haies, cross country, polo, rodéo ;
- La pratique du bullriding, de la tauromachie et de manière générale, les pratiques sportives impliquant le contact physique avec des animaux.

DOMAINE D'APPLICATION

1. BÉNÉFICIAIRES

La présente notice d'information a pour objet de définir les garanties d'assistance auxquelles peuvent prétendre les bénéficiaires concernés.

Sont couverts par la présente notice d'information le membre participant au contrat Paxivie de la mutuelle Tutélaire.

2. PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

Les garanties d'assistance prennent effet à la même date de souscription que le contrat Paxivie de la Mutuelle Tutélaire.

Les garanties d'assistance suivent le sort du contrat souscrit par le membre participant auprès de la Mutuelle Tutélaire aussi bien pour ce qui concerne la date d'effet, la durée, le renouvellement et la résiliation.

Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la fin de la période de souscription, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

3. COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

La couverture géographique d'assistance est valable :

- au domicile* tel que défini dans la présente notice d'information.

* Pour les DROM, le bénéficiaire qui réside habituellement dans l'un de ces départements et y a sa résidence principale, est couvert par l'assistance de tous les jours, les frais de déplacements et de transfert s'entendent à l'intérieur du département uniquement.

4. FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance s'appliquent à la suite des faits générateurs suivants et tels que définis dans la présente notice d'information :

- une immobilisation,
- une situation de handicap.

L'Assisteur propose au bénéficiaire la mise en place de la prestation d'assistance qui correspond le mieux à ses besoins lors de la demande d'assistance, à raison d'une seule prestation par fait générateur sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information. Ces garanties n'ont pas vocation à remplacer la solidarité naturelle de la structure familiale ni l'intervention habituelle de personnes telles que les assistantes maternelles et les employés de maison. Elles ne doivent pas se substituer aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Les prestations d'assistance sont accessibles autant de fois que le fait générateur survient par année civile sauf dispositions contraires mentionnées dans la présente notice d'information.

Les prestations d'informations, d'accompagnement psychosocial, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

5. MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

POUR CONTACTER L'ASSISTEUR SANS INTERRUPTION, 24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7

Par téléphone :

(D) N°Cristal 09 69 39 08 42

APPEL NON SURTAXÉ

Pour les Bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :

Par téléphone : 00 33 9 69 39 08 42

Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à :
medecinconseil@vyy-es.fr

SANS OUBLIER :

- de rappeler votre numéro de membre participant,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre 1^{er} appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.

Toute demande d'assistance liée à une hospitalisation, une immobilisation ou une maternité doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les vingt (20) jours qui suivent la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.

Une fois cette demande effectuée, et dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation, afin d'assurer au bénéficiaire l'accès aux prestations dès son retour à domicile, il doit contacter l'Assisteur dès confirmation de sa date de sortie effective. Si cette date devait être décalée le bénéficiaire doit en avertir immédiatement l'assisteur afin de différer les prestations prévues initialement.

Au-delà de ce délai (20 jours comme mentionné ci-dessus), l'Assisteur pourra accompagner et orienter le bénéficiaire mais ne pourra pas prendre en charge la demande.

Le bénéficiaire s'engage à faire parvenir à l'Assisteur tous les justificatifs exigés par ce dernier pour le déclenchement des prestations garanties.

Les justificatifs demandés par l'Assisteur sont des pièces originales ou des copies.

6. INTERVENTION

L'application de ces garanties est appréciée en fonction de la situation personnelle du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance.

La prestation pourra donc être inférieure au plafond indiqué.

Pour évaluer les besoins du bénéficiaire, l'Assisteur se base sur des critères objectifs liés à son environnement et son moment de vie lors de la demande d'assistance tels que la taille du logement, la composition du foyer familial, le niveau d'autonomie (capacité à faire sa toilette, se déplacer seul, sortir du domicile, préparer ses repas, effectuer des tâches ménagères...) et les aides existantes. Les prestations au domicile sont planifiées du lundi au vendredi.

L'urgence, qui justifie l'intervention de l'Assisteur, se trouvant atténuée en cas de séjour dans un Centre de Convalescence du fait du temps dont dispose le bénéficiaire pour organiser son retour au domicile, est également prise en compte pour l'évaluation des besoins du bénéficiaire. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.** Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

7. APPLICATION DES PRESTATIONS

Les prestations garanties par la présente notice d'information ne peuvent être déclenchées qu'avec l'accord préalable de l'Assisteur et sur présentation des justificatifs demandés. En conséquence, l'Assisteur ne participera pas après coup aux dépenses que le bénéficiaire aurait engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser le bénéficiaire qui aurait fait preuve d'initiative raisonnable, l'Assisteur pourrait apprécier leur prise en charge, sur justificatifs.

Dès lors que certaines garanties ne peuvent être mises en œuvre par l'Assisteur, après accord préalable de l'Assisteur, elles sont prises en charge par ce dernier, sur présentation de justificatifs et **dans la limite des plafonds mentionnés et de l'évaluation faite par l'Assisteur** (étant entendu que le montant de la prestation d'assistance remboursé par l'Assisteur est plafonné à l'intervention d'un seul intervenant au domicile du bénéficiaire). **Les frais additionnels (frais kilométriques, frais de dossier, frais de gestion et cotisations) inhérents à la mise en œuvre de la prestation et figurant sur le justificatif fourni par le bénéficiaire ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.**

Dans de tels cas, l'Assisteur s'engage à rembourser le bénéficiaire sous un délai maximal de 30 jours calendaires

(hors délais bancaires) à compter de la validation par l'Assisteur de l'ensemble des documents justificatifs.

De plus, il convient de préciser que l'Assisteur ne peut intervenir dans le choix des moyens et des destinations décidés par les organismes primaires d'urgence.

Dès l'appel de l'un des bénéficiaires, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, pour répondre au plus vite à la demande. En aucun cas, l'Assisteur ne pourra s'engager sur une obligation de résultats.

L'Assisteur se réserve un délai de cinq (5) heures maximum à compter des heures d'ouverture des réseaux agréés pour faire suite à la demande du Bénéficiaire (sauf délai dérogatoire expressément prévu).

Toutes les dépenses que le Bénéficiaire aurait dû normalement engager en l'absence de l'événement donnant lieu à l'intervention de l'Assisteur, restent à sa charge (titre de transport, repas, essence, péage ...).

Dans les cas d'un état d'urgence sanitaire et/ou du déclenchement d'un Plan Blanc, la mise en œuvre des prestations sera adaptée à la situation et à la capacité du réseau de l'Assisteur à assurer ces prestations.

8. définitions

Pour l'application de la présente notice d'information, on entend par :

- **Accident** : tout événement soudain, imprévisible, extérieur au bénéficiaire et non intentionnel de sa part, cause exclusive, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des dommages corporels.

Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants :

- les accidents vasculaires cérébraux,
- les brûlures causées par une exposition au soleil ou tout appareil quelconque de bronzing artificiel,
- les éventrations,
- les hernies abdominales,
- les hydrocutions,
- les infarctus du myocarde,
- les lésions méniscales,
- les lésions musculaires, tendineuses ou ligamentaires,
- les lombalgies, les lumbagos,
- les ruptures d'anévrisme,
- les sciatiques.

- **Activités extrascolaires** : le temps extrascolaire est le temps durant lequel un encadrement est proposé aux enfants :

- en soirée après le retour de l'enfant à son domicile,
- le mercredi ou le samedi après la classe lorsqu'il y a école le matin,
- le mercredi ou le samedi toute la journée s'il n'y a pas d'école,
- le dimanche, les jours fériés et durant les vacances scolaires.

- **Aidant** : est considéré comme proche aidant d'une personne, un proche (voir définition) ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

- **Aide à domicile** : la mission de l'aide à domicile concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas, courses de proximité sans véhicule) au domicile du bénéficiaire. Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors week-end et jours fériés. La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.

- **Animaux de compagnie** : sont considérés comme animaux de compagnie les chats et les chiens, vivant au domicile du bénéficiaire et dont le carnet de vaccination est à jour conformément à la réglementation en vigueur, dans la limite de 2 animaux par bénéficiaire.

- **Ascendant** : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents du membre participant. Pour être considéré comme ayant

droit du membre participant, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement du membre participant et vivant sous le même toit.

- **Autorité médicale** : toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où le bénéficiaire se trouve.
- **Auxiliaire de vie sociale** : L'auxiliaire de vie sociale (AVS) aide les personnes malades, handicapées ou fragilisées, très dépendantes pour accomplir les actes de la vie ordinaire. Elle est présente pour faciliter le lever, le coucher, la toilette, les soins d'hygiène (**à l'exclusion des soins infirmiers**). Elle apporte son soutien au moment de l'appareillage des personnes handicapées. L'AVS assure la préparation et la prise des repas, les travaux ménagers. Elle prend en charge les démarches administratives, les sorties, les courses.
- **Bénéficiaire** : la personne ayant adhéré au contrat Paxivie de la mutuelle Tutélaire et ses ayants droit.
- **Centre de convalescence** : structure de soins qui contribue à une réadaptation post-hospitalisation. Les centres de rééducation, les SSR (soins de suite et de réadaptation), les maisons de repos, les centres de cure thermale sont assimilés à des centres de convalescence. **Les séjours dans ces structures ne sont pas considérés comme des hospitalisations.**
- **Consolidation** : stabilisation durable de l'état de santé du bénéficiaire victime d'un accident, de blessures ou souffrant d'une maladie ; cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation médicalement constatée.
- **Dépendance** : état impliquant d'être dans l'impossibilité d'effectuer, sans l'aide d'une tierce personne, l'ensemble des 4 gestes de la vie quotidienne : se laver, s'habiller, se déplacer, se nourrir. La dépendance peut être temporaire ou définitive. Pour être considéré comme ayant droit du membre participant, le dépendant doit être à charge fiscalement de ce dernier et vivre sous le même toit. Aussi, les demandes de prestation à l'égard d'un ayant droit dépendant doivent être justifiées en adressant à l'équipe médicale un certificat médical justifiant l'état de dépendance, ainsi que l'avis d'imposition du membre participant portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.
- **Dispositif de téléassistance** : désigne le boîtier d'interphonie et le médaillon d'alerte avec son support (collier ou bracelet).
- **Domicile ou résidence habituelle** : le lieu de résidence principale et habituelle du bénéficiaire, ayant un caractère permanent qui est mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu. Le domicile doit être situé en France ou dans les DROM.
- Pour les personnes résidant dans des maisons de longs séjours (telles que notamment les maisons de retraite), ou ayant une résidence secondaire ; on entend par domicile principal, le lieu où la personne habite plus de 183 jours par an. Les étudiants ayants droit sont considérés comme ayant un double domicile, leur résidence dans le cadre de leurs études et la résidence du parent membre participant.
En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.
- **DROM** : par DROM, il faut entendre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, la Réunion et Mayotte. Pour l'ensemble des prestations relatives au déplacement du bénéficiaire en France, à plus de 50 kilomètres de son domicile, la prise en charge du bénéficiaire résidant dans les DROM s'entend à l'intérieur du département de résidence DROM.
- **Établissement de soins** : tout établissement de soins public ou privé, qui assure le diagnostic, la surveillance, le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes.
- **État d'urgence sanitaire** : régime juridique spécial applicable en cas de catastrophe sanitaire, notamment d'épidémie ou de pandémie, mettant en péril, par sa nature et sa gravité, la santé de la population.
- **Faits générateurs** : les garanties d'assistance s'appliquent à la suite de faits générateurs, tels que définis dans la présente notice d'information. Ils sont les suivants :
 - une immobilisation,
 - une situation de handicap.
- **Frais d'hébergement** : frais de la chambre pour une nuit d'hôtel y compris petit déjeuner, hors frais de repas, téléphone, bar et annexe.
- **France** : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).
- **Fratrie** : enfants à charge du même foyer fiscal issus d'une même famille, d'un même couple et par extension des enfants ayant un seul parent en commun ou ayant des liens d'adoption.
- **Grossesse pathologique** : caractérise une grossesse où la mère et/ou l'enfant courrent un risque pour leur santé. Une grossesse pathologique fait l'objet d'une prise en charge et d'un suivi spécifique. **Ne sont pas considérés comme grossesse pathologique, les congés pathologiques légaux pouvant être prescrits avant le congé maternité.**
- **Handicap** : constitue un handicap, au sens de la loi 2005-102 du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.
- **Hospitalisation** : tout séjour comprenant au minimum une nuitée dans un établissement de soins public ou privé ou à domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.
- **Hospitalisation à domicile (HAD)** : permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux coordonnés. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.
- **Immobilisation** : désigne toute immobilisation imprévue de plus de 5 jours ou prévue de plus de 10 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(s) médicalement et pour laquelle l'Assisteur évalue le cadre au retour au domicile (bénéficiaire vivant seul ou en couple, enfants de moins de 10 ans ou personnes dépendantes à charge, soutien de proximité, aides déjà en place...). La grossesse pathologique (hors congés pathologiques légaux) peut être considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement comme telle.
- **Maladie** : altération soudaine et imprévisible de la santé, consécutive ou non à une situation préexistante, n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.
- **Maternité** : tout séjour de plus de 4 jours, tout séjour consécutif à un accouchement par césarienne ou tout séjour consécutif à une naissance prématurée ou multiple en service maternité dans un établissement de soins public ou privé.
- **Membre de la famille** : conjoint ou concubin notoire, ou partenaire pacsé, père, mère, sœur, frère, enfant, petit-enfant ou tuteur légal du bénéficiaire.
- **Membre participant** : personne physique ayant adhéré à titre individuel à la mutuelle.
- **Personne dépendante** : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir du membre participant ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge du membre participant et vivant sous le même toit que lui.
- **Pièces justificatives** : ensemble des documents pouvant être demandés par l'Assisteur afin d'apporter la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès, avis d'imposition dans le cadre d'un ayant droit à charge, facture...).
- **Proche** : les ascendants et descendants au 1^{er} degré, le conjoint, le concubin notoire, le partenaire pacsé, le tuteur légal du bénéficiaire, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle-sœur du Bénéficiaire ou à défaut toute autre personne désignée par l'assuré. Le proche doit être domicilié dans le même pays ou le même département pour les DROM que le bénéficiaire.
- **Responsabilité civile** : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.
- **Téléassistance** : désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boîtier d'interphonie, d'être mis en relation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avec une plateforme de téléassistance dédiée à la gestion des alertes d'urgence et du lien social.
- **Transport** : sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touristique (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) et **dans la limite de 500 euros TTC** pour les transports en France ou dans les DROM. L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

ÉCOUTE ET ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉS

9. ÉCOUTE ET ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉS

Le service Écoute et Accompagnement personnalisés est un service dédié aux Bénéficiaires afin d'assurer une écoute attentive, fournir des informations et des conseils, proposer une orientation et apporter un soutien global et pertinent au regard de leur situation.

L'Assisteur peut informer sur les garanties d'Assistance et plus généralement sur les aides financières, avantages fiscaux et dispositifs de droit commun auxquels peuvent prétendre les bénéficiaires au regard de leur situation et de leurs besoins.

L'Assisteur propose au Bénéficiaire, afin de lui apporter les solutions susceptibles de répondre à ses besoins, de vérifier son éligibilité à certains services pris en charge par l'Assisteur et/ou sa mutuelle. En accord avec le Bénéficiaire, l'Assisteur peut également l'orienter vers des solutions **dont les coûts demeurent à sa charge**.

10. INFORMATION JURIDIQUE

Nos chargés d'informations juridiques répondent à toutes questions d'ordre :

- **Réglementaire** :

- habitation/logement,
- justice/défense/recours,
- vie professionnelle (salarié, libéral, artisan, commerçant...),
- assurances sociales/allocations/retraites,
- fiscalité,
- famille.

- **Pratique** :

- consommation,
- vacances/loisirs,
- formalités/cartes/permis,
- enseignement/formation.

Certaines demandes pouvant nécessiter des recherches, un rendez-vous téléphonique sera alors pris sous 48 heures. Nos prestations d'informations sont uniquement téléphoniques : aucune des informations dispensées ne peut se substituer aux intervenants habituels tels qu'avocats, conseillers juridiques... En aucun cas, elle ne pourra faire l'objet d'une confirmation écrite et ne pourra porter sur une procédure en cours.

11. CONSEILS ET INFORMATIONS MÉDICALES

Les conseils médicaux sont délivrés par des médecins disponibles à tout moment dans le respect de la déontologie médicale : confidentialité et secret médical. Ce service ne peut en aucun cas remplacer le médecin traitant ni donner lieu à une prescription médicale. L'Assisteur ne pourra être tenu responsable de l'interprétation que le bénéficiaire pourra en faire.

En cas d'urgence, le premier réflexe doit être d'appeler le médecin traitant, les pompiers, les services médicaux d'urgence (SAMU, 15, 112).

Des informations médicales destinées aux jeunes majeurs ou aux parents d'enfants mineurs peuvent être délivrées sur des thèmes tels que :

- infections et maladies sexuellement transmissibles (IST et MST),
- contraception,
- interruption volontaire de grossesse (IVG),
- hygiène de vie (consommation alcool, tabac, alimentation).

Des informations générales peuvent être délivrées dans les domaines suivants :

- grossesse, puériculture et maladies infantiles,
- hygiène de vie, sport,
- pathologies liées au vieillissement,
- vaccinations, réactions aux médicaments,
- addictions, comportements excessifs (alimentaires, jeux, achats compulsifs),
- diététique, régimes,
- médecines complémentaires, médecines douces,
- santé en voyage : vaccins, précautions médicales.

Des informations liées à la santé au travail peuvent être apportées à propos :

- maladies professionnelles,
- troubles musculo squelettiques (TMS),
- risques psychosociaux (RPS),
- bilans de santé.

12. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE À LA PARENTALITÉ

Ce service permet aux parents ou futurs parents de bénéficier, à leur demande, d'informations, de conseils et de soutien par téléphone (soins, éducation, modes de garde, développement de l'enfant, socialisation, hygiène, santé et nutrition) concernant le jeune enfant de 0 à 6 ans.

Un interlocuteur qualifié est à votre disposition et le coût de ces conseils est pris en charge par l'Assisteur.

13. ACCOMPAGNEMENT SPÉCIFIQUE EN CAS DE DÉCÈS

A. ENREGISTREMENT ET RESPECT DES VOLONTÉS

Il s'agit de la volonté manifestée par le bénéficiaire, quant aux indications d'organisation de ses obsèques.

Le bénéficiaire dispose d'un service permettant d'enregistrer ses volontés quant à ses obsèques, à savoir : le mode de sépulture, le type de cérémonie, la nature du culte, le lieu d'inhumation ou la destination des cendres, la présence de fleurs, ainsi que les personnes à prévenir.

Cet enregistrement peut être fait dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat. Sur simple appel téléphonique auprès de l'Assisteur, il communiquera ses volontés essentielles qui seront confirmées par courrier et notifiées sur un formulaire d'enregistrement sous un code confidentiel. Ce code confidentiel sera nécessaire lors de tout appel ultérieur, soit pour que le membre participant puisse modifier le contenu de l'enregistrement de ses volontés, soit au moment de son décès, sur demande d'un ayant droit ou de la personne de confiance désignée par le défunt, détenant les informations d'accès. Lors du décès d'un des bénéficiaires, et sur demande de l'un des autres bénéficiaires désignés à l'article « DOMAINE D'APPLICATION - 1. BÉNÉFICIAIRES » ou de la personne de confiance, désignée par le défunt, l'Assisteur communiquera le contenu de cet enregistrement.

Ce service est ouvert dès l'adhésion ou à tout moment pendant la durée du contrat sur simple appel téléphonique.

B. ORGANISATION DES OBSÈQUES

Afin d'apporter concrètement aide et assistance aux bénéficiaires, l'Assisteur propose l'organisation conjointe des obsèques dans le respect des souhaits émis par la famille et/ou l'assuré décédé. L'Assisteur conseille et organise, pour le compte des bénéficiaires, toutes les démarches relatives au décès dans le cadre du budget prévu par ces derniers. **Le coût des obsèques reste à la charge des bénéficiaires.**

C. ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

En cas de décès de l'un des bénéficiaires, ce service permet à l'entourage du bénéficiaire de bénéficier, à sa demande, du programme suivant :

- analyse de la situation tant au niveau des aides nécessaires que des moyens de les financer (bilan des ressources et dépenses, droits acquis...),
- information sur l'ensemble des droits aux prestations, démarches administratives et dossiers sociaux à constituer,
- aide et accompagnement dans les démarches et formalités à accomplir,
- évaluation des dépenses correspondant aux services à mettre en œuvre,
- assistance à la mise en place de la solution psycho-sociale proposée.

La prestation est soumise au secret professionnel et l'**Assisteur ne se substitue pas aux intervenants habituels (professionnels médicaux, agents administratifs et sociaux...).**

D. SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT ET D'ÉCOUTE

Un service d'accompagnement et d'écoute est mis à disposition du Bénéficiaire ainsi qu'à ses proches en cas de décès afin de les aider à l'organisation des obsèques et d'apporter une éventuelle prise en charge assurée par un psychologue.

ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL

Lorsqu'un bénéficiaire fait face à :

- une dépendance/perte d'autonomie,
- un aléa de santé,
- un arrêt de travail,
- un risque suicidaire,
- une rupture familiale,
- un isolement social,
- une addiction comportementale ou à un produit,
- la perte de son emploi,
- la souffrance au travail,
- l'inadaptation du logement,
- un risque de précarité financière,
- le décès d'un proche.

L'Assisteur propose la mise en relation avec une équipe de spécialistes pour l'écouter, le conseiller et l'accompagner dans la durée à chaque aléa de vie. L'équipe est composée d'assistants médico-sociaux, d'assistants de service social, de conseillers en économie sociale et familiale, et de psychologues. Chaque prise en charge est assurée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels. Toutefois, chaque fois que cela est utile, une prise en charge multiple (dimensions sociale et psychologique) pourra être proposée par le professionnel référent.

Le service est accessible du lundi au vendredi de 8h00 à 18h30. Les entretiens téléphoniques individuels sont limités à 5 par bénéficiaire et par année civile. Un relais avec les acteurs de proximité est organisé chaque fois que nécessaire. Seuls les bénéficiaires majeurs âgés de 18 ans révolus peuvent bénéficier d'un accompagnement psycho-social. Sont exclus de la prestation d'accompagnement psycho-social les mineurs émancipés ou non émancipés.

L'Assisteur s'engage à :

- fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact,
- assurer les entretiens de suivi utiles à l'accompagnement,
- apprécier l'utilité des entretiens d'accompagnement dans le respect du cadre éthique et déontologique régissant les professions d'assistant social, conseiller en économie sociale et familiale, éducateur et psychologue.

14. Un service d'appels de convivialité

Ce service permet de :

- rompre l'isolement,
- apporter du réconfort,
- aider à restaurer le lien social,
- ouvrir un espace de parole,
- être le dépositaire d'histoires de vie.

15. Un service de conseil social

Les travailleurs sociaux apportent :

- information, conseil, orientation,
- accès aux droits,
- orientation vers un réseau de service à domicile, recherche d'établissement,
- informations sur les secours financiers,
- soutien budgétaire (outils de gestion du budget mensuel, gestion au quotidien, gestion bancaire),
- soutien à la vie quotidienne (alimentation, retour vers l'emploi, logement...),
- conseils, échanges, informations à visée éducative, dont l'objectif est l'autonomie de la personne.

16. Un service de soutien psychologique

Les psychologues prodiguent :

- une aide à la prise de distance,
- un soutien psychologique ponctuel,
- une écoute et des conseils dans les situations problématiques,
- des outils de gestion du stress, de l'anxiété.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'IMMOBILISATION

17. PRESTATIONS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE

Acheminement des médicaments ou accompagnement aux courses

Si le bénéficiaire ne peut temporairement se déplacer, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison des médicaments indispensables au traitement immédiat du bénéficiaire ou l'accompagnement aux courses. La mise en place de cette prestation est conditionnée par la réception avant le déclenchement de la prestation d'un certificat médical stipulant le fait qu'il ne peut se déplacer, ni se faire aider de son entourage. **Les médicaments et les courses restent à la charge du bénéficiaire et doivent être disponibles dans un rayon maximum de 30 kilomètres du domicile du bénéficiaire.**

Cette prestation est limitée à trois (3) fois par année civile.

18. PRESTATIONS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS OU PRÉVUE DE PLUS DE 10 JOURS

L'Assisteur évalue la situation du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

Ces prestations s'appliquent pendant l'immobilisation à tous les bénéficiaires, qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants.

A. AIDE À DOMICILE

L'Assisteur met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, selon les disponibilités locales, à raison d'un maximum de 10 heures.

Le nombre d'heures attribuées et la durée de la prestation sont déterminés lors de l'évaluation de la situation par l'Assisteur.

B. PRESTATIONS DE BIEN-ÊTRE ET DE SOUTIEN

Si le bénéficiaire a déjà une aide à domicile tout au long de l'année ou qu'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile :

- auxiliaire(s) de vie,
- séance(s) de coiffure ou esthéticienne à domicile,
- séance(s) de pédicure,
- petit jardinage,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- service(s) de portage de repas,
- entretien(s) du linge,
- séance(s) de coaching santé, coaching nutrition.

C. GARDE DES ENFANTS OU PETITS-ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS OU ENFANTS HANDICAPÉS (SANS LIMITÉ D'ÂGE)

Si le bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, d'enfants handicapés ou s'il s'agit de l'immobilisation d'un enfant ayant une fratrie, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants ou petits-enfants à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour entre 7h et 20h pendant l'immobilisation. Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 5 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche dans la limite de 30 kilomètres par jour ;
- soit le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

D. GARDE DES PERSONNES DÉPENDANTES

Si le bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant sous son toit, l'Assisteur prend en charge :

- soit la garde de ces personnes à domicile pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour entre 7h et 20h pendant l'immobilisation ;
- soit le transport aller/retour de ces personnes jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les Bénéficiaires domiciliés dans les DROM ;
- soit le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les personnes dépendantes.

E. GARDE DES ANIMAUX

Si le bénéficiaire a la responsabilité d'animaux de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la promenade et leur gardiennage au domicile ou dans un centre agréé à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.

F. DISPOSITIF DE TÉLÉASSISTANCE

L'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance et prend en charge les frais d'abonnement à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 3 mois maximum.

L'équipe de travailleurs sociaux de l'Assisteur aide la personne dans ses démarches pour trouver des solutions ultérieures de financement du dispositif de téléassistance.

G. PRÉSENCE D'UN PROCHE AU CHEVET

L'Assisteur organise et prend en charge le transport aller/retour d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM, jusqu'au domicile du bénéficiaire ou jusqu'à son lieu d'hospitalisation.

PRESTATIONS D'ASSISTANCE AUX BÉNÉFICIAIRES EN SITUATION DE HANDICAP

Lorsque le bénéficiaire est en situation de handicap, l'Assisteur propose la mise en relation avec son département d'accompagnement psycho-social pour l'accompagner et le conseiller.

L'équipe est composée de psychologues et de travailleurs sociaux (assistants de service social et conseillers en économie sociale et familiale).

Chaque accompagnement est assuré dans la durée par le même référent, sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels. Les prestations d'assistance sont délivrées suite à une évaluation d'un membre du département d'accompagnement psycho-social.

À tout moment, l'Assisteur propose la mise en relation avec un médecin qui pourra :

- reprendre le vocabulaire spécifique,
- décrire le rôle des soignants,
- informer sur la nature des examens prescrits,
- expliquer les soins envisagés ou en cours.

Il ne s'agit en aucun cas d'un deuxième avis médical.

19. LORS DE LA SURVENUE DU HANDICAP

Lorsqu'une altération des fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques restreint les activités du quotidien, l'Assisteur propose au bénéficiaire ou à son proche aidant la mise en relation avec son département d'accompagnement psycho-social pour l'accompagner et le conseiller.

A. FAVORISER LE MIEUX-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE

Les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- un espace d'écoute et de soutien,
- un soutien dans l'acceptation de la nouvelle situation,
- une aide au maintien ou à la restauration de la communication au sein de la famille,
- une aide pour la gestion de la douleur ressentie.

B. LIMITER LES CONSÉQUENCES SOCIALES DU HANDICAP

Les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- faire un état des lieux de la situation administrative, faciliter la reconnaissance du handicap et l'accès aux droits,
- favoriser l'organisation du quotidien.

C. LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

En cas de dépôt d'un dossier à la MDPH, l'Assisteur évalue la situation du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place, sur justificatifs (accusé de réception du dossier à la MDPH notamment, justificatif d'affiliation au régime obligatoire pour les personnes titulaires d'une pension d'invalidité 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} catégorie) l'une des prestations suivantes visant à mieux appréhender la nouvelle situation pour le bénéficiaire et son entourage :

- une aide à domicile, afin d'aider dans les tâches quotidiennes à concurrence d'un maximum de 30 heures ;
- une prestation de Bien-être et de Soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 euros TTC maximum (sur justificatif) :
 - auxiliaire(s) de vie,
 - entretien(s) du linge,
 - prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
 - petit jardinage,
 - séance(s) de coiffure ou esthéticienne à domicile,
 - séance(s) de pédicure,
 - service(s) de portage de repas,
 - séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

• un soutien au bénéficiaire, au couple et/ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale, médiation animale ...) destiné à mieux appréhender cette nouvelle situation pour le bénéficiaire et son entourage, à concurrence de 5 séances et dans la limite de 500 euros TTC ;

• un bilan sur-mesure au domicile du bénéficiaire, réalisé par un ergothérapeute qui apporte des conseils sur l'habitat et l'environnement du bénéficiaire afin de déterminer les éventuels aménagements et solutions de prévention possibles. Sur demande du bénéficiaire, l'Assisteur propose la mise en relation avec un réseau d'artisans pour la réalisation des travaux. À l'issue, une visite de conformité sera réalisée. Les coûts d'aménagement restent à la charge du bénéficiaire et ne sont pas pris en charge par l'Assisteur ;

• une inscription annuelle à un réseau d'entraides pour permettre l'accès à un soutien entre pairs et faciliter la vie quotidienne ;

• la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour entre 7h et 20h. Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 10 jours, l'Assisteur se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche dans la limite de 30 kilomètres par jour ;

• le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM dans la limite de 500 euros TTC ;

• le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du bénéficiaire, pour garder les enfants dans la limite de 500 euros TTC ;

• l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, à concurrence d'un maximum de 10 heures.

La prestation proposée ci-dessus est définie par l'Assisteur selon les besoins du bénéficiaire.

20. DANS LE QUOTIDIEN

Lorsque le handicap est reconnu par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), l'Assisteur propose au bénéficiaire ou à son proche aidant la mise en relation avec son département d'accompagnement psycho-social pour l'accompagner et le conseiller.

A. FAVORISER LE MIEUX-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE

Les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à procurer :

- une restauration de l'estime de soi,
- un soutien dans le processus d'adaptation psychique,
- une gestion des symptômes corporels par le biais d'une initiation à des méthodes de relaxation.

B. LIMITER LES CONSÉQUENCES SOCIALES DU HANDICAP

Les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- rechercher des solutions d'aide humaine ou technique,
- soutenir la démarche d'accès à l'éducation, la formation et l'emploi,
- favoriser l'équilibre du budget.

C. LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

En complément d'une prestation accordée par la MDPH, l'Assisteur évalue la situation du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place sur justificatifs (accusé de réception du dossier à la MDPH notamment, justificatif d'affiliation au régime obligatoire pour les

personnes titulaires d'une pension d'invalidité 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} catégorie) et dans la limite d'une fois par année civile l'une des prestations suivantes destinée à faire face aux dépenses liées au handicap :

• une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes à concurrence d'un maximum de 30 heures ;

• une prestation de Bien-être et de Soutien, à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 euros TTC maximum (sur justificatif) :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- petit jardinage,
- séance(s) de coiffure ou esthéticienne à domicile,
- séance(s) de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

• une prise en charge du reste à charge de fournitures (matériels paramédicales ou médicales) nécessaires et en lien avec la situation de handicap du bénéficiaire dans la limite de 500 euros TTC ;

• une prise en charge d'une activité de loisirs adaptés ou d'un séjour vacances adaptées à la situation de handicap du bénéficiaire dans la limite de 500 euros TTC ;

• un bilan sur-mesure au domicile du bénéficiaire, réalisé par un ergothérapeute qui apporte des conseils sur l'habitat et l'environnement du bénéficiaire afin de déterminer les éventuels aménagements et solutions de prévention possibles. Sur demande du bénéficiaire l'Assisteur propose la mise en relation avec un réseau d'artisans pour la réalisation des travaux. À l'issue, une visite de conformité sera réalisée. Les coûts d'aménagement restent à la charge du bénéficiaire et ne sont pas pris en charge par l'Assisteur ;

• une inscription annuelle à un réseau d'entraides pour permettre l'accès à un soutien entre pairs et faciliter la vie quotidienne ;

• un soutien au bénéficiaire, au couple et/ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale, médiation animale...) destiné à faciliter le maintien du lien social et de la cohésion familiale, à concurrence de 5 séances et dans la limite de 500 euros TTC ;

• la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour entre 7h et 20h. Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 10 jours, l'Assisteur se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche dans la limite de 30 kilomètres par jour ;

• le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM dans la limite de 500 euros TTC ;

• le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du bénéficiaire, pour garder les enfants dans la limite de 500 euros TTC ;

• l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, à concurrence d'un maximum de 10 heures.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du bénéficiaire.

En complément,

• En cas de déménagement ou de changement d'emploi du bénéficiaire handicapé, l'Assisteur organise la venue d'un accompagnateur ou auxiliaire d'intégration sociale pour l'apprentissage du nouvel environnement. Cette prestation est prise en charge à concurrence de 10 heures dans les 30 jours suivant l'événement dans la limite d'une fois par an.

• En cas d'impossibilité pour le bénéficiaire handicapé de se rendre seul sur son lieu d'examen, si personne ne peut l'accompagner et lorsque le bénéficiaire doit être déplacé, soulevé, manipulé au cours de l'examen, l'Assisteur organise et prend en charge le transport aller et retour du bénéficiaire depuis son domicile vers le lieu d'examen par le moyen le plus adapté (taxi, VSL, ambulance...) et met à disposition un intervenant qualifié. Cette prestation est prise en charge à concurrence d'un maximum de 500 euros TTC dans la limite d'une fois par an.

21. DANS LES SITUATIONS DE CRISE

Lorsqu'un bénéficiaire reconnu par la MDPH est confronté à une situation de crise, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur évalue, conseille et accompagne le bénéficiaire ou son proche aidant.

A. FAVORISER LE MIEUX-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE

Les entretiens de soutien psychologique ont notamment vocation à donner accès à :

- un soutien face aux émotions négatives,
- un soutien pour prévenir l'épuisement de l'aidant,
- un accompagnement spécifique au moment d'un deuil.

B. LIMITER LES CONSÉQUENCES SOCIALES DU HANDICAP

Les entretiens de suivi social ont notamment pour objectif de :

- faciliter l'adaptation du domicile,
- favoriser l'organisation et le financement de solutions de répit pour l'aidant,
- informer sur les dispositifs de protection des majeurs ou le mandat de protection future.

C. LES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou de maternité du bénéficiaire en situation de handicap, l'Assisteur évalue la situation du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place l'une des prestations suivantes permettant de faciliter le retour au domicile :

- une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes **à concurrence d'un maximum de 30 heures** ;
- une prestation de Bien-être et de Soutien, **à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 euros TTC maximum (sur justificatif)** :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- petit jardinage,
- séance(s) de coiffure ou esthéticienne à domicile,
- séance(s) de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition,
- un soutien au bénéficiaire, au couple et/ou à la famille (consultation psychothérapeutique, thérapie de couple, médiation familiale, médiation animale...) destiné à faciliter le maintien du lien social et de la cohésion familiale, **à concurrence de 5 séances et dans la limite de 500 euros TTC** ;

• un bilan sur-mesure au domicile du bénéficiaire, réalisé par un ergothérapeute qui apporte des conseils sur l'habitat et l'environnement du bénéficiaire afin de déterminer les éventuels aménagements et solutions de prévention possibles. Sur demande du bénéficiaire l'Assisteur propose la mise en relation avec un réseau d'artisans pour la réalisation des travaux. À l'issue, une visite de conformité sera réalisée. **Les coûts d'aménagement restent à la charge du bénéficiaire et ne sont pas pris en charge par l'Assisteur** ;

• l'intervention d'une auxiliaire de vie assurant un soutien matériel, psychologique et pédagogique au sein de l'établissement ou au retour à domicile, **à concurrence d'un maximum de 20 heures** ;

• la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, **à raison d'un maximum de 8 heures par jour entre 7h et 20h**. Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 10 jours, l'Assisteur se charge également, si besoin est, d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche **dans la limite de 30 kilomètres par jour** ;

• le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM **dans la limite de 500 euros TTC** ;

• le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du bénéficiaire, pour garder les enfants **dans la limite de 500 euros TTC** ;

• l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, **à concurrence d'un maximum de 10 heures** ;

• la prise en charge de la garde de l'animal d'assistance **dans la limite de 500 euros TTC**.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du bénéficiaire.

En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures ou d'immobilisation de plus de 2 jours consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) médicalement de l'aidant habituel avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, l'Assisteur évalue la situation du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance et met en place l'une des prestations afin de soutenir le bénéficiaire handicapé :

- une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes **à concurrence d'un maximum de 30 heures** ;
- une prestation de Bien-être et de Soutien, **à concurrence d'une enveloppe financière globale de 500 euros TTC maximum (sur justificatif)** :

- auxiliaire(s) de vie,
- entretien(s) du linge,
- prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
- petit jardinage,
- séance(s) de coiffure à domicile,
- séance(s) de pédicure,
- service(s) de portage de repas,
- séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition.

- l'intervention d'une auxiliaire de vie assurant un soutien matériel, psychologique et pédagogique au domicile du bénéficiaire, **à concurrence d'un maximum de 20 heures** ;
- la garde des enfants de moins de 16 ans à domicile pendant 10 jours maximum, **à raison d'un maximum de 8 heures par jour entre 7h et 20h**. Et/ou, si besoin est, pendant cette période de 10 jours, l'Assisteur se charge également d'assurer le transport aller et retour des enfants à l'école, aux activités extra-scolaires et à la crèche **dans la limite de 30 kilomètres par jour** ;

- le transport aller/retour des enfants jusqu'au domicile d'un proche, résidant en France ou à l'intérieur du même département pour les bénéficiaires domiciliés dans les DROM **dans la limite de 500 euros TTC** ;
- le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile du bénéficiaire, pour garder les enfants **dans la limite de 500 euros TTC** ;

- l'intervention d'une auxiliaire de puériculture ou d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) assurant un soutien au rôle de parents, **à concurrence d'un maximum de 10 heures**.

Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du bénéficiaire.

CADRE JURIDIQUE

22. ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance sont assurées par Ressources Mutuelles Assistance, ci-avant dénommée « l'Assisteur » dans la présente notice d'information, union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682. Siège social : 46, rue du Moulin - CS 92443 - 44120 Vertou.

23. CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES

A. COMPORTEMENT ABUSIF

L'Assisteur ne sera pas tenu d'intervenir dans les cas où le bénéficiaire aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation locale en vigueur ou à la suite d'accidents causés ou provoqués intentionnellement par le bénéficiaire du contrat.

L'Assisteur réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

Toute fraude, falsification ou fausse déclaration et faux témoignage entraînera automatiquement la nullité du bénéfice des garanties d'assistance.

En cas de déclaration mensongère du bénéficiaire ou de non-remboursement d'une avance de frais, l'Assisteur réclamera s'il y a lieu au bénéficiaire le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe du comportement.

B. RESPONSABILITÉ

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'exams préalables à un transport sanitaire, dans un établissement public ou privé ou auprès d'un médecin qui auront été préconisés par l'Assisteur.

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

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

L'Assisteur ne peut intervenir que sur production des justificatifs originaux exigés lors de l'accord de prise en charge.

C. CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de manquement aux obligations de la présente notice d'information, si celui-ci résulte :

- de cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la prestation,
- d'un état d'urgence sanitaire ou du déclenchement du Plan Blanc,
- d'événements tels que guerre civile ou étrangère,
- de révolution, mouvement populaire, émeute, grève, saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle décidée par les autorités, piraterie, explosion d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques.

24. EXCLUSIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS

Outre les exclusions précisées dans le texte de la présente notice d'information, sont exclus du champ d'application :

- les dommages provoqués par la guerre étrangère ou civile, les émeutes et les mouvements populaires, un acte de terrorisme ou de sabotage,
- les dommages provoqués intentionnellement par le bénéficiaire, ceux résultant de sa participation à un crime ou à un délit intentionnel ou conséquence de sa participation volontaire à une rixe, à un pari ou à un défi,
- les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants ou produits médicamenteux non prescrits par un médecin,
- les sinistres résultant de tremblements de terre, cataclysmes, ou catastrophes naturelles,
- les sinistres résultant de l'explosion d'un engin ou partie d'engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau de l'atome,
- les sinistres dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et forte par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol vingt-quatre heures après l'émission, dépasse un roentgen par heure,
- tous les autres sinistres dus à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées, fût-ce par intermittence, en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle,
- les frais n'ayant pas fait l'objet d'un accord de prise en charge de nos services matérialisé par la communication d'un numéro de dossier au bénéficiaire.

Ne donnent pas lieu à l'application des garanties, les soins de chirurgie plastique entrepris pour des raisons exclusivement esthétiques, les cures thermales et les cures de thalassothérapie, les voyages à visée thérapeutique, les traitements de confort, les cures d'engraissement et d'amincissement, ainsi que leurs conséquences.

25. NULLITÉ DE LA PRESTATION

Si le bénéficiaire ou son médecin traitant refuse le conseil ou les prestations ou les prescriptions proposées par

l'Assisteur, le bénéficiaire organise en ce cas, librement et sous son entière responsabilité, les actions qu'il juge, ou que son médecin traitant juge, les plus adaptées à son état, l'Assisteur étant dégagé de toute obligation.

En aucun cas, l'Assisteur ne peut être tenu au paiement des frais engagés par le bénéficiaire.

26. RECOURS

Le bénéficiaire prend l'engagement formel d'informer l'Assisteur de toutes procédures pénales ou civiles dont il aurait eu connaissance contre le responsable d'un accident dont il aurait été victime et à raison de cet accident.

27. SUBROGATION

L'Assisteur est subrogé à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions du bénéficiaire contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assisteur ; c'est-à-dire que l'Assisteur effectue en lieu et place du bénéficiaire les poursuites contre la partie responsable si l'Assisteur l'estime opportun.

28. PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'exécution des présentes conditions générales sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1^{er} en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Bénéficiaire, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2nd en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant, ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (Article L221-11 du Code de la mutualité).

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 d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle ou l'union au Bénéficiaire, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (Article L221-12 du Code de la mutualité).

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil, sont la demande en justice, l'acte d'exécution forcée, la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier. Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

29. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles du bénéficiaire recueillies par Ressources Mutualistes Assistance (ci-avant « RMA ») et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin, CS 92443, 44120 Vertou feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des bénéficiaires. À défaut de fourniture des données, RMA sera dans l'impossibilité de traiter les demandes des bénéficiaires.

Dans le cadre de l'exécution de leur contrat, les données personnelles du bénéficiaire seront utilisées pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux, la gestion des demandes liées à l'exercice des droits et l'élaboration de statistiques et études actuarielles et commerciales.

Les données personnelles du bénéficiaire sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, RMA met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par RMA sont basés sur son intérêt légitime afin d'apporter au bénéficiaire les meilleurs produits et services, d'améliorer leur qualité et de personnaliser les services proposés et les adapter à ses besoins. Ils correspondent à la gestion de la relation avec le bénéficiaire notamment par le biais d'actions telles que des enquêtes de satisfaction et des sondages et les enregistrements téléphoniques. Dans son intérêt légitime, RMA met également en œuvre un dispositif de la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposé.

Les données de santé du bénéficiaire sont traitées en toute confidentialité et exclusivement destinées aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement par RMA.

Le traitement des données personnelles du bénéficiaire est réservé à l'usage des services concernés de RMA et ne seront communiquées qu'aux prestataires de services à la personne ou d'assistance à l'international missionnés dans le cadre d'un dossier d'assistance à l'international.

Pour la gestion et l'exécution des garanties d'assistance, le bénéficiaire est informé que ses données personnelles peuvent faire l'objet de transferts ponctuels vers des pays situés hors de l'Espace Economique Européen.

Les données personnelles des bénéficiaires sont conservées le temps de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire.

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données personnelles, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès aux données traitées le concernant, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement et à la portabilité de ses données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par le bénéficiaire et traitées sur la base de son consentement ou l'exécution du contrat. Par ailleurs, le bénéficiaire a la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont celui-ci entend que soient exercés ces droits après son décès ainsi que de retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le bénéficiaire peut également s'opposer, à tout moment, à un traitement de ses données pour des raisons tenant à sa situation particulière.

Le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exercent auprès de RMA.

Le bénéficiaire peut exercer ses droits en envoyant au Data Protection Officer (DPO) un mail à l'adresse suivante :

dpo@vyy-es.fr

ou en contactant :

VYV ES – DPO
46, rue du Moulin
CS 92443
44120 Vertou.

En cas de réclamation relative au traitement de ses données personnelles et à l'exercice de ses droits, le bénéficiaire peut saisir la CNIL.

Enfin, conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si le bénéficiaire ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel il n'a pas de relation contractuelle préexistante, il peut s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique par courrier à Worldline – Service Bloctel – CS 61311 – 41013 Blois Cedex ou par internet à l'adresse suivante : <http://www.blocotel.gouv.fr>.

30. RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire peut effectuer une réclamation auprès de RMA :

- Par téléphone au numéro non surtaxé indiqué au début de la présente notice.
- Si le bénéficiaire n'a pas immédiatement obtenu satisfaction par téléphone, ou s'il souhaite effectuer sa réclamation par écrit, il peut adresser sa réclamation à l'adresse du siège social :

RMA – Service Qualité
46, rue du Moulin
CS 92443
44120 Vertou.

RMA adressera un accusé de réception dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si une réponse peut être communiquée au bénéficiaire dans ce délai.

À défaut, une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date d'envoi de la réclamation.

Si un désaccord subsiste, le bénéficiaire a la faculté de demander l'avis du Médiateur sans préjudice des autres voies d'action légales, sur le site du Médiateur (<https://www.mediateur-mutualite.fr/>) ou à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de
la Mutualité Française FNMF
255, rue de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15.

31. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Ressources Mutualistes Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.