

# Notice d'Information

## ALPHA PLUS SANTE 2018 / 2019

Bénéficiaires : ceux portés au Bulletin individuel d'adhésion  
Produit choisi : celui porté au Bulletin individuel d'adhésion

### 1 : PREAMBULE

Il a été conclu entre **Association pour la Promotion de la Protection Sociale, de l'Action Sociale et de la Prévention** et **AVENIR MUTUELLE**, les Conventions d'assurance de groupe N° 70000 – ALPHA AVM SANTE à adhésion facultative, régies par le Code de la Mutualité et GARANTIE ASSISTANCE souscrite par Avenir Mutuelle auprès de Ressources Mutuelles Assistance pour l'assistance.

Les Conventions ont pour objet le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et de maternité, engagés par l'Adhérent et les membres de sa famille. Elles reposent sur la bonne foi des parties et de chaque Adhérent.

#### Contrats responsables :

La présente convention d'assurance s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurances complémentaires santé bénéficiant d'une aide, dit « Contrats responsables ». Les garanties seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « Contrats responsables » qui pourraient intervenir ultérieurement, quel que soit la formule choisie. **En application de l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale, la définition des garanties respecte les dispositions relatives au parcours de soins du médecin traitant. Par conséquent, les garanties ne couvrent ni les majorations du ticket modérateur, ni les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins. Les garanties ne couvrent pas non plus la participation forfaitaire et la franchise appliquées par l'Assurance Maladie. Elles prennent en compte les minimum et maximum de garanties définies par le décret du 18/11/2014. En cas de nouvelles modifications des conditions du contrat responsable, elles seront automatiquement adaptées à ses nouvelles conditions de mise en œuvre. En cas de modification de la participation forfaitaire et de la franchise, les garanties s'adapteront automatiquement aux nouveaux montants.**

### 2 : DEFINITIONS

#### ADHERENT :

La personne qui adhère au contrat et qui est à jour de ses cotisations.

#### BENEFICIAIRES :

- Son conjoint (L'époux ou l'épouse de l'adhérent non séparé de corps judiciairement)
- Son concubin (La personne vivant en concubinage avec l'adhérent sous réserve que l'adhérent et son concubin soient libres de tous liens matrimoniaux, c'est-à-dire célibataires, veufs ou divorcés et qu'ils n'aient pas conclu de PACS)
- La personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité régi par les articles 515-1 à 515-7 et 506-1 du Code Civil.
- Les enfants à charge de l'adhérent, de son conjoint, à défaut, de son partenaire de PACS ou de son concubin sous réserve :
  - Qu'ils soient âgés de moins de 21 ans ;
  - Qu'ils soient âgés de moins de 26 ans et sous réserve d'une des conditions suivantes :
    - Qu'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 55% du SMIC
    - Qu'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage ;
    - Qu'ils soient inscrits au Pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.
  - Quel que soit leur âge, qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qu'ils soient titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire ou leur 26<sup>ème</sup> anniversaire s'ils poursuivent des études

**ASSUREUR ou ORGANISME ASSUREUR** : désigne l'assureur des garanties santé, à savoir Avenir Mutuelle, mutuelle du livre II du code de la mutualité, inscrite au répertoire SIREN sous le numéro 302 976 592, et dont le siège social est situé au 173 rue de Bercy, 75012 PARIS

#### MALADIE :

Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

#### ACCIDENT :

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Les hernies, ruptures ou déchirures musculaires, lumbagos, "tours de reins", sciatiques, synovites, rhumatismes, gelures, insolations, et autres effets de la température sont considérés comme maladies.

#### HOSPITALISATION :

Tout séjour dans un établissement hospitalier de soins public ou privé, 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 et dont la durée minimum comprend une nuit complète.

#### SOINS DE VILLE :

Les frais exposés pour maladie ou accident qui n'entrent pas dans le cadre d'une hospitalisation et donnent lieu à remboursement par le Régime Obligatoire.

#### REMBOURSEMENTS, PRESTATIONS :

- Nos remboursements dépendent de six éléments :
- la lettre-clé qui exprime la nature de l'acte médical et qui est parfois accompagnée d'un coefficient indiquant la valeur de l'acte,
  - le tarif servant de base au remboursement,
  - le taux de participation du régime obligatoire,
  - la participation éventuelle d'un autre régime obligatoire,
  - les frais réellement engagés par vous,
  - la formule que vous avez retenue.

**R.O.** : Régime obligatoire.

**T.A.** : Tarif d'Autorité. Tarif servant de base aux remboursements des honoraires et des soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

**T.R.** : Tarif de Responsabilité

Tarif utilisé par le régime obligatoire pour le calcul de ses prestations.

**T.M.** : Ticket Modérateur

La part de frais de soins restant à votre charge après intervention de votre Régime Obligatoire, calculée sur la base du Tarif de Convention ou du Tarif de Responsabilité. Ce Ticket Modérateur varie selon les frais engagés.

**A.M.** : Assurance Maladie

**TARIF DE BASE DE REMBOURSEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE (TBRAM)** : Tarif servant de base aux remboursements des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé.

**CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux.

**TAA** : Tarification à l'Activité en matière Hospitalière.

**DELAI D'ATTENTE** : Les garanties sont accordées sans délai d'attente. Un délai de 3 mois est toujours appliqué sur toutes les formules pour le forfait Maladies redoutées (garanties renforcées)

### 3 : ADMISSION DES BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires sont admis dans l'Assurance au plus tôt le jour qui suit la date de réception de leur demande d'adhésion complète par AVENIR MUTUELLE (et ce avant le 31 décembre de leur 65<sup>ème</sup> anniversaire pour la seule formule ALPHA AVM4). L'adhésion n'est effective qu'après paiement de la première cotisation. Elle est constatée par un Bulletin individuelle d'adhésion précisant le produit choisi.

**En cours de contrat, vous nous informerez par lettre recommandée dans les 15 jours à partir du moment où vous en aurez connaissance, des circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et, de ce fait, rendent inexacts ou caduques les réponses faites sur la proposition d'assurance. Ces circonstances nouvelles portent particulièrement sur :**

- Votre changement de domicile. A défaut, toute communication qui vous sera adressée par lettre recommandée au dernier domicile connu sera suivie d'effet dans les délais normaux
- Un changement de profession ou d'activité professionnelle d'un bénéficiaire entraînant un changement de régime obligatoire

**Lorsque la modification constitue une aggravation des circonstances**, nous proposerons une nouvelle cotisation. Si vous ne donnez pas suite à notre proposition ou refusez le nouveau montant dans les 30 jours, nous pourrions résilier au terme de ce délai.

**Lorsque la modification atténue la gravité des circonstances**, vous pourrez demander une diminution du montant de la cotisation. A défaut d'accord de notre part, vous pourrez résilier le contrat, la résiliation prenant effet 30 jours après.

**Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration, à la souscription ou en cours de contrat, des circonstances ou des aggravations définies ci-dessus, est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, dans les conditions prévues par les articles L221-14 et L221-15 du code de la Mutualité.**

Sous réserve d'acceptation par AVENIR MUTUELLE, **les garanties sont immédiatement viagères**, à l'exception des garanties maladies redoutées qui cessent au 31 décembre de l'exercice civil de leur 65<sup>ème</sup> anniversaire. Tous les membres de la famille de l'assuré doivent souscrire à la même formule que l'assuré

### 4 : PRESTATIONS ASSUREES

Les prestations que nous vous versons dépendent de la formule que vous avez retenue et qui est précisée à votre Bulletin individuel d'adhésion.

Les remboursements exprimés en pourcentages sont basés sur le Tarif de base de remboursement ou de Responsabilité de l'Assurance Maladie française quel que soit le pays où ont été effectués les soins, sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.

Les soins à l'étranger ne sont pris en charge que s'ils sont inopinés. Les prestations sont basées sur la valeur des tarifs Sécurité Sociale en vigueur au moment du règlement de la prestation.

Elles resteront au maximum les mêmes en valeur absolue si la participation à la charge des Assurés Sociaux venait à être augmentée par une réglementation ultérieure.

De même, si les remboursements du Régime Obligatoire sont revalorisés au cours de l'année d'une façon importante, AVENIR MUTUELLE se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant ladite revalorisation.

Conformément à la loi, le cumul des divers remboursements obtenus par un Adhérent (Régime Obligatoire, autre organisme, AVENIR MUTUELLE) ne peut excéder la dépense réelle. Il sera donc obligatoirement tenu compte des remboursements précédents.

Seuls les frais dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

Le délai de prescription est de 2 ans pour le paiement des prestations, à partir de la date des soins. Le délai de réclamation sur les dossiers réglés est de 6 mois.

Sans justificatifs des frais réels, ceux-ci sont fixés conformément au Tarif de Responsabilité de l'Assurance Maladie.

### PLAFONNEMENT DE CERTAINES GARANTIES

#### Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité :

*Les honoraires en cas d'hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité ne peuvent excéder, dans tous les cas, 200 % du Tarif de Base de Remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du R.O). Les frais de séjours dans ces mêmes cas sont quant à eux garantis pour toutes les formules dans la limite 100 % du Tarif de Base de Remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du R.O)*

#### Hospitalisation – autres disciplines - maisons de repos et assimilés :

*Les honoraires conventionnés en soins de suite, maisons de repos, sanatorium, aérium, préventorium, moyens séjours, maison d'enfants à caractère sanitaire, pouponnière, centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle, établissements climatiques, diététiques, les cures avec hospitalisations (à l'exclusion de la thalasso thérapie), les cures de désintoxication alcoolique et médicamenteuse pris en charge par l'Assurance Maladie, ne peuvent excéder, dans tous les cas, 200 % de la base de remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du R.O). Les frais de séjours dans ces mêmes cas sont quant à eux garantis pour toutes les formules dans la limite de 100 % du Tarif de Base de Remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du R.O)*

#### Neuropsychiatrie, Neurologie, Psychiatrie et assimilés :

*Les traitements de neuropsychiatrie, neurologie, de psychiatrie et assimilés sont pris en charge uniquement dans les conditions suivantes, et quelle que soit la formule choisie :*

- Hospitalisation en établissement conventionné (séjours et honoraires) sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du remboursement du R.O). **La chambre particulière est exclue**
- Consultations généralistes et spécialistes sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du R.O).

#### Optique :

*La garantie optique prévoit un équipement complet (1 monture et 2 verres) par période de 24 mois. Cette période est ramenée à 12 mois pour les enfants mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. Les garanties optique couvertes à 100 % du TBRAM (sous déduction du R.O) ne sont pas limitées.*

#### Définition des verres :

*Verres A : Verre simple foyer don't la sphère est comprise entre - 6.00 et + 6.00 dioptries et le cylindre inférieur ou égal à 4.00 dioptries*

*Verres C : Verre simple foyer dont la sphère est hors zone - 6.00 à + 6.00 dioptries ou le cylindre supérieur à + 4.00 dioptries et les verres multifocaux ou progressifs*

*Verres F : Verres multifocaux ou progressifs sphéro cylindriques dont la sphère est hors zone - 8.00 à + 8.00 dioptries ou les verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4.00 à + 4.00 dioptries.*

#### Forfaits :

*Les forfaits annuels s'entendent de date à date des soins.*

#### Dentaire :

*Les plafonds dentaires s'entendent par année d'adhésion. NOTA : Si de nouveaux soins ou prothèses dentaires sont effectués à l'assuré après l'utilisation du plafond annuel, ces soins ou prothèses dentaires correspondant à de nouvelles factures seront remboursés à hauteur du ticket modérateur.*

#### Montant des garanties

Les garanties s'entendent sous déduction du régime obligatoire à l'exception. Leurs niveaux sont précisés dans le tableau des garanties.

## 5 : COMMENT OBTENIR UN REMBOURSEMENT

Pour obtenir les remboursements, les originaux des pièces suivantes doivent être adressés à AVENIR MUTUELLE dans les trois mois qui suivent le paiement de l'Assurance Maladie ou la naissance d'un enfant :

- les décomptes originaux de l'Assurance Maladie
- les notes ou factures acquittées,
- les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance

En cas de règlement du ticket modérateur par l'assuré, vous devez nous joindre un reçu du paiement.

A défaut de justification de frais réels par notes d'honoraires, le calcul des prestations sera basé sur le Tarif Base de Remboursement de l'A.M.

En cas d'accident ou de maladie atteignant un bénéficiaire hors de France, il est précisé que les remboursements sont toujours subordonnés au remboursement préalable du régime obligatoire français. Nos remboursements sont effectués en France et en Euros.

### NOTA :

Des accords ont été passés avec la presque totalité des Caisses de Sécurité Sociale du régime général afin de transmettre directement au gestionnaire les informations relatives aux décomptes. Dans ce cas, vous n'aurez pas à nous adresser vos décomptes de l'Assurance Maladie sur lesquels l'Assurance Maladie aura indiqué son message du type : "Nous avisons directement la Mutuelle des prestations que nous vous avons remboursées."

Les justificatifs qu'il faudra nous communiquer sont les suivants :

- frais dentaires: facture détaillée émise par l'Assurance Maladie
- frais d'optique : facture détaillée et prescription médicale
- hospitalisation n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge : facture acquittée de l'établissement,

Si vous ne souhaitez pas bénéficier des Echanges de Données Informatiques, ce qui peut, notamment, être le cas si vous êtes inscrits à deux organismes complémentaires, vous pouvez conserver un traitement manuel à condition de le spécifier par écrit à Avenir Mutuelle en précisant les membres de votre famille concernés (loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978).

**Cas des assureurs multiples :** Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie ou un accident ne peuvent dépasser le montant des frais restant à charge après remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leur effet dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnité en vous adressant à l'organisme de votre choix.

### Expertises médicales :

Les médecins délégués par nous doivent pouvoir, sous peine de déchéance de la garantie, avoir libre accès auprès du bénéficiaire malade ou blessé pour procéder à une expertise médicale. Nous devons donc être informés de tout changement de résidence.

Au cas où, sans motif valable, celui-ci refusait de se soumettre au contrôle de notre Médecin, il serait déchu de tout droit aux indemnités s'il maintenait ce refus après réception d'une lettre recommandée l'avisant d'un contrôle médical.

## 6 : EXCLUSIONS

Sont exclus de la présente assurance :

- Les prestations non indiquées dans cette notice
- Les dossiers présentés plus de deux ans après la date des soins.
- Les actes médicaux prescrits postérieurement à la date de cessation de la garantie, les dates des soins sur le décompte de l'Assurance Maladie faisant foi
- Les séjours en établissements hospitaliers ne dépendant pas de l'article L 174 – 4 du Code de la Sécurité Sociale.
- Tous les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie
- Les frais de TV en cas de maternité (avec ou sans complication), en cas d'hospitalisation en soins de suite, maison de repos, convalescence, réadaptation, rééducation, psychiatrie, longs et moyens séjours et toutes disciplines autres que médicales ou chirurgicales.

## 7 : FORMATION ET DUREE DU CONTRAT

L'adhésion produit ses effets à compter de la date fixée aux Conditions Particulières.

Elle présente un caractère viager et ne peut donc être résiliée par l'assureur, sauf dans les cas prévus à l'article 8.

### MODIFICATION DE GARANTIES :

Après un an d'adhésion, l'assuré(e) peut demander la modification de ses garanties. Ces changements de formule peuvent se faire chaque année, à l'échéance annuelle, sous réserve des limites d'âge d'accès au produit.

En cas d'augmentation des garanties, les plafonds de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année du nouveau produit sont applicables. Tout changement de formule annule le nombre d'années d'adhésion pris en compte pour l'attribution des renforts fidélité.

## 8 : RESILIATION

Sous réserve de son acceptation, l'adhésion au bénéfice d'une garantie est contractée pour une année au minimum. La date d'échéance principale est celle figurant sur le Bulletin individuel d'affiliation d'adhésion.

L'Adhérent peut être radié à l'échéance principale chaque année, sous réserve des conditions ci-dessus, sur sa demande formulée par lettre recommandée, adressée au moins 2 mois à l'avance.

La radiation ou l'exclusion peut, par ailleurs, être prononcée :

- a) en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou au cours de l'adhésion (Articles L221-14 et L221-15 du Code de la Mutualité),
- b) en cas de non-paiement des cotisations (Articles L221-7 et L221-8 du code la Mutualité),
- c) en cas de fausse déclaration de sinistre ou de fourniture de tout document inexact ou falsifié ayant pour but d'obtenir des prestations indues : la résiliation prend effet 10 jours après sa notification par lettre recommandée,

- d) dès qu'il cesse d'appartenir à l'effectif assurable,

- e) en cas de dénonciation de la présente convention par l'Association pour la Promotion de la Protection Sociale, de l'Action Sociale et de la Prévention ou par Avenir Mutuelle à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association pour la Promotion de la Protection Sociale, de l'Action Sociale et de la Prévention s'engage à en informer chaque Adhérent).

Il en est de même pour les bénéficiaires désignés sur la demande d'adhésion.

La résiliation, renonciation, radiation ou exclusion, entraîne pour l'assuré l'obligation de restituer la carte tiers payant, sous peine de poursuites pénales.

### RENONCIATION A L'ADHESION

Conformément aux articles L. 121-16 et suivants du code de la consommation, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

Dans ce cas, vous devez adresser votre demande à AVENIR MUTUELLE, 9 avenue Charles Bohn, 90 000 BELFORT selon le modèle de lettre qui suit :

Je soussigné.....(nom, prénom) demeurant.....(adresse du souscripteur) déclare renoncer au contrat d'assurance N° .....(inscrire le numéro) que j'ai souscrit le.....(date).

Date ..... Signature du Souscripteur

## 9 : COTISATIONS

La cotisation (taxes comprises) est valable jusqu'au 31.12.2019 (sauf modification des taxes ou modification du régime obligatoire). Au-delà, elle est fonction de l'âge atteint de l'adhérent, du produit choisi

et de la consommation médicale des groupes assurés par la présente convention.

La cotisation est payable d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.

**A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les 10 jours de son échéance et indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, nous pouvons adresser à l'Adhérent, à son dernier domicile connu (même dans le cas où la cotisation serait payable par une autre personne), une lettre recommandée valant mise en demeure.**

**En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible pour l'année entière conformément au Code de la Mutualité.**

La garantie est suspendue 30 jours après l'envoi de cette lettre (ou sa remise au destinataire si celui-ci est domicilié hors de la France Métropolitaine).

**A l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus et après un nouveau délai de 10 jours, AVENIR MUTUELLE résiliera de plein droit le contrat.**

En cas de suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation ou lorsque des prestations sont dues, l'Adhérent n'est pas dispensé de l'obligation de payer les cotisations échues jusqu'à l'échéance annuelle précisée aux conditions particulières.

Conséquences de la suspension pour non-paiement des cotisations sur le droit aux prestations : la suspension de la garantie et des services pour non-paiement de la cotisation entraînerait, pour chacun des bénéficiaires, la perte définitive de tout droit aux prestations (y compris en cas de rechute) se rapportant à des accidents survenus ou à des maladies constatées médicalement pendant la période de suspension.

## 10 – SUBROGATION:

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'organisme assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au Bénéficiaire.

## 11 GENERALITES

Les Conventions auxquelles le présent contrat est rattaché sont souscrites par **Association pour la Promotion de la Protection Sociale, de l'Action Sociale et de la Prévention**, dont le siège est situé 9, Avenue Charles Bohn, 90 000 BELFORT auprès de :

**AVENIR MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN numéro 302 976 592**  
**Siège Social : 173, rue de Bercy - CS61602 75601 PARIS cedex 12**

TVA intra-communautaire : exonération article 261C du C.G.I.

Sous le N° **FR1830297659200063**, l'assureur des garanties.

**BON A SAVOIR** : AVENIR MUTUELLE est une mutuelle de droit français dont les activités sont contrôlées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

## 12 Réclamation

En cas de réclamation, le membre participant peut s'adresser au service relations adhérents de la mutuelle, soit par lettre adressée 173 rue de Bercy CS61602 75601 PARIS Cedex 12 soit sur le site internet de la Mutuelle [www.avenirmutuelle.com](http://www.avenirmutuelle.com) en précisant le numéro de membre participant et la nature de la réclamation.

La mutuelle s'engage à répondre aux réclamations dans un avis motivé conformément aux délais en vigueur.

## 13 Médiation

Si après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations une difficulté ou un désaccord persiste quant à l'application ou à l'interprétation du présent règlement, l'assuré qui n'a pas encore saisi les tribunaux, a la possibilité de saisir le service de médiation fédérale.

Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser, sous pli recommandé avec accusé de réception, à Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF) 255 rue de Vaugirard 75719 PARIS Cedex 15 ou par mail

à l'adresse [mediation@mutualite.fr](mailto:mediation@mutualite.fr) Le règlement de la médiation est disponible sur le site de la mutualité française.

L'avis du médiateur ne préjuge pas des droits du membre participant d'intenter une action en justice.

## 14 Informatique et Libertés

Pour la réalisation de l'objet défini à l'article 1, la Mutuelle peut mettre en œuvre un traitement de données personnelles permettant d'identifier ses assurés actuels ou potentiels. Ce traitement aura lieu uniquement sur le territoire français. Ce traitement a été préalablement déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et répond aux caractéristiques ci-dessous :

A - Les données collectées seront uniquement utilisées pour la prospection des assurés potentiels, la préparation et la gestion des adhésions (en particulier l'étude des besoins des assurés et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des cotisations, leur répartition éventuelle entre les co-assureurs, le commissionnement des intermédiaires...), le suivi des prestations de la Mutuelle (notamment la détermination et le paiement des indemnités et prestations et s'il y a lieu pour l'apôtreur, leur collecte auprès des co-assureurs, l'exécution des dispositions prévues au contrat et l'exercice des recours...) ou à des fins statistiques.

B - L'accès à ces données personnelles est réservé aux services de la Mutuelle qui sont en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et des prestations, ainsi qu'aux membres participants ou bénéficiaires des prestations, organismes de sécurité sociale, organismes administratifs et judiciaires définis par la loi, et organes de contrôle de la Mutuelle.

C - Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat. Ce contrat devant comporter l'engagement du sous-traitant d'assurer la sécurité des données et de ne les traiter que conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, relative à l'informatique et aux libertés.

D - La Mutuelle informera les assurés lors de chaque collecte, du caractère obligatoire ou facultatif des informations demandées.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, relative à l'informatique et aux libertés, l'adhérent, de même que toute personne concernée par les données, peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant au siège de la Mutuelle par courrier à l'attention du Secrétariat général.

Le délai de réponse de la Mutuelle est fixé à deux mois, conformément à l'article 94 du décret du 20 octobre 2005. Toute personne peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données la concernant.



## ANNEXE 1

### Garanties en inclusion aux garanties santé GARANTIES RENFORCEES FORFAIT MALADIES REDOUTEES

#### 1 - OBJET DE LA GARANTIE :

L'assurance aura pour objet de garantir au bénéficiaire, adhérent aux formules Alpha AVM2, Alpha AVM3 ou Alpha AVM4 un capital défini par le produit choisi, en cas de survenance d'une des maladies redoutées énumérées ci-après.

#### 2 - MALADIES REDOUTEES :

Par maladie redoutée, on entend l'une des maladies définies comme suit :

##### **SCLEROSE EN PLAQUES :**

Cette maladie du système nerveux est caractérisée par l'existence de petites lésions disséminées en n'importe quel point de la substance blanche, que ce soit dans le cerveau, le cervelet, le tronc cérébral ou la moelle épinière.

##### **INFARCTUS DU MYOCARDE :**

Il s'agit de la nécrose d'une zone de muscle myocardite dont le diagnostic est posé par la présence de signes électriques caractéristiques au tracé électrocardiographique, associé à une augmentation des enzymes cardiaques.

##### **CORONAROPATHIES :**

La coronaropathie se définit par l'intervention chirurgicale subie pour corriger le rétrécissement ou le blocage de deux ou plusieurs artères coronaires avec pontage chez les personnes qui présentent des symptômes angineux restrictifs, mais à l'exclusion des techniques non chirurgicales telles que l'angioplastie avec ballon ou la suppression d'une obstruction par laser. Sont prises en considération les coronaropathies ayant nécessité une intervention chirurgicale avec au moins un double pontage coronarien.

##### **ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL :**

L'accident vasculaire cérébral est défini comme étant un infarctus du tissu cérébral ou une hémorragie intracrânienne. Il devra y être associé un déficit neurologique séquellaire persistant de façon constante plus de quinze jours.

##### **CANCER :**

Le cancer est défini comme toute tumeur maligne à l'exception des cancers in situ non invasifs, des tumeurs dues à la présence de virus humain immuno-déficient et des cancers de la peau sauf, dans ce dernier cas, si le diagnostic de mélanome malin a été posé. Les leucémies, autres que la leucémie lymphoïde chronique, sont assimilées à un cancer.

##### **INSUFFISANCE RENALE :**

Il s'agit des insuffisances rénales dépassées entraînant la nécessité de se soumettre régulièrement à une dialyse péritonéale ou à une hémodialyse.

##### **GREFFE D'ORGANE :**

Sont retenues les greffes d'organes principaux : greffe du cœur, et des poumons, du foie, du pancréas et du rein. La greffe de moelle osseuse est assimilée à une greffe d'organe principal.

#### 3 - MONTANT DES GARANTIES

La garantie est de 200 € pour la formule Alpha AVM2 et de 300 € pour les formules Alpha AVM3 et Alpha AVM4. Elle est diminuée de moitié à compter du 60<sup>ème</sup> anniversaire du bénéficiaire.

#### 4 - PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE :

Pour cette garantie, un délai d'attente de 3 mois à compter de la prise d'effet du contrat sera toujours appliqué.

En cas d'apparition d'une des maladies redoutées, énumérées ci-dessus, pendant les 3 premiers mois d'adhésion, ou si elle est connue lors de l'adhésion, aucun capital ne sera versé par l'Assureur.

#### 5 - CESSATION DE LA GARANTIE :

La garantie renforcée " Maladies redoutées" cesse dès la résiliation du contrat et, au plus tard, au 65<sup>ème</sup> anniversaire du bénéficiaire.