ANNEXE
AUX RÈGLEMENTS MUTUALISTES
MNT SANTÉ & MNT HOSPITALISATION

MNT
Être utile est un beau métier
GROUPE VYV

NOTICES D'INFORMATION DES GARANTIES ASSURÉES PAR :

RESSOURCES MUTUELLES ASSISTANCE
(ASSISTANCE À DOMICILE)

+

(ASSISTANCE VIE PROFESSIONNELLE)

&

SMACL ASSURANCES
(RECOURS MÉDICAL & INFORMATION JURIDIQUE)

+

(DÉFENSE PÉNALE & RECOURS PROFESSIONNEL / DROIT SÉCURITÉ SOCIALE)

Les présentes notices traduisent les engagements des contrats groupe souscrits auprès de Ressources Mutuelles Assistance et de SMACL ASSURANCES par la Mutuelle Nationale Territoriale, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584.

Ressources Mutuelles Assistance, ci-après 'RMA' ou 'l'Assisteur', Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682, numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 Place de Budapest, 75436 Paris CEDEX 09.

SMACL ASSURANCES - 141, avenue Salvador-Allende CS 20000 – 79031 NIORT CEDEX 9
Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances. RCS Niort n° 301 309 605.

Janvier 2023

Notice d'information - Assistance à domicile

Sommaire

ARTICLE 1 - CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES ASSISTANCE À DOMICILE 4
1.1 BÉNÉFICIAIRES 4
1.2 PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES 4
1.3 COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE 4
1.4 FAITS GÉNÉRATEURS 4
1.5 MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE 4
1.6 INTERVENTION 4
1.7 APPLICATION DES PRESTATIONS 4
ARTICLE 2 - GARANTIES DÈS LA SOUSCRIPTION 5
2.1 ACCOMPAGNEMENT SOCIAL 5
2.2 SERVICE D'INFORMATIONS ET DE SOUTIEN PAR TELEPHONE 5
2.2.1 INFORMATION JURIDIQUE 5
2.2.2 CONSEILS ET INFORMATIONS MÉDICALES 5
2.3 EN CAS D'ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT : SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE 5
2.4 RECHERCHE DE MÉDECIN, INFIRMIÈRE, INTERVENANT PARAMÉDICAL 5
2.5 TRANSPORT EN AMBULANCE 5
ARTICLE 3 - GARANTIES LIÉES À L'OFFRE MNT SANTÉ ESSENTIELLE 6
3.1 PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITÉ, D'IMMOBILISATION, DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX 6
3.1.1 PRESTATIONS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE 6
3.1.1.1 Acheminement de médicaments ou accompagnement aux courses 6
3.1.2 PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 48 HEURES OU EN CAS DE MATERNITÉ 6
3.1.2.1 Aide à domicile 6
3.1.2.2 Portage de repas 6
3.1.2.3 Livraison de courses 6
3.1.2.4 Coiffure à domicile 6
3.1.2.5 Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge 6
3.1.2.6 Conduite aux activités extra scolaires 6
3.1.2.7 Aide aux devoirs 6
3.1.2.8 Garde des personnes dépendantes 6
3.1.2.9 Prise en charge des animaux domestiques 6
3.1.2.10 Dispositif de téléassistance 6
3.1.2.11 Présence d'un proche au chevet 6
3.1.2.12 Portage d'espèces 7
3.1.2.13 Bilan situationnel par un ergothérapeute / Diagnostic habitat 7
3.1.2.14 Bilan Social 7
3.1.3 PRESTATION EN CAS DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX DE CHIMIOTHÉRAPIE OU DE RADIOTHÉRAPIE DU BÉNÉFICIAIRE 7
3.1.4 PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE D'UN ENFANT BÉNÉFICIAIRE 7
3.1.4.1 Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de moins 16 ans 7
3.1.4.2 École à domicile ou Soutien Scolaire en ligne 7
3.1.5 PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE, SUITE À UNE MALADIE, UN ACCIDENT OU UNE BLESSURE LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE OU DANS LES DROM 7
3.1.5.1 Conseil médical en cas de maladie ou d'accident ou de blessure 7
3.1.5.2 Transfert médical 8
3.1.5.3 Retour des accompagnants 8
3.1.6 PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM 8
3.1.6.1 Déplacement et hébergement d'un proche 8
ARTICLE 4 - GARANTIES LIÉES À L'OFFRE MNT SANTÉ (CONFORT, OPTIMALE, INTÉGRALE) OU À L'OFFRE MNT HOSPITALISATION 8
4.1 PRESTATIONS DE SERVICE D'AIDE À DOMICILE 8
4.1.1 PRESTATIONS DÈS UNE HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE, EN CAS DE MATERNITÉ OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS OU PRÉVUE DE PLUS DE 10 JOURS 8
4.2 PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES D'ASSISTANCE 8
4.2.1 PRESTATIONS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE 8
4.2.1.1 Acheminement de médicaments ou accompagnement aux courses 8
4.2.2 PRESTATIONS DÈS UNE HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE EN CAS DE MATERNITÉ OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS OU PRÉVUE DE PLUS DE 10 JOURS 8
4.2.2.1 Portage de repas 8
4.2.2.2 Livraison de courses 8
4.2.2.3 Coiffure à domicile 8
4.2.2.4 Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge 9
4.2.2.5 Conduite aux activités extra scolaires 9
4.2.2.6 Aide aux devoirs 9
4.2.2.7 Garde des personnes dépendantes 9
4.2.2.8 Prise en charge des animaux domestiques 9

4.2.2.9 Dispositif de téléassistance ... 9
4.2.2.10 Présence d'un proche au chevet ... 9
4.2.2.11 Portage d'espèces ... 9
4.2.2.12 Bilan situationnel par un ergothérapeute / Diagnostic habitat ... 9
4.2.2.13 Bilan Social ... 9
4.2.3 PRESTATION EN CAS DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX DE CHIMIOTHÉRAPIE OU DE RADIOTHÉRAPIE DU BÉNÉFICIAIRE ... 9
4.2.4 PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE D'UN ENFANT BÉNÉFICIAIRE ... 10
4.2.4.1 Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de moins 16 ans ... 10
4.2.4.2 École à domicile ou Soutien Scolaire en ligne ... 10
4.2.5 PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE, SUITE À UNE MALADIE, UN ACCIDENT OU UNE BLESSURE LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE OU DANS LES DROM ... 10
4.2.5.1 Conseil médical en cas de maladie ou d'accident ou de blessure ... 10
4.2.5.2 Transfert médical ... 10
4.2.5.3 Retour des accompagnants ... 10
4.2.6 PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM ... 10
4.2.6.1 Déplacement et hébergement d'un proche ... 10
4.3 PRESTATIONS D'ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRES ET SPÉCIFIQUES AUX AIDANTS ... 11
4.3.1 BILAN PSYCHO-SOCIAL DE LA SITUATION ... 11
4.3.2 ASSISTANCE PRÉVENTIVE ... 11
4.3.2.1 Prévention de l'épuisement de l'aidant ... 11
4.3.2.2 Santé et bien-être de l'aidant ... 11
4.3.2.3 Soutien pour la vie quotidienne ... 11
4.3.2.4 Soutien au maintien de l'activité professionnelle de l'aidant ... 11
4.3.3 ASSISTANCE EN CAS DE SITUATION DE CRISE ... 11
4.3.3.1 Empêchement de l'aidant lié à son état de santé ... 11
4.3.3.2 Épuisement de l'aidant ... 11
4.3.3.3 Dégradation de l'état de santé de la personne aidée ... 11
4.3.4 FIN DE LA SITUATION D'AIDANT ... 12
4.3.4.1 Lorsque la personne aidée retrouve ses capacités ... 12
4.3.4.2 Lorsque la personne aidée décède ... 12
4.4 PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS ... 12
4.4.1 ENREGISTREMENT ET RESPECT DES VOLONTÉS ... 12
4.4.2 CONSEIL DEVIS OBSÈQUES ... 12
4.4.3 PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS DU BÉNÉFICIAIRE EN FRANCE ... 12
4.4.3.1 Service d'accompagnement et d'écoute ... 12
4.4.3.2 Aide à domicile ... 12
4.4.3.3 Autres prestations de bien-être et de soutien en substitution ... 12
4.4.3.4 Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge ... 12
4.4.3.5 Garde ou transfert des personnes dépendantes ... 12
4.4.3.6 Prise en charge des animaux domestiques ... 12
4.4.3.7 Dispositif de téléassistance ... 13
4.4.3.8 Avance de fonds ... 13
4.4.4 PRESTATION EN CAS DE DÉCÈS D'UN PROCHE DU BÉNÉFICIAIRE EN FRANCE ... 13
4.4.4.1 Retour prématuré ... 13
4.4.5 PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS DU BÉNÉFICIAIRE À PLUS DE 50 KILOMETRES DU DOMICILE ET DANS LE MONDE ENTIER ... 13
4.4.5.1 Transfert ou rapatriement du corps ou de l'urne cinéraire ... 13
4.4.5.2 Assistance des proches en cas de décès ... 13
4.4.5.3 Retour des bénéficiaires et/ou de l'accompagnant ... 13
4.4.5.4 Mise à disposition d'un taxi ... 13
ARTICLE 5 - CADRE JURIDIQUE ... 13
5.1 ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE ... 13
5.2 CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES ... 13
5.2.1 COMPORTEMENT ABUSIF ... 13
5.2.2 RESPONSABILITÉ ... 13
5.2.3 CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES ... 13
5.3 EXCLUSIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS ... 14
5.4 NULLITÉ DE LA PRESTATION ... 14
5.5 RECOURS ... 14
5.6 SUBROGATION ... 14
5.7 PRESCRIPTION ... 14
5.8 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES ... 14
5.9 RÉCLAMATION ET MÉDIATION ... 15
5.10 AUTORITÉ DE CONTRÔLE ... 15
DÉFINITIONS ... 15

ARTICLE 1 - CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES ASSISTANCE À DOMICILE

1.1 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 :
- l'adhérent à la Mutuelle MNT,
- ses ayants droit.

1.2 PRISE D'EFFET ET DURÉE DES GARANTIES

La garantie d'assistance prend effet à la même date de souscription que les garanties des contrats MNT SANTÉ ou MNT HOSPITALISATION.
La garantie d'assistance suit le sort du contrat souscrit par l'adhérent auprès de la MNT.

1.3 COUVERTURE GÉOGRAPHIQUE

La couverture géographique d'assistance est valable :
- au domicile, pour l'assistance de tous les jours,
- pour tout déplacement° en France ou dans les DROM* (au-delà de 50 kilomètres du domicile, pour la prestation " Transfert médical"),
- dans le monde entier pour l'Assistance en cas de décès**.

° Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.
*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.
** Uniquement pour les adhérents au contrat MNT SANTÉ Confort, Optimale, Intégrale ou au contrat MNT HOSPITALISATION.

1.4 FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance de l'offre **MNT SANTÉ ESSENTIELLE** s'appliquent à la suite de faits générateurs suivants survenant au bénéficiaire et tels que définis dans la présente notice d'information :
- une hospitalisation,
- une immobilisation,
- une maternité,
- un traitement anticancéreux.

Les garanties d'assistance de l'offre **MNT SANTÉ CONFORT, OPTIMALE, INTEGRALE ou l'offre MNT HOSPITALISATION** s'appliquent à la suite de faits générateurs suivants survenant au bénéficiaire et tels que définis dans la présente notice d'information :
- une hospitalisation dès l'ambulatoire,
- une immobilisation,
- une maternité,
- un traitement anticancéreux,
- une situation d'aidant,
- le décès.

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 psycho-social, de prévention, d'aide aux démarches sont acquises en tout temps.

1.5 MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

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

Par téléphone : N°Cristal 09 72 72 02 02
APPEL NON SURTAXE

Pour les bénéficiaires résidant dans les DROM, ou appelant de l'étranger :
Par téléphone : 00 33 9 72 72 02 02
Pour toute transmission de documents médicaux uniquement, merci de les adresser à :
medecinconseil@rmassistance.fr

SANS OUBLIER :
- de rappeler votre numéro d'adhérent,
- de préciser votre nom, prénom et adresse.

Lors de votre premier appel, un numéro d'assistance vous sera communiqué : rappelez-le systématiquement, lors de toutes vos relations ultérieures avec l'Assisteur.
Toute demande d'assistance doit nous être formulée par téléphone au maximum dans les trente jours (30 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 le Service d'Assistance dès confirmation de sa date de sortie effective. Si cette date devait être décalée le Bénéficiaire doit en avertir immédiatement le Service d'Assistance afin de différer les prestations prévues initialement.
Pour le transfert/rapatriement de corps en cas de décès, le conseil et le transfert médical, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la date de survenue du fait générateur rattaché à cette demande.
Pour les traitements anticancéreux, la demande d'assistance devra être formulée dans les 48 heures après la séance.
Pour toutes demandes effectuées hors des délais indiqués pour le déclenchement de ces prestations, le Service d'Assistance 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.

1.6 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 sur les jours ouvrés.
L'urgence, justifiant 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.

1.7 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.
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 et par conséquent ne prend pas en charge les frais correspondants.
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 ne participe pas aux dépenses que le bénéficiaire a engagées de sa propre initiative.

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 le cadre de l'Assistance à domicile, en France ou dans les DROM, l'Assisteur met tout en œuvre dans le cadre de son obligation de moyens, dès l'appel de l'un des bénéficiaires, pour répondre au plus vite à la demande. 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).
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.
Dans le cadre d'un soutien psychologique ou d'un accompagnement social, l'Assisteur soumis à une obligation de moyens concernant la mise en œuvre des prestations d'accompagnement, s'engage à :
- fixer le premier rendez-vous téléphonique dans les 5 jours ouvrés suivant le premier contact avec le Bénéficiaire,
- 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'assistante sociale, conseillère en économie sociale et familiale et psychologue.

ARTICLE 2 - GARANTIES DÈS LA SOUSCRIPTION

2.1 ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

L'accompagnement est réalisé par des assistantes sociales ou Conseillères en Économie Sociale et Familiale sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels, du lundi au vendredi, hors jours fériés.
Le service social peut vous aider et vous informer dans les domaines suivants :
soutien en cas d'aléas de santé : aide à domicile, adaptation du logement et/ou du poste de travail, ouverture de droits (invalidité, handicap, retraite...).
Un accompagnement social adapté est proposé aux aidants pour :
- rechercher et financer des solutions de répit (hébergement temporaire, accueil de jour...),
- organiser et financer du soutien à domicile (aide et soins à domicile...),
- faciliter la conciliation vie professionnelle/vie privée (congé, allocations...).

Un conseil personnalisé concernant les Services à la Personne peut être prodigué pour :
- trouver l'organisme (aide à domicile, aide aux familles, aide aux déplacements...),
- constituer des dossiers de demande de financement (Caisses de retraite, APA, aide sociale...),
- rechercher, si la situation le justifie, une aide au financement des restes à charge.

En cas de décès, le proche pourra bénéficier d'un accompagnement social pour :
- réaliser les démarches administratives,
- rechercher des aides pour le financement des obsèques,
- faciliter une nouvelle organisation de la famille.

2.2 SERVICE D'INFORMATIONS ET DE SOUTIEN PAR TELEPHONE

Le service de renseignements téléphoniques apporte une aide et des conseils dans les domaines de la vie courante et en matière de santé.

2.2.1 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 ouvrées. Nos prestations de conseils et 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.

2.2.2 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.

2.3 EN CAS D'ÉVÈNEMENT TRAUMATISANT : SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Le soutien est réalisé par des psychologues, **sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels, limités à 10 par année civile.**
Un soutien peut être proposé à l'adhérent ou à son ayant droit pour des problématiques de santé pour :
- l'annonce d'une maladie,
- le parcours de soins,
- l'image de soi, gestion des douleurs,
- l'impact de la maladie sur l'équilibre de vie.

Un soutien psychologique adapté est proposé aux aidants pour :
- travail autour de la culpabilité,
- réflexion autour des rôles dans le couple ou dans la famille,
- prévention de l'épuisement,
- au moment du deuil de la personne aidée.

En cas de décès, le proche pourra recourir au service de soutien psychologique afin de l'accompagner dans son travail de deuil.
Après évaluation du psychologue et adhésion du bénéficiaire, un suivi thérapeutique de proximité peut être proposé et organisé.

2.4 RECHERCHE DE MÉDECIN, INFIRMIÈRE, INTERVENANT PARAMÉDICAL

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, l'Assisteur communique les coordonnées d'un médecin.
De la même façon, l'Assisteur, peut en dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, communiquer les coordonnées d'une infirmière ou des intervenants paramédicaux.

2.5 TRANSPORT EN AMBULANCE

Hors urgence médicale, l'Assisteur organise, sur prescription médicale, le transport du bénéficiaire, dans un rayon de 50 kilomètres du domicile, par ambulance ou véhicule sanitaire léger

entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicalement adapté. Si son état de santé le nécessite, l'Assisteur organise son retour au domicile par l'un de ces moyens.
Les frais de transport demeurent à la charge du bénéficiaire.

ARTICLE 3 - GARANTIES LIÉES À L'OFFRE MNT SANTÉ ESSENTIELLE

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

3.1 PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION, DE MATERNITÉ, D'IMMOBILISATION, DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX

3.1.1 PRESTATIONS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE

3.1.1.1 Acheminement de 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 50 kilomètres du domicile du bénéficiaire.**
Cette prestation est limitée à une fois par fait générateur.

3.1.2 PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 48 HEURES OU EN CAS DE MATERNITÉ

3.1.2.1 Aide à domicile

L'Assisteur met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, **à concurrence 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.

3.1.2.2 Portage de repas

Le portage d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de préparer eux-mêmes les repas ou de les faire préparer par l'entourage. La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider à composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique).
Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.
Sont considérés comme repas le déjeuner et le dîner. Le petit-déjeuner est exclu de la garantie.

3.1.2.3 Livraison de courses

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

3.1.2.4 Coiffure à domicile

Le déplacement d'un coiffeur au domicile lorsque l'adhérent ou son conjoint, a besoin de soin de coiffure. **La prise en charge est limitée à un seul déplacement et à une prestation classique de coiffure (shampoing, coupe, brushing) par événement.**

3.1.2.5 Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge

Si le bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, d'enfants handicapés sans limite d'âge ou s'il s'agit de l'hospitalisation 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 pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité. La garde s'entend de jour (8 h-20 h) du lundi au vendredi, hors jours fériés.**

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 ;
- 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.

3.1.2.6 Conduite aux activités extra scolaires

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

3.1.2.7 Aide aux devoirs

L'Assisteur organise et prend en charge un soutien pédagogique au domicile auprès des enfants du primaire au secondaire dans les matières principales (français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1ère et 2ème langues vivantes), **à raison de 2 heures par enfant et par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés.**
Cette garantie s'applique pendant la durée d'hospitalisation ou d'immobilisation et sur une période maximale de 4 semaines.

3.1.2.8 Garde des personnes dépendantes

Si le bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et 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 pendant ou après l'hospitalisation ou la maternité. La garde s'entend de jour (8 h-20 h) du lundi au vendredi, hors jours fériés ;**
- 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.

3.1.2.9 Prise en charge des animaux domestiques

L'Assisteur prend en charge l'une des garanties suivantes :
- la garde de l'animal dans un centre agréé ;
- la visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un «pet sitter » ;
- la garde au domicile de l'adhérent par un « pet sitter » ;
- la garde de l'animal chez un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller – retour et les frais de « pet sitter ». **Le nombre d'interventions est évalué par l'Assisteur selon la situation et est limitée à 30 jours avec un maximum de 300 euros TTC.** Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal. **Cela ne s'applique pas aux rations ménagères (litière…). Les frais d'alimentation de l'animal demeurent à la charge de l'adhérent.**
Cette garantie est conditionnée à la mise à disposition pour le « pet sitter » des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux.
Cette garantie s'applique à la condition que les animaux aient reçu les vaccinations obligatoires.
Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centre de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centre de convalescence, en maison de repos et centre de cure thermale.

3.1.2.10 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.

3.1.2.11 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 sur son lieu d'hospitalisation.

3.1.2.12 Portage d'espèces

Le transport aller - retour dans un établissement bancaire proche du domicile, ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, **pour un montant maximum de 150 euros TTC** lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

La somme avancée devra être remboursée à l'Assisteur dans un délai de 30 jours à compter de la date de mise à disposition des espèces.

3.1.2.13 Bilan situationnel par un ergothérapeute / Diagnostic habitat

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une **hospitalisation imprévue de plus de 10 jours** de l'adhérent ou de son conjoint, l'Assisteur peut transmettre les coordonnées d'un ergothérapeute pour intervenir au domicile.

L'ergothérapeute peut évaluer la personne dans son lieu de vie (bilan de la situation de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie). Cette évaluation est complétée par un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile.

Suite au Bilan Situationnel / Diagnostic Habitat, l'Assisteur met en relation avec son réseau de partenaires artisans pour une aide à la réalisation des travaux d'aménagement.

Le prix de la prestation de l'ergothérapeute demeure à la charge du bénéficiaire.

3.1.2.14 Bilan Social

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une **hospitalisation imprévue de plus de 10 jours** de l'adhérent ou de son conjoint, l'Assisteur organise et prend en charge un bilan social réalisé par un Travailleur Social. Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de l'aidé en prenant en compte sa ou ses problématiques.

Il identifie avec l'aidant les solutions les plus adaptées à la situation :

- choix du lieu de vie,
- recherche des aides financières possibles,
- identification des ressources locales (accueil de jours, associations...),
- mise en place de l'organisation la plus pertinente,
- identification des priorités et envoi d'une synthèse à l'aidant, avec des préconisations personnalisées sur sa situation.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, et doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

3.1.3 PRESTATION EN CAS DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX DE CHIMIOTHÉRAPIE OU DE RADIOTHÉRAPIE DU BÉNÉFICIAIRE

L'Assisteur met à la disposition du bénéficiaire un **forfait annuel de 24 heures d'aide à domicile à répartir sur une durée de 12 mois,** en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile. Cette prestation s'organise :

Dans le cadre des chimiothérapies protocolisées, **à raison de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent chaque séance de chimiothérapie, dès lors qu'elles sont espacées d'au minimum 15 jours ;**

Dans le cadre des radiothérapies, **le nombre d'heures attribué ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin ;**

Lorsque le traitement est un traitement de chimiothérapie à prise journalière, **le nombre d'heures attribué ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin.**

Pour pouvoir bénéficier de ces prestations, le bénéficiaire doit contacter l'Assisteur dans un délai de 48 heures après chaque séance.

3.1.4 PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE D'UN ENFANT BÉNÉFICIAIRE

3.1.4.1 Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de moins 16 ans

Afin de permettre au bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où l'un de ses enfants est malade ou blessé au domicile, l'Assisteur propose au bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile **pour une période de 5 jours ouvrés maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour (La garde s'entend de jour de 8 h à 20 h du lundi au vendredi, hors jours fériés.)** ou si le bénéficiaire le souhaite, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par mail à medecinconseil@rmassistance.fr ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'Assistance MNT - à l'attention du médecin-conseil - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

Le bénéficiaire devra impérativement communiquer au médecin-conseil de l'Assisteur les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. Le bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre le médecin-conseil de l'Assisteur par téléphone (autant que nécessaire).

3.1.4.2 École à domicile ou Soutien Scolaire en ligne

La prestation « École à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, à compter du 14ème jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant. Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Education Nationale.

Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

L'Assisteur oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge :

- soit les coûts non défiscalisables occasionnés ou l'organisation de la prestation **dans la limite d'un maximum de 15 heures de cours par semaine (avec un maximum de 3 heures par jour), tous cours confondus (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant),** en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie ;
- soit l'accès à la plateforme de soutien scolaire de l'Assisteur.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1ère et 2ème langues vivantes.

Si des cours sont demandés par le bénéficiaire au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'Assisteur, ils seront financièrement à sa charge.

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

Justificatifs

Le bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'Assisteur un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Délai de mise en place

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

3.1.5 PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE, SUITE À UNE MALADIE, UN ACCIDENT OU UNE BLESSURE LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE OU DANS LES DROM

3.1.5.1 Conseil médical en cas de maladie ou d'accident ou de blessure

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

3.1.5.2 Transfert médical

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose des prescriptions ou prestations médicales.
Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- le transfert du bénéficiaire vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient ;
- en cas d'accident ayant nécessité un passage aux urgences ou une hospitalisation entrainant une immobilisation, l'organisation et la prise en charge du retour au domicile du bénéficiaire, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteur et si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé.

L'Assisteur prend en charge les frais correspondants restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente préalable ait été faite auprès de la Sécurité Sociale. **Les transferts médicaux d'un établissement hospitalier vers un autre établissement de soins, pour raisons de confort ou rapprochement familial, sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur.** Ainsi, l'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et, la famille du bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

IMPORTANT : Tout refus par le bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne la nullité du bénéfice de la prestation.

3.1.5.3 Retour des accompagnants

Lorsqu'un bénéficiaire est transporté dans le cas d'un accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation, entrainant une immobilisation, l'Assisteur organise et prend en charge le transport des proches se déplaçant avec lui jusqu'au domicile de celui-ci si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé par ces proches.

3.1.6 PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM

3.1.6.1 Déplacement et hébergement d'un proche

Dans le cas où l'état du bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'Assisteur organise et prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le bénéficiaire a son domicile principal. L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais **à concurrence de 125 euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits.** Dans le cas où un membre de la famille ou une personne désignée par le bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'Assisteur organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. **L'Assisteur participe aux frais d'hébergement à concurrence de 125 euros TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits.** L'Assisteur prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur, dans les meilleurs délais.

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

ARTICLE 4 - GARANTIES LIÉES À L'OFFRE MNT SANTÉ (CONFORT, OPTIMALE, INTÉGRALE) OU À L'OFFRE MNT HOSPITALISATION

L'Assisteur propose la mise en place du service d'aide à domicile (4.1) et d'une ou des prestations d'Assistance adaptées (4.2) après évaluation de la situation et des besoins en lien avec le fait générateur.

En cas d'hospitalisation, de maternité, d'immobilisation, de traitement anticancéreux

4.1 PRESTATIONS DE SERVICE D'AIDE À DOMICILE

4.1.1 PRESTATIONS DÈS UNE HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE, EN CAS DE MATERNITÉ OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS OU PRÉVUE DE PLUS DE 10 JOURS

L'Assisteur met à disposition du bénéficiaire une aide à domicile, **à concurrence d'un maximum de 10 heures.**

Elle peut être portée à un maximum de 15 heures, dans le cas où le bénéficiaire :

- **a un enfant à charge de moins de 10 ans,**
- **a un enfant handicapé à charge,**
- **vit seul,**
- **a un conjoint handicapé ou dépendant.**

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

4.2 PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES D'ASSISTANCE

4.2.1 PRESTATIONS EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE AU DOMICILE

4.2.1.1 Acheminement de 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 50 kilomètres du domicile du bénéficiaire.**

Cette prestation est limitée à une fois par fait générateur.

4.2.2 PRESTATIONS DÈS UNE HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE EN CAS DE MATERNITÉ OU EN CAS D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS OU PRÉVUE DE PLUS DE 10 JOURS

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

4.2.2.1 Portage de repas

Le portage d'un pack de 5 à 7 jours de repas lorsque ni l'adhérent, ni son conjoint, ni leurs proches ne sont en mesure de préparer eux-mêmes les repas ou de les faire préparer par l'entourage. La solution de portage de repas permet, lors de la commande, de trouver une écoute pour aider a composer ses repas en fonction de ses choix alimentaires et/ou d'un régime spécifique (diabétique, contrôlé en sodium, hypocalorique).

Il sera proposé un large choix de plats équilibrés et renouvelés en fonction des saisons.

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

4.2.2.2 Livraison de courses

Lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure de faire les courses. **L'Assisteur prend en charge la livraison d'une commande par semaine.**

Les frais de livraison seront remboursés sur présentation d'un justificatif. Lorsque les disponibilités locales ne permettent pas le service de livraison à domicile, l'Assisteur organise et prend en charge la livraison par taxi. **Le prix des courses demeure à la charge de l'adhérent.**

4.2.2.3 Coiffure à domicile

Le déplacement d'un coiffeur au domicile lorsque l'adhérent ou son conjoint, a besoin de soin de coiffure. **La prise en charge est limitée à un seul déplacement et à une prestation classique de coiffure (shampoing, coupe, brushing) par événement.**

4.2.2.4 Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge

Si le bénéficiaire a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans, d'enfants handicapés sans limite d'âge ou s'il s'agit de l'hospitalisation ou 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 pendant ou après l'hospitalisation et la maternité ou pendant l'immobilisation. La garde s'entend de jour (8h - 20h) du lundi au vendredi, hors jours fériés.** 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 ;
- 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.

4.2.2.5 Conduite aux activités extra scolaires

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

4.2.2.6 Aide aux devoirs

L'Assisteur organise et prend en charge un soutien pédagogique au domicile auprès des enfants du primaire au secondaire dans les matières principales (français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1ère et 2ème langues vivantes), **à raison de 2 heures par enfant et par semaine, hors vacances scolaires et jours fériés.**

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

4.2.2.7 Garde des personnes dépendantes

Si le bénéficiaire a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et 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 pendant ou après l'hospitalisation et la maternité ou pendant l'immobilisation. La garde s'entend de jour (8h - 20h) du lundi au vendredi, hors jours fériés ;**
- 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.

4.2.2.8 Prise en charge des animaux domestiques

L'Assisteur prend en charge l'une des garanties suivantes :

- la garde de l'animal dans un centre agréé ;
- la visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter » ;
- la garde au domicile de l'adhérent par un « pet sitter » ;
- la garde de l'animal chez un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller – retour et les frais de « pet sitter ». **Le nombre d'interventions est évalué par l'Assisteur selon la situation et est limitée à 30 jours avec un maximum de 300 euros TTC.** Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal. Cela ne s'applique pas aux rations ménagères (litière…).

Les frais d'alimentation de l'animal demeurent à la charge de l'adhérent.

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

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

Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centre de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centre de convalescence, en maison de repos et centre de cure thermale.

4.2.2.9 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

4.2.2.10 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.

4.2.2.11 Portage d'espèces

Le transport aller - retour dans un établissement bancaire proche du domicile, ou bien le portage d'espèces contre reconnaissance de dette, par un de ses prestataires, **pour un montant maximum de 150 euros TTC** lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ne disposent plus d'espèces et ne peuvent s'en procurer.

La somme avancée devra être remboursée à l'Assisteur dans un délai de 30 jours à compter de la date de mise à disposition des espèces.

4.2.2.12 Bilan situationnel par un ergothérapeute / Diagnostic habitat

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une **hospitalisation imprévue de plus de 10 jours** de l'adhérent ou de son conjoint.

L'Assisteur peut transmettre les coordonnées d'un ergothérapeute pour intervenir au domicile.

L'ergothérapeute peut évaluer la personne dans son lieu de vie (bilan de la personne, bilan matériel de l'environnement de vie).

Cette évaluation est complétée par un rapport (croquis des aménagements et règles d'accessibilité) préconisant des solutions d'aménagement du domicile.

Suite au Bilan Situationnel / Diagnostic Habitat, l'Assisteur met en relation avec son réseau de partenaires artisans pour une aide à la réalisation des travaux d'aménagement.

Le prix de la prestation de l'ergothérapeute demeure à la charge du bénéficiaire.

4.2.2.13 Bilan Social

En cas d'accident ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une **hospitalisation imprévue de plus de 10 jours** de l'adhérent ou de son conjoint.

L'Assisteur organise et prend en charge un bilan social réalisé par un Travailleur Social. Celui-ci évalue les besoins d'aide et d'accompagnement de l'aidé en prenant en compte sa ou ses problématiques.

Il identifie avec l'aidant les solutions les plus adaptées à la situation :

- choix du lieu de vie,
- recherche des aides financières possibles,
- identifier les ressources locales (accueil de jours, associations…),
- mise en place de l'organisation la plus pertinente,
- identification des priorités et envoi d'une synthèse à l'aidant, avec des préconisations personnalisées sur sa situation.

Cette garantie est accessible du lundi au vendredi, hors jours fériés, et doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement.

4.2.3 PRESTATION EN CAS DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX DE CHIMIOTHÉRAPIE OU DE RADIOTHÉRAPIE DU BÉNÉFICIAIRE

L'Assisteur met à la disposition du bénéficiaire une aide à domicile, en cas de séances de radiothérapie ou chimiothérapie dispensées en milieu hospitalier ou prescrites en traitement à domicile. Cette prestation s'organise :

Dans le cadre des chimiothérapies protocolisées, **à raison de 2 fois 2 heures dans les 15 jours qui suivent chaque séance de chimiothérapie, dès lors qu'elles sont espacées d'au minimum 15 jours, et ce pendant toute la durée du traitement ;**

Dans le cadre des radiothérapies, **le nombre d'heures attribué ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin ;**

Lorsque le traitement est un traitement de chimiothérapie à prise journalière, **le nombre d'heures attribué ne pourra excéder 2 heures d'aide à domicile par semaine de soin.**

Pour pouvoir bénéficier de ces prestations, le bénéficiaire doit contacter l'Assisteur dans un délai de 48 heures après chaque séance.

4.2.4 PRESTATIONS EN CAS DE MALADIE OU BLESSURE D'UN ENFANT BÉNÉFICIAIRE

4.2.4.1 Garde d'enfants malades ou blessés à domicile de moins 16 ans

Afin de permettre au bénéficiaire de continuer à assurer son activité professionnelle au cas où l'un de ses enfants est malade ou blessé au domicile, l'Assisteur propose au bénéficiaire l'organisation et la prise en charge d'une garde d'enfants compétente à domicile **pour une période de 5 jours ouvrés maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour (La garde s'entend de jour (8 h-20 h) du lundi au vendredi, hors jours fériés)** ou si le bénéficiaire le souhaite, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour d'un proche jusqu'au domicile, pour garder les enfants.

Justificatifs

Toute demande doit être justifiée par un certificat médical adressé par mail à medecinconseil@rmassistance.fr ou sous pli confidentiel à : Plateforme d'Assistance MNT - à l'attention du médecin-conseil - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX, indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé.

Le bénéficiaire devra impérativement communiquer au médecin-conseil de l'Assisteur les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte qu'il puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui. Le bénéficiaire autorisera la personne qui gardera l'enfant à joindre le médecin-conseil de l'Assisteur par téléphone (autant que nécessaire).

4.2.4.2 École à domicile ou Soutien Scolaire en ligne

La prestation « École à domicile » est acquise en cas de maladie ou d'accident immobilisant l'enfant à son domicile ou à l'hôpital et ce, à compter du 14ème jour calendaire d'absence scolaire consécutive de l'enfant. Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Education Nationale. **Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires, ni les jours fériés et elle cesse dès que l'enfant a repris ses cours et en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.**

L'Assisteur oriente, conseille et accompagne les parents pour la mise en place de cette prestation dans les meilleurs délais et prendra en charge :

- soit les coûts non défiscalisables occasionnés ou l'organisation de la prestation **dans la limite d'un maximum de 15 heures de cours par semaine (avec un maximum de 3 heures par jour), tous cours confondus (avec un minimum de 2 heures de cours par déplacement de l'intervenant),** en fonction de l'âge de l'enfant et de la classe suivie ;
- soit l'accès à la plateforme de soutien scolaire de l'Assisteur.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale de l'enseignement général ou technique dans les matières principales : français, philosophie, histoire-géographie, mathématiques, sciences économiques et sociales, sciences de la vie et de la terre, physique-chimie, 1ère et 2ème langues vivantes.

Si des cours sont demandés par le bénéficiaire au-delà du nombre d'heures défini par semaine par l'Assisteur, ils seront financièrement à sa charge.

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

Justificatifs

Le bénéficiaire doit justifier sa demande en adressant à l'équipe médicale de l'Assisteur un certificat de scolarité ainsi qu'un certificat médical justifiant l'intervention. Ce certificat doit préciser que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation.

Délai de mise en place

Un délai maximum de 48 heures peut intervenir à compter de l'appel pour rechercher et acheminer le répétiteur.

4.2.5 PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE, SUITE À UNE MALADIE, UN ACCIDENT OU UNE BLESSURE LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE OU DANS LES DROM

4.2.5.1 Conseil médical en cas de maladie ou d'accident ou de blessure

Le conseil médical est l'avis que l'un des médecins de l'équipe médicale de l'Assisteur donne à un bénéficiaire malade ou blessé, au cours d'un déplacement. Les médecins de l'Assisteur sont mobilisés à l'instant même où l'information leur parvient. L'un des médecins de l'Assisteur se met alors en rapport avec le médecin qui a administré les premiers soins et, s'il y a lieu, avec le médecin traitant afin de déterminer avec précision la situation dans laquelle se trouve le malade ou le blessé. Le médecin de l'Assisteur propose les solutions qui lui paraissent les mieux adaptées à son état. La proposition ainsi faite constitue le conseil médical qui, dès qu'il est approuvé par le bénéficiaire ou son représentant, déclenche l'exécution des prestations et prescriptions médicales, telles qu'elles sont proposées par le médecin de l'Assisteur.

4.2.5.2 Transfert médical

En application du conseil médical ci-dessus défini, le médecin de l'Assisteur propose des prescriptions ou prestations médicales.

Celles-ci peuvent être :

- la poursuite du traitement, un transfert pouvant être effectué ultérieurement, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient,
- le transfert du bénéficiaire vers un établissement de soins mieux adapté aux problèmes de santé du patient, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient,
- en cas d'accident ayant nécessité un passage aux urgences ou une hospitalisation entrainant une immobilisation, l'organisation et la prise en charge du retour au domicile du bénéficiaire, après accord et/ou prescription du médecin ayant pris en charge le patient et accord de l'équipe médicale de l'Assisteur et si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé.

L'Assisteur prend en charge les frais correspondants restant à charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité Sociale et d'éventuels organismes complémentaires et sous condition qu'une demande d'entente préalable ait été faite auprès de la Sécurité Sociale. **Les transferts médicaux d'un établissement hospitalier vers un autre établissement de soins, pour raisons de confort ou rapprochement familial, sont exclus d'une éventuelle prise en charge. Par ailleurs, aucun transport ne peut être pris en charge par l'Assisteur, s'il n'a pas été préalablement décidé par le médecin de l'Assisteur.** Ainsi, l'Assisteur ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés. Aucun transfert ne peut être effectué sans l'accord préalable du bénéficiaire ou celui de son représentant, exception faite d'états comateux nécessitant un transfert d'urgence.

Conditions applicables aux interventions liées à un événement d'ordre médical :

Dans tous les cas, la décision d'assistance appartient exclusivement au médecin de l'Assisteur, après contact avec le médecin traitant sur place et, la famille du bénéficiaire. Seul l'intérêt médical du bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen utilisé pour ce transport et l'éventuel lieu d'hospitalisation.

IMPORTANT : Tout refus par le bénéficiaire ou par son médecin traitant, soit des prestations, soit des prescriptions médicales proposées par l'Assisteur entraîne la nullité du bénéfice de la prestation.

4.2.5.3 Retour des accompagnants

Lorsqu'un bénéficiaire est transporté dans le cas d'un accident faisant suite à un passage aux urgences ou une hospitalisation, entrainant une immobilisation, l'Assisteur organise et prend en charge le transport des proches se déplaçant avec lui jusqu'au domicile de celui-ci si le moyen de transport initialement prévu ne peut être utilisé par ces proches.

4.2.6 PRESTATIONS EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE PLUS DE 5 JOURS LORS D'UN DÉPLACEMENT À PLUS DE 50 KILOMÈTRES DU DOMICILE EN FRANCE OU DANS LES DROM

4.2.6.1 Déplacement et hébergement d'un proche

Dans le cas où l'état du bénéficiaire non accompagné ne justifie pas ou empêche un transfert ou un retour immédiat, et que son hospitalisation sur place doit dépasser 5 jours, l'Assisteur organise et prend en charge pour un proche ou une personne désignée par lui, le transport aller/retour pour lui permettre de se rendre à son chevet ; ceci uniquement au départ du pays où le bénéficiaire a son domicile principal. L'Assisteur organise le séjour à l'hôtel de cette personne et participe aux frais **à concurrence de 125 euros TTC par nuit avec un maximum de 5 nuits.** Dans le cas où un

membre de la famille ou une personne désignée par le bénéficiaire se trouve déjà sur place, l'Assisteur organise son séjour à l'hôtel, pour lui permettre de rester à son chevet. **L'Assisteur participe aux frais d'hébergement à concurrence de 125 euros TTC par nuit, avec un maximum de 5 nuits.** L'Assisteur prend également en charge le retour de cette personne, si elle ne peut utiliser les moyens initialement prévus, étant entendu qu'elle effectuera elle-même les démarches lui permettant de se faire rembourser son titre de transport et que la somme ainsi récupérée sera versée à l'Assisteur, dans les meilleurs délais.

Les frais de restauration ne sont pas pris en charge par l'Assisteur.

4.3 PRESTATIONS D'ASSISTANCE COMPLÉMENTAIRES ET SPÉCIFIQUES AUX AIDANTS

4.3.1 BILAN PSYCHO-SOCIAL DE LA SITUATION

A tout moment, l'aidant peut solliciter l'expertise du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pour faire le point sur la situation. A l'issue de cet entretien, un accompagnement téléphonique sera proposé :

- pour un soutien moral par des psychologues **dans la limite de 10 entretiens par année civile,**
- pour une aide aux démarches sociales avec des assistantes sociales,
- pour une aide à la gestion du quotidien avec des conseillères en économie sociale et familiale,
- pour des appels de convivialité par un écoutant social.

Les professionnels de l'équipe sont soumis à la confidentialité et le coût des accompagnements est pris en charge par l'Assisteur.

En complément, l'Assisteur met à disposition l'accès à une plateforme digitale dédiée aux aidants permettant aux bénéficiaires, selon leur profil et leur secteur d'habitation, de recevoir des informations personnalisées, actualisées et évolutives :

- portail d'informations et d'actualités géolocalisées et personnalisées, accès à des services en ligne, avec possibilité de renvoi vers l'Assisteur pour un contact avec des professionnels.

4.3.2 ASSISTANCE PRÉVENTIVE

À tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur sur son sentiment d'épuisement. Un accompagnement pourra être initié ou repris à cette occasion chaque fois que nécessaire.

De même, si l'aidant le souhaite, les professionnels de l'équipe pluridisciplinaire pourront organiser des appels systématiques à intervalles définis ensemble.

Toutefois, les prestations décrites aux articles 4.3.2.1, 4.3.2.2, 4.3.2.3 et 4.3.2.4 ne pourront être délivrées qu'une seule fois par année civile.

4.3.2.1 Prévention de l'épuisement de l'aidant

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif) **à hauteur d'une enveloppe financière maximum de 300 euros TTC,** soit :

- une session de formation, en fonction de l'existant sur le secteur d'habitation, portant sur le rôle d'aidant et/ou sur les gestes et postures ;
- l'acquisition de matériel paramédical ou aides techniques adaptés ;
- une session de médiation avec un professionnel titulaire d'un diplôme d'Etat (DE).

4.3.2.2 Santé et bien-être de l'aidant

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge (sur justificatif), soit :

- l'accès à une activité physique adaptée à domicile ou dans un club, **à concurrence d'un maximum de 3 séances ;**
- la mise en place d'une présence à domicile pendant l'absence de l'aidant pour des rendez-vous médicaux **à concurrence d'un maximum de 12 heures ;**
- l'accès à un conseil médical par téléphone.

4.3.2.3 Soutien pour la vie quotidienne

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- la mise en place d'un service de téléassistance et le financement des frais d'installation et l'abonnement **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 30 euros TTC par mois et pour une durée de 6 mois maximum ;**
- l'accès à un soutien moral entre pairs par l'inscription à une association ;
- l'accès à un réseau d'entraide et d'échanges par le financement de l'inscription le cas échéant ;
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, **à concurrence d'un maximum de 5 entretiens par année civile.**

4.3.2.4 Soutien au maintien de l'activité professionnelle de l'aidant

A tout moment, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- la mise en place d'une présence responsable et son financement **à hauteur d'un maximum de 12 heures ;**
- la mise en place d'un portage de repas et son financement **à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été prise en charge pour la présence responsable.**

4.3.3 ASSISTANCE EN CAS DE SITUATION DE CRISE

L'ensemble des prestations est délivré dans le cadre d'un accompagnement de l'équipe pluridisciplinaire :

- par un psychologue, en complément du suivi visant à mieux vivre la situation, à travailler autour des émotions générées par la situation et sur la relation aidant/aidé…
- par un travailleur social, en adéquation avec les démarches visant notamment la gestion des impacts de la maladie sur le quotidien, un accès au répit et à son financement et à la mise en relation avec un réseau d'aide de proximité…

4.3.3.1 Empêchement de l'aidant lié à son état de santé

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 avec une incapacité d'accomplir ses activités habituelles d'aidant, l'Assisteur évalue la situation du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, il organise et prend en charge (sur justificatif) l'une des prestations suivantes :

- une prestation d'aide à domicile **à concurrence d'un maximum de 15 heures sur 15 jours ;**
- une prestation de Bien-être et de Soutien, **à concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 euros TTC maximum,** telle(s) que :
  - > auxiliaire(s) de vie,
  - > entretien(s) du linge,
  - > prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
  - > petit jardinage
  - > séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
  - > service(s) de portage de repas,
  - > séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition ;
- l'organisation et le financement du coût du transport d'un proche au domicile si l'aidant partage habituellement le domicile de la personne aidée **dans la limite de 500 euros TTC ;**
- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût **à concurrence d'un maximum de 300 euros TTC.**

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

4.3.3.2 Épuisement de l'aidant

En cas de situation d'épuisement de l'aidant attestée par un certificat médical d'une part et par l'analyse du département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur d'autre part, l'Assisteur évalue la situation du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, il organise et prend en charge, sur justificatifs, l'une des prestations suivantes :

- une prestation de garde de nuit à domicile **à hauteur de 2 nuits consécutives ;**
- l'organisation d'un hébergement temporaire, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût **à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit ;**
- l'organisation d'un accueil de jour, dans la limite des places disponibles, et le financement de son coût **à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour la garde de nuit.**

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

4.3.3.3 Dégradation de l'état de santé de la personne aidée

En cas d'hospitalisation de plus de 4 jours de la personne aidée qui engendre une diminution de ses capacités attestées médicalement, l'Assisteur évalue la situation du bénéficiaire au moment de la demande d'assistance, il organise et prend en charge, sur justificatifs, l'une des prestations suivantes :

- une aide à domicile **à concurrence d'un maximum de 15 heures sur 15 jours ;**
- une prestation de Bien-être et de Soutien, **à concurrence d'une enveloppe financière globale de 300 euros TTC maximum,** telle(s) que :
  - > auxiliaire(s) de vie,
  - > entretien(s) du linge,

> prestation(s) de livraison de courses alimentaires,
> petit jardinage
> séance(s) de coiffure à domicile, de pédicure,
> service(s) de portage de repas,
> séance(s) de coaching santé ou coaching nutrition,

- une prestation de garde de nuit à domicile **à hauteur de 2 nuits consécutives ;**
- une prestation d'ergothérapeute **à concurrence d'un maximum de 4 heures d'intervention à domicile.**

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

4.3.4 FIN DE LA SITUATION D'AIDANT

A tout moment, l'aidant peut alerter le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur sur son besoin de soutien à ce nouveau changement. Un soutien (administratif, psychologique et juridique) renforcé pourra être initié à cette occasion.

Toutefois, les prestations décrites aux articles 4.3.4.1 et 4.3.4.2 ne pourront être délivrées qu'une seule fois dans l'année qui suit la fin de situation d'aidance.

4.3.4.1 Lorsque la personne aidée retrouve ses capacités

Lorsque la personne aidée est en état de rémission ou guérison médicalement constatée, le département d'accompagnement psycho-social de l'Assisteur pourra prendre en charge, soit :

- le coût d'une activité de loisirs permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses **à concurrence d'un maximum de 3 séances ;**
- l'accès à un conseil nutrition par téléphone, **à hauteur d'un maximum de 5 entretiens par année civile ;**
- l'accès pour l'aidant à une activité physique dans un club, **à concurrence d'un maximum de 3 séances.**

4.3.4.2 Lorsque la personne aidée décède

En cas de décès de la personne aidée et sur présentation de l'acte de décès, l'Assisteur organise et prend en charge, soit :

- le coût de l'inscription à une association permettant de réactiver les liens sociaux mis entre parenthèses **à hauteur du coût de la cotisation annuelle ;**
- l'accès à un conseil gestion du budget et organisation du quotidien, **à hauteur d'un maximum de 5 entretiens.**

4.4 PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

Lors du décès d'un bénéficiaire en France, l'Assisteur évalue la situation au moment de la demande d'assistance et met en place pour l'un des autres bénéficiaires, la prestation la plus adaptée à ses besoins dans la limite du plafond mentionné.

4.4.1 ENREGISTREMENT ET RESPECT DES VOLONTÉS

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

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 Bénéficiaire 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 « 1. CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES ASSISTANCE À DOMICILE - 1.1 BENEFICIAIRES » 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.

4.4.2 CONSEIL DEVIS OBSÈQUES

Ce service permet au Bénéficiaire de recueillir des conseils quant aux futures prestations qu'il souhaite pour l'organisation de ses obsèques. Si le Bénéficiaire souhaite anticiper l'organisation matérielle de ses obsèques, l'Assisteur peut le conseiller à partir des devis que le Bénéficiaire aura obtenu auprès du (ou des) organisme(s) de pompes funèbres de son choix ou bien avoir la possibilité de comparer avec les devis d'un prestataire recommandé par l'Assisteur.

4.4.3 PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS DU BÉNÉFICIAIRE EN FRANCE

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

4.4.3.1 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 psychologique assurée par un psychologue diplômé **dans la limite d'un maximum de 10 entretiens par année civile.**

4.4.3.2 Aide à domicile

Lors du décès d'un Bénéficiaire, l'Assisteur met à la disposition d'un des autres Bénéficiaires, une aide à domicile, afin de l'aider dans ses tâches quotidiennes, **à concurrence 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.

4.4.3.3 Autres prestations de bien-être et de soutien en substitution

Lors du décès d'un bénéficiaire, l'Assisteur met en place et prend en charge (sur justificatif) une autre prestation en substitution **à hauteur de l'enveloppe financière qui aurait été accordée pour l'aide à domicile pour l'un des autres bénéficiaires s'il ne souhaite pas bénéficier d'aide à domicile :**

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

4.4.3.4 Garde des enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou enfants handicapés sans limite d'âge

Lors du décès d'un bénéficiaire qui a la responsabilité d'enfants ou petits-enfants de moins de 16 ans ou d'enfants handicapés sans limite d'âge, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la garde des enfants à domicile **pendant 5 jours maximum, à raison d'un maximum de 8 heures par jour dans les 5 premiers jours qui suivent le décès.** 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 ;
- 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.

4.4.3.5 Garde ou transfert des personnes dépendantes

Lors du décès d'un bénéficiaire qui a la responsabilité de personnes dépendantes vivant à son domicile, l'Assisteur organise et 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 dans les 5 premiers jours qui suivent le décès ;**
- 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.

4.4.3.6 Prise en charge des animaux domestiques

L'Assisteur prend en charge l'une des garanties suivantes :

- la garde de l'animal dans un centre agréé ;
- la visite de l'animal au domicile de l'adhérent par un « pet sitter »;
- la garde au domicile de l'adhérent par un « pet sitter » ;
- la garde de l'animal chez un « pet sitter ».

La prise en charge comprend les frais de déplacement aller – retour et les frais de « pet sitter ». **Le nombre d'interventions est évalué par l'Assisteur selon la situation et est limitée à 30 jours avec un maximum de 300 euros TTC.** Le « pet sitter » se chargera d'acheter l'alimentation de l'animal lorsque ni l'adhérent ni son conjoint, ni l'un de leurs proches ne sont en mesure d'acheter la nourriture de l'animal. **Cela ne s'applique pas aux rations ménagères (litière...). Les frais d'alimentation de l'animal demeurent à la charge de l'adhérent.**

Lors du décès d'un bénéficiaire qui avait la responsabilité d'animaux familiers de compagnie vivant à son domicile, l'Assisteur prend en charge leur gardiennage dans un centre agréé **à concurrence d'une enveloppe budgétaire maximum de 300 euros TTC et dans la limite de 30 jours.**

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

les vaccinations obligatoires.
Cette prestation ne s'applique pas pour les séjours en centre de rééducation et Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), en centre de convalescence, en maison de repos et centre de cure thermale.

4.4.3.7 Dispositif de téléassistance

Lors du décès d'un bénéficiaire, l'Assisteur organise la mise en place d'un dispositif de téléassistance pour l'un des autres bénéficiaires 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.
Les prestations proposées ci-dessus sont définies par l'Assisteur selon les besoins du bénéficiaire.

4.4.3.8 Avance de fonds

Si l'un des autres bénéficiaires ou les proches du bénéficiaire sont subitement démunis de moyens financiers, l'Assisteur leur procure, à titre d'avance, sans intérêt, **une somme maximum de 3 050 euros TTC, pour les frais d'obsèques.**
Cette somme est remboursable dans un délai de 30 jours à compter de la date des obsèques au-delà duquel l'Assisteur est en droit d'en poursuivre le recouvrement.
A cet effet, un chèque de garantie du montant de l'avance sera exigé concomitamment à la demande.

4.4.4 PRESTATION EN CAS DE DÉCÈS D'UN PROCHE DU BÉNÉFICIAIRE EN FRANCE

4.4.4.1 Retour prématuré

Si le bénéficiaire doit interrompre son séjour en France ou à l'étranger, afin d'assister aux obsèques d'un proche, l'Assisteur prend en charge le transport aller/retour du bénéficiaire.

4.4.5 PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS DU BÉNÉFICIAIRE À PLUS DE 50 KILOMETRES DU DOMICILE ET DANS LE MONDE ENTIER

Les prestations décrites ci-dessous s'appliquent :
- en France ou dans les DROM, à plus de 50 kilomètres du domicile principal du bénéficiaire,
- lors d'un déplacement à titre privé* ou professionnel de moins de 90 jours consécutifs, pour les prestations en déplacement.

**** Sont exclus les déplacements provoqués pour des raisons médicales en milieu hospitalier.***

4.4.5.1 Transfert ou rapatriement du corps ou de l'urne cinéraire

En cas de décès du bénéficiaire lors d'un déplacement, l'Assisteur organise le rapatriement ou le transfert de la dépouille mortelle ou de ses cendres, jusqu'au lieu d'inhumation le plus proche de son domicile en France ou dans les DROM.
Le choix des sociétés intervenant dans le processus de rapatriement/transfert, (pompes funèbres, transporteurs...) est du ressort exclusif de l'Assisteur. Sous cette condition expresse, les frais de traitement post-mortem, de mise en bière et de cercueil, indispensables au transport, sont pris en charge par l'Assisteur. **Dans le cas où la famille du bénéficiaire choisit directement les sociétés intervenant dans le rapatriement ou refuse la solution proposée par l'Assisteur, les frais correspondants sont à sa charge.**
Frais non pris en charge
Sont exclus tous les frais non indispensables au transport du corps (tels que les ornements ou accessoires), les frais d'obsèques et d'inhumation ou de crémation, ainsi que les frais de convois locaux.
Retour différé du corps
A la suite d'une inhumation provisoire sur place, l'Assisteur prend en charge les frais de rapatriement/transfert. Dans tous les cas, les frais d'exhumation sont exclus.

4.4.5.2 Assistance des proches en cas de décès

Lors du décès d'un bénéficiaire, l'Assisteur se charge d'indiquer à la famille ou à un proche les formalités à accomplir vis-à-vis des organismes de Pompes Funèbres et Municipaux pour le transfert de la dépouille mortelle jusqu'au lieu d'inhumation. Si la présence sur place d'un ayant droit du bénéficiaire s'avère indispensable pour effectuer les formalités de reconnaissance ou de transfert, l'Assisteur met à la disposition et prend en charge le transport de cet ayant droit. Dans ce cas, l'Assisteur prend en charge sur justificatifs, les frais d'hébergement de la personne s'étant déplacée, **à concurrence de 125 euros TTC par jour dans la limite de 5 jours au maximum.**

4.4.5.3 Retour des bénéficiaires et/ou de l'accompagnant

L'Assisteur organise également et prend en charge le retour jusqu'au lieu d'inhumation ou de crémation en France ou dans les DROM des bénéficiaires se trouvant sur place et/ou de l'accompagnant (à condition qu'il ait la qualité de bénéficiaire de l'assuré principal), s'ils ne peuvent rentrer par les moyens initialement prévus, ainsi que les animaux familiers voyageant avec les bénéficiaires et/ou l'accompagnant.
L'Assisteur organise le transport des bénéficiaires susvisés et/ou de l'accompagnant depuis le lieu de séjour jusqu'à leur domicile habituel en France ou DROM, ou jusqu'au lieu d'inhumation en France ou dans les DROM.

4.4.5.4 Mise à disposition d'un taxi

L'Assisteur met à la disposition des bénéficiaires un taxi **à concurrence de 155 euros TTC. Cette prestation reste acquise dans la limite des trois jours suivant le décès du bénéficiaire et ne peut porter que sur des trajets en rapport avec cet évènement.**

ARTICLE 5 - CADRE JURIDIQUE

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité des contrats MNT Santé ou MNT Hospitalisation souscrits auprès de la MNT.
Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation des contrats MNT Santé ou MNT Hospitalisation souscrits auprès de la MNT pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

5.1 ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées 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 32427 - 44124 VERTOU CEDEX.

5.2 CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES

5.2.1 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.

5.2.2 RESPONSABILITÉ

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examens 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.

5.2.3 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.

5.3 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 fortuite 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.

5.4 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.

5.5 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.

5.6 SUBROGATION

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

5.7 PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'exécution des présentes conditions générales sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance,

2. 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 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 (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.

5.8 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles du bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX feront l'objet d'un traitement.

Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des bénéficiaires. A 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 légales 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 : dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX.
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 - Immeuble River Ouest - 80 quai Voltaire - 95870 BEZONS, ou par Internet à l'adresse suivante : http://www.bloctel.gouv.fr.

5.9 RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire doit contacter, à l'adresse du siège social : RMA - Direction Assistance et Accompagnement - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX. 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.

5.10 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest – 75436 PARIS CEDEX 09.

DÉFINITIONS

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la notice d'information, entendus avec les acceptions suivantes :
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 bronzage 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.

ADHÉRENT : souscripteur du contrat complémentaire MNT Santé ou MNT Hospitalisation.
AIDANT : est considéré comme proche aidant d'une personne dépendante, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, 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. L'aidant peut être le bénéficiaire lui-même, ou toute personne, qui lui vient en aide à titre non professionnel.
AIDE A 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. La durée de présence de l'aide à domicile est décidée par l'Assisteur après évaluation.
AIDÉ : l'adhérent dont la perte d'autonomie nécessite la présence d'une tierce personne pour l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne.
ANIMAUX DOMESTIQUES : chiens à l'exception des chiens de catégorie 1 (chiens d'attaque) et de catégorie 2 (chiens de garde et de défense), chats, NAC (Nouveaux Animaux de Compagnie) : lapins, oiseaux (perroquet, perruche, mandarins ou canaris), furets, tortues et rongeurs (souris, rats, octodons, chinchillas, hamsters, cochons d'inde, gerbilles, écureuils de Corée).
ASCENDANT : sont considérés comme ascendants, les parents, grands-parents, arrière-grands-parents de l'adhérent. Pour être considéré comme ayant droit de l'adhérent, l'ascendant doit : être dépendant, à charge fiscalement de l'adhérent 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.
AYANTS DROIT : les ayants droit de l'adhérent, sont ceux inscrits comme tels par cet adhérent au titre de sa garantie complémentaire santé.
BÉNÉFICIAIRES : tout adhérent domicilié en France ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants et petits-enfants sous condition d'âge selon les garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs.
CATASTROPHE NATURELLE : phénomène d'origine naturelle, tel qu'un tremblement de terre, une éruption volcanique, un raz de marée, une inondation ou un cataclysme naturel, ayant eu pour cause l'intensité anormale d'un agent naturel, et reconnu comme tel par les pouvoirs publics du pays dans lequel la catastrophe a eu lieu.
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.**
CHIMIOTHÉRAPIE : traitement du cancer par des substances chimiques qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps. Ils peuvent être administrés par perfusion, piqûre ou sous forme de comprimés.
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 de l'adhérent, 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 de l'adhérent portant mention de la charge fiscale de l'ayant droit.
DÉPLACEMENT : les garanties d'assistance en déplacement sont accordées en France pour tout déplacement à + de 50 kilomètres du domicile et à l'étranger à l'occasion d'un déplacement à but touristique d'une durée inférieure à 3 mois, à l'exception de la France pour la garantie Frais médicaux et hospitalisation.
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 de l'adhérent 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 métropolitaine 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 adhérent.
En cas de garde partagée, le domicile de l'enfant est son lieu d'habitation habituel.

DOMMAGES CORPORELS : dommages portant atteinte à l'intégrité physique des personnes.

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.

ÉTRANGER : tout pays en dehors du pays de domicile en France métropolitaine, de Monaco ou des DROM.

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 vos conditions générales. Ils sont les suivants :

- une hospitalisation,
- une immobilisation,
- une maternité,
- un traitement anticancéreux,
- une situation d'aidant**,
- le décès d'un bénéficiaire**

(** ouvert uniquement aux adhérents au contrat MNT SANTÉ Confort, Optimale, Intégrale et au contrat MNT HOSPITALISATION).

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 courent 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 A 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.

HOSPITALISATION EN AMBULATOIRE : toute hospitalisation avec une chirurgie réalisée dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable, suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention.

IMMOBILISATION (MNT SANTÉ Confort, Optimale, Intégrale et MNT HOSPITALISATION) : 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(es) 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) est considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement.

IMMOBILISATION (MNT SANTÉ Essentielle) : désigne toute immobilisation imprévue consécutive à une maladie, un accident ou une blessure, constaté(es) 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…). La grossesse pathologique (hors congés pathologiques légaux) est considérée comme une immobilisation dès lors qu'elle est constatée médicalement.

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, ou tuteur légal du bénéficiaire.

PAYS DE SÉJOUR : pays dans lequel le bénéficiaire séjourne pendant la durée de son déplacement couvert par la présente notice d'information en dehors de son pays de résidence.

PERSONNE DÉPENDANTE : toute personne présentant un état de dépendance telle que définie dans la définition du terme « Dépendance ». Il peut s'agir de l'adhérent ou de toute personne qui est déclarée fiscalement à la charge de l'adhérent et vivant sous le même toit que lui.

PET SITTER : personne qui prend soin des animaux de l'adhérent.

PIÈCES JUSTIFICATIVES : ensemble des documents pouvant être demandé 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 1er 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.

RADIOTHÉRAPIE : traitement du cancer par des rayons qui détruisent les cellules cancéreuses ou stoppent leur développement. Contrairement à la chimiothérapie qui agit sur les cellules cancéreuses dans l'ensemble du corps, la radiothérapie est un traitement local.

RESPONSABILITÉ CIVILE : obligation légale pour toute personne de réparer les dommages causés à autrui.

SOINS MÉDICALEMENT NÉCESSAIRES : dans le cadre de la carte Européenne d'Assurance maladie, il s'agit des traitements qui évitent à un bénéficiaire de rentrer dans le pays où il est domicilié pour se faire soigner et lui permettent de terminer son séjour dans des conditions médicales sûres.

TÉLÉASSISTANCE : désigne un service permettant à la personne équipée, par une simple pression du médaillon d'alerte ou un appui sur le boitier 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.

TRAITEMENT ANTICANCÉREUX : seuls les traitements anticancéreux ou antinéoplasiques de type chimiothérapie ou radiothérapie en lien direct avec une pathologie cancéreuse réalisés lors de séances en établissement de soins ou à domicile sont considérés. **Les soins de support ne sont pas considérés comme des traitements.**

TRANSPORT : sauf mention contraire, les transports organisés s'effectuent par taxi, voiture, train ou par avion en classe touriste (si seul ce moyen peut être utilisé pour une distance supérieure à 500 kilomètres) en France ou dans les DROM.
L'Assisteur est seul décisionnaire du moyen utilisé.

Notice d'information - Assistance vie professionnelle

Sommaire

ARTICLE 1 - CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES ASSISTANCE 18
1.1 FAITS GÉNÉRATEURS 18
1.2 INTERVENTION 18
1.2.1 APPLICATION DES GARANTIES 18
1.2.2 TERRITORIALITÉ 18
1.3 PIÈCES JUSTIFICATIVES 18
ARTICLE 2 - GARANTIES DÈS LA SOUSCRIPTION 18
ARTICLE 3 - GARANTIES LIÉES À L'EMPLOI 18
3.1 AIDE À LA RECHERCHE D'UN EMPLOI 18
3.2 AIDE AU DÉMÉNAGEMENT 18
3.3 NETTOYAGE DU DOMICILE QUITTÉ 18
3.4 SOS DÉMÉNAGEMENT 18
3.5 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE 18
ARTICLE 4 - GARANTIES EN CAS D'ACCIDENT OU MALADIE INVALIDANTE 18
ARTICLE 5 - CADRE JURIDIQUE 19
5.1 ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE 19
5.2 CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES 19
5.2.1 COMPORTEMENT ABUSIF 19
5.2.2 RESPONSABILITÉ 19
5.2.3 CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES 19
5.3 EXCLUSIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES PRESTATIONS 19
5.4 NULLITÉ DE LA PRESTATION 19
5.5 RECOURS 19
5.6 SUBROGATION 19
5.7 PRESCRIPTION 19
5.8 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES 20
5.9 RÉCLAMATION ET MÉDIATION 20
5.10 AUTORITÉ DE CONTRÔLE 20
DÉFINITIONS 20

ARTICLE 1 - CONDITIONS D'APPLICATION DES GARANTIES ASSISTANCE

1.1 FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'Assistance à domicile s'appliquent en cas :
- d'accident ou maladie invalidante du conjoint de l'adhérent,
- de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint, dans les conditions spécifiées à chaque article.

1.2 INTERVENTION

L'Assisteur intervient 24 heures sur 24 à la suite d'appels émanant des bénéficiaires au numéro suivant :

N°Cristal 09 72 72 02 02
APPEL NON SURTAXE

00 33 9 72 72 02 02 depuis l'étranger

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

1.2.1 APPLICATION DES GARANTIES

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre par l'Assisteur ou en accord préalable avec lui.

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 dans les DROM, elles sont prises en charge par l'Assisteur, en accord préalable avec lui, sur présentation de justificatifs et dans la limite des barèmes retenus en France métropolitaine.

1.2.2 TERRITORIALITÉ

Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).

1.3 PIÈCES JUSTIFICATIVES

L'Assisteur se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, ...)

ARTICLE 2 - GARANTIES DÈS LA SOUSCRIPTION

ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

L'accompagnement est réalisé par des assistantes sociales ou Conseillères en Économie Sociale et Familiale sous forme d'entretiens téléphoniques non limités et confidentiels, du lundi au vendredi, hors jours fériés.

Le service social peut vous aider et vous informer dans les domaines suivants :

En cas d'aléas de santé : aide à domicile, adaptation du logement et/ou du poste de travail, ouverture de droits (invalidité, handicap, retraite...),

Un accompagnement social adapté est proposé aux aidants pour :
- rechercher et financer des solutions de répit (hébergement temporaire, accueil de jour...),
- organiser et financer du soutien à domicile (aide et soins à domicile...),
- faciliter la conciliation vie professionnelle/vie privée (congé, allocations...).

Un conseil personnalisé concernant les Services à la Personne peut être prodigué pour :
- trouver l'organisme (aide à domicile, aide aux familles, aide aux déplacements...),
- constituer des dossiers de demande de financement (Caisses de retraite, Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), aide sociale...),
- rechercher, si la situation le justifie, une aide au financement des restes à charge.

En cas de décès, le proche pourra bénéficier d'un accompagnement social pour :
- réaliser les démarches administratives,
- rechercher des aides pour le financement des obsèques,
- faciliter une nouvelle organisation de la famille.

ARTICLE 3 - GARANTIES LIÉES À L'EMPLOI

3.1 AIDE À LA RECHERCHE D'UN EMPLOI

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint

En cas de mutation de l'adhérent ou de son conjoint, l'Assisteur organise un accompagnement à distance par téléphone dans le cadre d'un suivi personnalisé, basé sur l'écoute et la remise en confiance, afin de l'aider dans sa recherche d'emploi. Ce dernier bénéficie d'un soutien personnalisé apporté par une équipe pluridisciplinaire qui s'engage à l'accompagner et à l'épauler tout au long de son parcours vers le retour à l'emploi.

L'aide qu'apporte l'équipe pluridisciplinaire au bénéficiaire de la garantie, en toute confidentialité, ne consiste pas à proposer des emplois.

Il s'agit d'être aux côtés du bénéficiaire de la garantie, de l'écouter, de le conseiller, de l'accompagner dans ses recherches. Le bénéficiaire de la garantie est encouragé à tenir ses objectifs et soutenu dans ses démarches par une équipe pluridisciplinaire formée pour l'accompagner à :
- préparer un Curriculum Vitae (CV),
- un entretien d'embauche,
- faire des démarches administratives,
- choisir une formation,
- envisager un bilan, etc.

L'Assisteur propose un accompagnement sur une période de 90 jours. La garantie doit être exécutée dans les 12 mois suivant l'événement. Ce service comprend notamment la mise en ligne du CV du bénéficiaire de la garantie, l'accès à des offres ciblées et une démarche d'accompagnement individualisé. **Le suivi du bénéficiaire de la garantie sera réalisé par le biais de 3 entretiens téléphoniques sur une période de 90 jours.**

3.2 AIDE AU DÉMÉNAGEMENT

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint

L'Assisteur communique, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, les coordonnées d'entreprises de déménagement ou de sociétés de garde-meuble.

Le coût du déménagement et/ou du garde-meuble reste à la charge du bénéficiaire.

3.3 NETTOYAGE DU DOMICILE QUITTÉ

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint

L'Assisteur organise et prend en charge le nettoyage du domicile quitté **dans la limite de 500 euros TTC à solliciter dans les 30 jours suivant le déménagement.**

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

3.4 SOS DÉMÉNAGEMENT

En cas de mutation professionnelle de l'adhérent ou de son conjoint

L'Assisteur met en œuvre une aide au déménagement consistant :
- à l'identification des impacts du déménagement sur la cellule familiale et à la recherche de l'organisation la plus favorable,
- au soutien dans les démarches administratives liées au changement de domicile.

Cette garantie est mise en œuvre dans la limite de 3 entretiens téléphoniques sur un trimestre avec un Conseiller en Économie Sociale et Familiale.

La garantie doit être exécutée dans un délai de 6 mois à compter de la connaissance officielle de la mutation.

3.5 SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Le soutien est réalisé par des psychologues, sous forme d'entretiens téléphoniques confidentiels, **limités à 10 par année civile.**

Un soutien spécifique est assuré en cas de difficultés professionnelles telles que :
- risques Psycho-Sociaux (RPS),
- état de stress au travail,
- situation d'agression et de violence,
- épuisement...

Après évaluation du psychologue et adhésion du bénéficiaire, un suivi thérapeutique de proximité peut être proposé et organisé.

ARTICLE 4 - GARANTIES EN CAS D'ACCIDENT OU MALADIE INVALIDANTE

AIDE À LA RECHERCHE D'UN EMPLOI POUR LE CONJOINT

En cas d'accident ou de maladie invalidante du conjoint de l'adhérent rendant impossible l'exercice de l'emploi actuel

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

L'Assisteur organise un accompagnement à distance par téléphone dans le cadre d'un suivi personnalisé du conjoint, basé sur l'écoute et la remise en confiance, afin de l'aider dans sa recherche d'emploi. Ce dernier bénéficie d'un soutien personnalisé apporté par une équipe pluridisciplinaire qui s'engage à l'accompagner et à l'épauler tout au long de son parcours vers le retour à l'emploi.

L'aide qu'apporte l'équipe pluridisciplinaire au conjoint, en toute confidentialité, ne consiste pas à proposer des emplois.

Il s'agit d'être aux côtés du conjoint, de l'écouter, de le conseiller et

de l'accompagner dans ses recherches. Le conjoint est encouragé à tenir ses objectifs et soutenu dans ses démarches par une équipe pluridisciplinaire formée pour l'accompagner à :

- préparer un Curriculum Vitae (CV),
- un entretien d'embauche,
- faire des démarches administratives,
- choisir une formation,
- envisager un bilan, etc.

Ce service comprend notamment la mise en ligne du CV de votre conjoint, l'accès à des offres ciblées et une démarche d'accompagnement individualisé.

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

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

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

ARTICLE 5 - CADRE JURIDIQUE

Les garanties s'appliquent pendant la période de validité des contrats MNT Santé ou MNT Hospitalisation souscrits auprès de la MNT.

Les garanties d'assistance cessent de plein droit en cas de résiliation des contrats MNT Santé ou MNT Hospitalisation souscrits auprès de la MNT pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par l'Assisteur.

5.1 ASSUREUR DES PRESTATIONS D'ASSISTANCE

Les prestations d'assistance sont assurées et réalisées 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 32427 - 44124 VERTOU CEDEX.

5.2 CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION DES GARANTIES

5.2.1 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.

5.2.2 RESPONSABILITÉ

La responsabilité de l'Assisteur ne saurait être engagée en cas de refus par le bénéficiaire de soins ou d'examens 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.

5.2.3 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.

5.3 EXCLUSIONS COMMUNES A 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 fortuite 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.

5.4 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.

5.5 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.

5.6 SUBROGATION

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

5.7 PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'exécution des présentes conditions générales sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1. en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, du bénéficiaire

ou de l'ayant droit, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance,
2. 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 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 (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.

5.8 PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles du bénéficiaire recueillies par Ressources Mutuelles Assistance (ci-avant « RMA » et « l'Assisteur » dans la présente notice d'information), situé 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX feront l'objet d'un traitement.
Toutes les données sont obligatoires pour la gestion des demandes des bénéficiaires. A 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 légales 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 :
dporma@rmassistance.fr ou en contactant : RMA – DPO, 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX.
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 - Immeuble River Ouest - 80 quai Voltaire - 95870 BEZONS, ou par Internet à l'adresse suivante : http://www.bloctel.gouv.fr.

5.9 RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de difficultés relatives aux conditions d'application de son contrat, le bénéficiaire doit contacter, à l'adresse du siège social : RMA - Direction Assistance et Accompagnement - 46, rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU CEDEX. 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.

5.10 AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Ressources Mutuelles Assistance est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest – 75436 PARIS CEDEX 09.

DÉFINITIONS

Les termes ci-après doivent être, dans le cadre de la présente notice d'information, entendus avec les acceptions suivantes :
ACCIDENT OU MALADIE INVALIDANTE : accident ou maladie entraînant un taux de déficit fonctionnel supérieur ou égal à 60 % constaté par expertise médicale.
ADHÉRENT : Souscripteur actif du contrat « + Territorial » de la MNT.
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.
BÉNÉFICIAIRES : tout adhérent domicilié en France ainsi que les personnes suivantes vivant sous son toit : conjoint de droit ou de fait, enfants et petits-enfants sous condition d'âge selon les garanties, sans limite d'âge s'ils sont handicapés et ascendants directs.
DOMICILE : lieu habituel de résidence principale ou secondaire de l'adhérent en France. Le domicile doit être situé en France.
FRANCE : France métropolitaine (par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre) et les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane et Mayotte).
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.
PIÈCES JUSTIFICATIVES : ensemble des documents pouvant être demandé 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 : conjoint de droit ou de fait, pacsé ou concubin. Ascendants directs ou descendants directs. Frères, sœurs, beau-père, belle-mère, gendre, belle-fille, beau-frère ou belle-sœur. Le tuteur légal du bénéficiaire. Toute personne dont la perte d'autonomie nécessite la présence de l'aidant. Toute personne apportant une aide humaine à un adhérent en perte d'autonomie. Le proche doit être domicilié en France ou le même département pour les DROM que le bénéficiaire.

NOTICE D'INFORMATION

RECOURS MÉDICAL & INFORMATION JURIDIQUE

SMACL ASSURANCES

Notice d'information - Recours médical & information juridique

Sommaire

ARTICLE 1 – DÉFINITIONS GÉNÉRALES 23
ARTICLE 2 – ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES 23
ARTICLE 3 – OBJET DU CONTRAT 23
3.1 LITIGES GARANTIS - RECOURS MÉDICAL 23
3.2 PRESTATIONS 23
3.2.1 INFORMATION JURIDIQUE PAR TÉLÉPHONE 23
3.2.2 RÈGLEMENT AMIABLE DU LITIGE 23
3.2.3 RÈGLEMENT JUDICIAIRE DU LITIGE 23
ARTICLE 4 – PLAFOND DES GARANTIES, SEUIL D'INTERVENTION ET MODALITÉS DE PAIEMENT 23
4.1 PLAFOND DES GARANTIES 23
4.2 SEUIL D'INTERVENTION 23
4.3 MODALITÉS DE PAIEMENT 23
ARTICLE 5 – FRAIS NON PRIS EN CHARGE 24
ARTICLE 6 – EXCLUSIONS DE LA GARANTIE RECOURS MÉDICAL 24
ARTICLE 7 – PRISE D'EFFET, CESSATION ET VALIDITÉ DES GARANTIES 24
7.1 PRISE D'EFFET DES GARANTIES 24
7.2 CESSATION DES GARANTIES 24
7.3 VALIDITÉ DES GARANTIES 24
7.4 DURÉE, RENOUVELLEMENT ET RÉSILIATION DU CONTRAT 24
ARTICLE 8 – DÉCLARATION DE LITIGE - CONSTITUTION DE DOSSIER 24
8.1 DÉCLARATIONS DU LITIGE 24
8.2 CONSTITUTION DU DOSSIER - OBLIGATION DE COOPÉRATION 24
8.3 SANCTIONS 24
ARTICLE 9 – CHOIX DE L'AVOCAT 25
ARTICLE 10 – DÉCLARATION DES AUTRES ASSURANCES 25
ARTICLE 11 – SUBROGATION 25
ARTICLE 12 – ARBITRAGE EN CAS DE LITIGE ENTRE L'ASSUREUR ET L'ASSURÉ 25
ARTICLE 13 – PRESCRIPTION 25
ARTICLE 14 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES 25
ARTICLE 15 – LUTTE CONTRE LA FRAUDE 26
ARTICLE 16 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME 26
ARTICLE 17 – TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS 26
ARTICLE 18 – MÉDIATION 26
ARTICLE 19 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE 26
ANNEXE – BARÈME DE PRISE EN CHARGE DES HONORAIRES 27

ARTICLE 1 – DÉFINITIONS GÉNÉRALES

CODE : le Code des assurances
ASSUREUR : la Société Mutuelle d'Assurance des Collectivités Locales (SMACL Assurances)
SOUSCRIPTEUR : MNT
PARTIES : l'assureur et le souscripteur
ASSURÉ :
Ont cette qualité :

- les membres participants de la MNT, en activité ou non, ayant adhéré à un règlement mutualiste des produits dont la MNT porte le risque assurantiel santé,
- les ayants droit du membre participant de la MNT vivant dans le même foyer, dont il demande l'inscription en s'engageant à s'acquitter du complément de cotisation correspondant : conjoint, enfants, ayants droit de régime de Sécurité sociale française.

Il est précisé qu'en cas de décès de l'assuré, les descendants en ligne directe bénéficient également de la garantie recours médical que l'assuré aurait été en droit d'exercer.
La perte de la qualité de membre participant adhérent de la MNT pour quelque cause que ce soit entraîne la perte de la qualité d'assuré.
FAIT GÉNÉRATEUR DU LITIGE : évènement qui provoque soit la réclamation de l'assuré auprès d'un tiers, soit la réclamation d'un tiers à son encontre.
TIERS : toute personne physique ou morale autre que l'assuré, le souscripteur ou l'assureur. Les assurés peuvent être tiers entre eux.
SINISTRE/LITIGE : situation de désaccord opposant l'assuré à un ou plusieurs tiers, y compris sur le plan amiable, et marquée par le refus opposé à une réclamation dont l'assuré est l'auteur.
PROFESSIONNELS DE SANTÉ : personnes physiques, professionnelles de santé relevant du Code de la santé publique, du Code de l'action sociale et des familles, et toute personne autorisée à faire usage du titre de psychologue, d'ostéopathe, de psychothérapeute ou de chiropracteur, ainsi que les établissements de santé ou de soins publics (ex : CHU, CHR, hôpitaux) ou privés (ex : cliniques, laboratoires réseaux de santé, maisons de santé et pôles de santé) dans lesquels ils exercent.

ARTICLE 2 – ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties du présent contrat s'appliquent en France Métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer suivants : Guadeloupe, La Réunion, Guyane, Martinique.

ARTICLE 3 – OBJET DU CONTRAT

3.1 LITIGES GARANTIS - RECOURS MÉDICAL

SMACL Assurances prend en charge, dans les conditions et limites prévues aux articles suivants, les recours de l'assuré à l'encontre d'un professionnel de la santé, tel que défini à l'article 1, en réparation d'un préjudice corporel dont il est victime (à la suite, par exemple, d'une erreur médicale, d'une erreur de diagnostic ou d'une infection nosocomiale) et susceptible d'engager la responsabilité délictuelle, quasi-délictuelle ou contractuelle de ce même professionnel.

3.2 PRESTATIONS

3.2.1 INFORMATION JURIDIQUE PAR TÉLÉPHONE

Les personnes ayant la qualité d'assuré pour les garanties précitées bénéficient d'un service d'information juridique.
En prévention de tout litige, SMACL Assurances met à la disposition de l'assuré un service d'information juridique portant sur des questions relevant des domaines de droit garantis par le présent contrat.
Ce service est disponible **exclusivement par téléphone** au 09 72 72 02 02, du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 sans interruption, hors jours fériés et fermetures exceptionnelles.
En cas de litige, l'interlocuteur renseignera l'assuré sur ses droits et obligations et se chargera de transmettre au service dédié à la gestion des sinistres toutes les informations utiles à la mise en œuvre, le cas échéant, de la garantie.

L'information juridique se distingue de toute prestation de conseil ainsi que de toute prise en charge de litige. Les informations reçues de ce service ne peuvent aucunement se substituer aux consultations des intervenants tels que les avocats.

3.2.2 RÈGLEMENT AMIABLE DU LITIGE

Information et conseil juridique
SMACL Assurances procède aux études et recherches qui permettent à l'assuré d'apprécier l'étendue et la réalité de ses droits et de ses obligations et l'informe des mesures utiles et indispensables à la sauvegarde de ses intérêts.
Recherche de solution amiable
La recherche d'une solution amiable est un préalable obligatoire à toute action devant les juridictions civiles, conformément aux articles 56 et 58 du Code de procédure civile.
Après étude des éléments de fait et de droit qui seront demandés à l'assuré, une stratégie sera élaborée d'un commun accord avec lui, pour trouver prioritairement une solution amiable. Conformément à cette stratégie, SMACL Assurances entreprendra les démarches nécessaires pour aboutir à une telle solution. En fonction de la nature du litige, il pourra être fait appel, en cas de besoin, à un intervenant extérieur (expert, huissier) qualifié pour apporter un avis technique et mener des négociations.
À ce stade, si la partie adverse est assistée par un avocat, l'assuré sera également assisté dans les mêmes conditions, conformément à l'article L.127-2-3 du Code.
Dans le cadre de ces démarches pour la résolution amiable du litige, SMACL Assurances prend en charge, dans la limite des montants TTC indiqués au barème de prise en charge annexé à la présente notice, les frais et honoraires de l'avocat de l'assuré.

3.2.3 RÈGLEMENT JUDICIAIRE DU LITIGE

En cas d'impossibilité d'aboutir à une solution amiable, SMACL Assurances garantit et organise la défense des intérêts de l'assuré devant les juridictions.
La direction de la procédure appartient à l'assuré, sur les conseils de son avocat. SMACL Assurances est néanmoins à sa disposition ainsi qu'à celle de son avocat pour l'accompagner dans le suivi du dossier.

ARTICLE 4 – PLAFOND DES GARANTIES, SEUIL D'INTERVENTION ET MODALITÉS DE PAIEMENT

4.1 PLAFOND DES GARANTIES

La garantie recours médical s'exerce à concurrence de 106 000 euros par litige.
SMACL Assurances prend en charge les frais et honoraires **exposés avec son accord** pour le règlement du litige, dans la limite des montants TTC indiqués au barème de prise en charge annexé à la présente notice.
Le plafond de garantie et le barème de prise en charge sont communiqués à l'assuré dès la déclaration du litige.
De même, l'assureur s'engage à les rappeler à l'assuré lorsqu'il fait appel à un avocat et si l'assuré le demande, à les communiquer à ce dernier.
En cas d'expertise judiciaire, SMACL Assurances prendra en charge les frais et honoraires de l'expert et du sapiteur, dans la limite de 3 000 euros par sinistre. SMACL Assurances prend en charge les frais et honoraires d'huissier de justice dans la limite des textes régissant leur profession.
Ces montants ne se reconstituent pas quelle que soit la durée de traitement du sinistre. Ainsi, en cas de changement d'avocat en cours de dossier, ou si l'assuré fait le choix de plusieurs défenseurs, le total des honoraires à régler ne pourra pas être supérieur à celui qui serait versé à un seul avocat.

4.2 SEUIL D'INTERVENTION

Le seuil d'intervention de l'assureur ne pourra être pris en compte que pour les litiges dont l'intérêt pécuniaire minimum s'élève à 150 €.

4.3 MODALITÉS DE PAIEMENT

SMACL Assurances rembourse les frais garantis à la première demande et dans les plus brefs délais, à réception des justificatifs et au fur et à mesure de leur acquittement, dans la limite des montants visés à l'article 4.1 ci-avant.
Par exception, lorsqu'une délégation d'honoraires aura été convenue entre l'assuré et son avocat, SMACL Assurances acquittera directement les frais garantis pour les litiges relevant de la compétence d'une juridiction française,dans la limite des montants visés à l'article 4.1 ci-avant.

ARTICLE 5 – FRAIS NON PRIS EN CHARGE

Ne sont pas pris en charge :

· les frais d'actes ou de procédure engagés avant d'avoir déclaré le sinistre. Toutefois, si le litige nécessite des mesures conservatoires urgentes imposant d'engager de tels frais avant toute déclaration du litige, ils seront remboursés, à charge pour l'assuré de justifier de l'urgence et d'en avertir SMACL Assurances dans les meilleurs délais (L.127-2-2 du Code) ;

· les honoraires de résultat convenus avec l'avocat, fixés en fonction de l'intérêt en jeu ou en fonction du résultat définitif ou espéré des démarches engagées ;

· les dépens et frais irrépétibles mis à la charge de l'assuré par décision judiciaire ou administrative ;

· les condamnations, les amendes pénales ou civiles, ainsi que les pénalités de retard ;

· les cautions et consignations pénales. Toutefois, sont prises en charge les consignations demandées à l'assuré qui dépose plainte consécutivement à des violences volontaires dans le cadre de la garantie recours professionnel ;

· les sommes réglées au tiers par l'assuré dans le cadre d'une transaction ;

· les frais engagés par l'assuré, sans l'accord de SMACL Assurances, pour constater les faits ou réunir les preuves du préjudice ou établir sa réalité ;

· les frais engagés pour identifier ou retrouver le tiers.

ARTICLE 6 – EXCLUSIONS DE LA GARANTIE RECOURS MÉDICAL

SMACL Assurances ne prend pas en charge les litiges :

· consécutifs à une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré. Si le caractère intentionnel ou dolosif est établi postérieurement à la mise en œuvre de la garantie, SMACL Assurances est en droit de vous demander le remboursement des frais engagés ;

· liés à des expérimentations médicales ou médicamen¬teuses auxquelles l'assuré a participé ;

· relevant d'une garantie défense pénale et recours suite à accident au titre d'une assurance de responsabilité civile ;

· résultant d'une situation dans laquelle l'assuré ou le souscripteur est en infraction avec une obligation légale d'assurance.

ARTICLE 7 – PRISE D'EFFET, CESSATION ET VALIDITÉ DES GARANTIES

7.1 PRISE D'EFFET DES GARANTIES

La garantie recours médical et la prestation d'information juridique prennent effet à l'égard de chaque assuré :

– au 1er janvier 2016 pour l'ensemble des membres participants de la MNT, ainsi que leurs ayants droit, qui ont acquis cette qualité antérieurement à cette date ;

– au 1er jour qui suit l'adhésion à la MNT pour les membres participants qui ont acquis cette qualité postérieurement à la date de prise d'effet du présent contrat, et éventuellement pour leurs ayants droit.

7.2 CESSATION DES GARANTIES

Le droit à garantie cesse pour l'assuré à la date de survenance de l'un des évènements suivants :

– résiliation du contrat pour compte, pour quelque cause que ce soit. En cas de résiliation, demeurent pris en charge et jusqu'à leur terme, les litiges garantis déclarés par les assurés antérieurement à sa résiliation ;

– perte de la qualité d'assuré, pour quelque cause que ce soit.

La qualité d'assuré étant aux termes du présent contrat circonscrite aux membres participants de la MNT et leurs ayants droit, la perte de qualité de membre participant de la MNT ou d'ayant droit, pour quelque cause que ce soit, a pour conséquence la perte de la qualité d'assuré.

7.3 VALIDITÉ DES GARANTIES

La garantie recours médical est valable et s'applique à la double condition que :

– le fait générateur du litige survienne entre la date de prise d'effet des garanties (prévue à l'article 7.1) et la date de leur cessation (prévue à l'article 7.2) ;

– le litige soit déclaré pendant la période de validité des garanties, soit entre leur date de prise d'effet (prévue à l'article 7.1) et leur date de cessation (prévue à l'article 7.2).

Par exception à ces principes, sont cependant pris en charge :

– les litiges dont le fait générateur est antérieur de moins de 3 mois par rapport à la date de prise d'effet des garanties (prévue à l'article 7.1), si l'assuré exerçait déjà une activité professionnelle avec une qualité lui permettant d'adhérer à la MNT en tant que membre participant, conformément aux dispositions des statuts de la MNT en vigueur à la date du fait générateur ;

– les litiges dont le fait générateur est antérieur à la date de prise d'effet des garanties (prévue à l'article 7.1) à la condition que l'assuré justifie n'en avoir eu connaissance que postérieurement à cette date et si l'assuré exerçait déjà une activité professionnelle avec une qualité lui permettant d'adhérer à la MNT en tant que membre participant, conformément aux dispositions des statuts de la MNT en vigueur à la date du fait générateur.

Dans ce dernier cas, si, au cours du traitement du dossier, il apparaît que l'assuré ne pouvait, de bonne foi, ignorer la situation litigieuse à la date de prise d'effet des garanties, il sera déchu de son droit à garantie et SMACL Assurances pourra lui demander le remboursement des sommes déjà versées s'il y a lieu.

7.4 DURÉE, RENOUVELLEMENT ET RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat est d'une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction. Il peut être dénoncé par l'assureur ou le souscripteur conformément au contrat d'assurance pour compte conclu par eux et selon les modalités précisées aux conditions générales.

La résiliation du présent contrat est portée à la connaissance des assurés par le souscripteur.

ARTICLE 8 – DÉCLARATION DE LITIGE - CONSTITUTION DE DOSSIER

8.1 DÉCLARATIONS DU LITIGE

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'assuré doit déclarer le litige à SMACL Assurances dans les trente (30) jours ouvrés à compter de la date à laquelle il en a connaissance, ou au plus tard à la date à laquelle une citation en justice lui est signifiée.

L'assuré doit déclarer le litige en communiquant son numéro d'adhérent MNT et le numéro du contrat d'assurance :

– par téléphone au 09 72 72 02 02 (prix d'un appel local) ;

– par courrier postal :

SMACL Assurances – Direction Indemnisations - 141, avenue Salvador-Allende - TSA 67211- CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9.

8.2 CONSTITUTION DU DOSSIER - OBLIGATION DE COOPÉRATION

Afin de permettre à l'assureur de défendre au mieux les intérêts de l'assuré, ce dernier s'engage à lui fournir dans les meilleurs délais :

– toutes informations, tous documents et justificatifs, permettant d'établir l'existence d'un litige et d'apprécier la réalité et l'étendue de l'atteinte aux droits de l'assuré ou à ceux du tiers dont il lui réclame la réparation ;

– tous documents nécessaires à la défense des intérêts de l'assuré et permettant d'apprécier l'opportunité d'engager une action de justice ;

– tous avis, lettres, convocations, actes d'huissiers, assignations, pièces de procédure et tous documents justificatifs nécessaires au bon suivi et au règlement du dossier ;

– toute information sur les mesures conservatoires et les frais associés, que l'urgence de la situation litigieuse a imposé à l'assuré d'engager avant même de déclarer le litige à l'assureur.

À défaut d'urgence, comme il est précisé à l'article 5, ces frais ne seront pas pris en charge.

8.3 SANCTIONS

Si l'assuré déclare le sinistre après le délai indiqué ci-dessus, et si SMACL Assurances établit que ce retard lui cause un préjudice, il sera déchu de tout droit à garantie.

Si l'assuré fait, de mauvaise foi, des déclarations inexactes ou incomplètes sur les faits, les évènements ou la situation

à l'origine du litige, ou sur tout élément conditionnant sa solution, il sera entièrement déchu de tout droit à garantie pour le litige considéré.

ARTICLE 9 – CHOIX DE L'AVOCAT

Chaque fois que le litige nécessite l'intervention d'un avocat ou de toute personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur, pour défendre, représenter ou servir les intérêts de l'assuré, ce dernier a la liberté de le choisir.
L'assuré a également la liberté de choisir un avocat ou toute autre personne qualifiée pour l'assister, chaque fois que survient un conflit d'intérêt entre lui et SMACL Assurances.

L'avocat ou la personne qualifiée choisie par l'assuré doit être territorialement compétente. A défaut, SMACL Assurances ne sera pas tenue de prendre en charge les frais de déplacement liés à ce choix, ni le coût des honoraires de l'avocat postulant chargé d'accomplir pour le compte de l'assuré les actes ordinaires de la procédure devant la juridiction territorialement compétente.

SMACL Assurances peut proposer à l'assuré, sur demande écrite de sa part, le nom d'un avocat. Les modalités de prise en charge des frais et honoraires sont exposées à l'article 4 ci-dessus.

ARTICLE 10 – DÉCLARATION DES AUTRES ASSURANCES

Conformément à l'article L.121-4 du Code, si les risques garantis par le présent contrat sont couverts par une autre assurance, l'assuré doit en faire immédiatement la déclaration à SMACL Assurances en lui indiquant le nom de la compagnie, le numéro de contrat, la nature et le montant de la garantie. L'assuré pourra obtenir la prise en charge du litige en s'adressant à l'assureur de son choix.

ARTICLE 11 – SUBROGATION

En vertu de l'article L.121-12 du Code, SMACL Assurances est subrogée dans vos droits, lorsque vous gagnez votre procès, pour le remboursement des dépens et frais irrépétibles mis à la charge du tiers à votre profit sur le fondement des articles 696 et 700 du Code de procédure civile ou des dispositions équivalentes du Code pénal ou du Code de justice administrative, jusqu'à concurrence des sommes versées par elle pour le règlement du litige.
Toute somme obtenue en remboursement des frais et des honoraires exposés pour le règlement du litige bénéficie par priorité à l'assuré pour les dépenses dûment justifiées restées à sa charge et, subsidiairement, à SMACL Assurances, dans la limite des sommes qu'elle a engagées (article L.127-8 du Code).

ARTICLE 12 – ARBITRAGE EN CAS DE LITIGE ENTRE L'ASSUREUR ET L'ASSURÉ

La décision de donner suite à la réclamation ou de résister à la demande de la partie adverse est prise d'un commun accord entre SMACL Assurances et l'assuré. En cas de désaccord, l'assuré reste libre de mettre en application la procédure d'arbitrage suivante, conformément à l'article L.127-4 du Code.
Une tierce personne pourra être désignée d'un commun accord ou, à défaut, par le président du tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond. Les frais exposés pour la désignation et la consultation de cette tierce personne sont à la charge de SMACL Assurances, dans la limite des montants TTC indiqués au barème de prise en charge annexé à la présente notice d'information. Toutefois, le président du tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond, peut en décider autrement s'il s'avère que l'assuré a mis en œuvre cette procédure d'arbitrage dans des conditions abusives.
Si malgré l'avis contraire de SMACL Assurances ou celui de la tierce personne désignée, l'assuré engage à ses frais une procédure contentieuse, SMACL Assurances ne remboursera ces frais, dans la limite des montants TTC indiqués au barème de prise en charge annexé à la présente notice d'information, que si l'assuré obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par elle ou par la tierce personne.
Lorsque cette procédure d'arbitrage est mise en œuvre, le délai de recours contentieux est suspendu pour toutes les instances juridictionnelles qui sont couvertes par la garantie et que l'assuré est susceptible d'engager en demande, jusqu'à ce que la tierce personne chargée de proposer une solution en ait fait connaître la teneur.

ARTICLE 13 – PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L.114-1 et L.114-2 du Code.
Toutefois, ce délai ne court :
- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;**
- **en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix (10) ans à l'égard des ayants droit de l'assuré décédé, bénéficiaires des garanties d'assurance contre les accidents atteignant les personnes.
La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption que sont :
- **la demande en justice, même en référé (article 2241 du Code civil) ;**
- **une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil) ;**
- **la reconnaissance non équivoque par l'assureur, du droit à garantie de l'assuré (article 2240 du Code civil).**

Elle peut également être interrompue dans les cas ci-après :
- **désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;**
- **envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par SMACL Assurances au souscripteur en ce qui concerne le paiement de la cotisation ou par le souscripteur à SMACL Assurances en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.**

ARTICLE 14 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de ses activités, SMACL Assurances réalise différents traitements de données personnelles concernant le souscripteur et l'assuré, en qualité de responsable de traitement.
Le traitement de ces données personnelles est nécessaire dans le cadre de la souscription, de la gestion et de l'exécution du contrat d'assurance et afin d'organiser la vie institutionnelle relevant des statuts de SMACL Assurances, ainsi que pour répondre à des prescriptions réglementaires parmi lesquelles la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ainsi que les réponses aux demandes officielles des autorités publiques ou judiciaires dûment autorisées.
Les données peuvent également être traitées par SMACL Assurances dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude mis en œuvre dans l'intérêt légitime de l'assureur et de ses sociétaires et dans le cadre des opérations d'amélioration de la relation commerciale.
Sans opposition de leur part, les données personnelles du souscripteur ou de l'assuré pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services proposés par SMACL Assurances.
De façon générale, le défaut de fourniture des données sollicitées aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.
Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance. Elles sont destinées aux personnels habilités de l'assureur et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités (exemple : experts, réassureurs, organismes sociaux, etc.) et s'il y a lieu, aux personnes intéressées au contrat.
Les données sont traitées et hébergées au sein de l'Espace économique européen (EEE). Certains réassureurs de SMACL Assurances pouvant néanmoins être situés hors de l'EEE, des

garanties appropriées sont alors mises en œuvre pour assurer la protection des données en cas de transfert.
Conformément aux dispositions de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment du règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, le souscripteur ou l'assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et de portabilité sur ses données, et sous certaines conditions, un droit d'effacement, de limitation et d'opposition. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès.
Pour l'exercice de ces droits, le souscripteur ou l'assuré peut envoyer une demande, en fournissant un justificatif d'identité comportant sa signature, par courrier postal à l'adresse du délégué à la protection des données :
SMACL Assurances - Délégué à la protection des données - 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9
ou par courriel : protectiondesdonnees@smacl.fr.
Si le souscripteur ou l'assuré estime, après avoir contacté le délégué à la protection des données de SMACL Assurances, que ses droits «Informatique et Libertés» ne sont pas respectés, le souscripteur ou l'assuré peut introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL).
Le souscripteur ou l'assuré peut enfin, à tout moment, s'inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse https://inscription.bloctel.fr/.
Pour une information plus détaillée sur l'utilisation de ses données personnelles ou l'exercice de ses droits (accès, rectification, opposition, etc.), le souscripteur ou l'assuré peut consulter l'espace dédié « Données personnelles » (www.smacl.fr/donnees-personnelles) sur smacl.fr.

ARTICLE 15 – LUTTE CONTRE LA FRAUDE

SMACL Assurances met en œuvre, dans le respect de la réglementation en vigueur, un dispositif de lutte contre la fraude pouvant conduire à l'inscription du souscripteur et/ou de l'assuré sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ainsi qu'à l'adoption de décisions produisant des effets juridiques (non indemnisation, action en justice…).

ARTICLE 16 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

SMACL Assurances est tenue, dans le cadre de ses obligations réglementaires concernant la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de procéder à l'identification de l'identité du souscripteur et/ou de l'assuré et, le cas échéant, de ses/leurs bénéficiaires effectifs.
En cas de soupçon de blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme ou de détection d'une opération suspecte ou inhabituelle, SMACL Assurances doit procéder à la vérification des éléments d'identification et exercer une vigilance constante à l'égard du souscripteur et/ou de l'assuré et de ses/leurs bénéficiaires effectifs éventuels (suivi de la situation professionnelle, économique et financière). Dans ce cas, des mesures de vigilance complémentaires s'appliquent à l'égard des personnes politiquement exposées définies à l'article R.561-18 du Code monétaire et financier.
A ce titre, le souscripteur et/ou l'assuré s'engage(nt) à remettre à SMACL Assurances tout document d'identité et d'information sur sa/leurs situation(s) professionnelle(s), patrimoniale(s), financière(s) ou personnelle(s) ainsi que tout document d'identité sur ses/leurs bénéficiaires effectifs éventuels.
SMACL Assurances est également tenue de déclarer à Tracfin les opérations portant sur des sommes dont elle sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an ou sont liées au financement du terrorisme.
SMACL Assurances peut aussi être obligée d'appliquer certaines mesures déterminées par les autorités publiques dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, susceptibles de conduire à des retards ou des refus d'exécution des garanties prévues au contrat d'assurance.

ARTICLE 17 – TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation, le souscripteur ou l'assuré s'adresse en premier lieu à son interlocuteur habituel SMACL Assurances selon l'une des modalités suivantes :
> par l'envoi du formulaire disponible sur le site internet https://www.smacl.fr/reclamations,
> par courrier postal adressé :
- dans le cadre d'une réclamation relative à la gestion du contrat, à SMACL Assurances, Direction Marchés-Réclamations, 141, avenue Salvador-Allende, CS 20000, 79031 NIORT CEDEX 9,
- dans le cadre d'une réclamation relative à la gestion d'un sinistre, à SMACL Assurances, Direction Indemnisations-Réclamations, TSA 67211, CS 20000, 79060 NIORT CEDEX 9.

En cas de désaccord sur la réponse apportée, le souscripteur ou l'assuré peut en second lieu adresser sa réclamation selon l'une des modalités suivantes :
> par mail à service-reclamations-marches@smacl.fr dans le cadre d'une réclamation relative à la gestion du contrat ou à service-reclamations-indemnisations@smacl.fr dans le cadre d'une réclamation relative à la gestion d'un sinistre,
> par courrier postal à SMACL Assurances Réclamations, 141, avenue Salvador-Allende, 79000 NIORT.

SMACL Assurances s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix (10) jours ouvrables à compter de sa réception. Sauf circonstances particulières, SMACL Assurances s'engage à apporter une réponse définitive dans un délai de deux (2) mois suivant la réception de la réclamation.

ARTICLE 18 – MÉDIATION

Si aucune solution n'est trouvée dans le cadre du traitement des réclamations par SMACL Assurances, l'assuré pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance.
SMACL Assurances applique le dispositif de l'association La Médiation de l'Assurance.
L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties qui restent libres de le suivre ou non et conservent le droit de saisir le tribunal compétent.
Principales conditions pour saisir le Médiateur de l'Assurance :
– l'assuré doit avoir tenté au préalable de résoudre son litige selon les modalités prévues par l'article 17 « Traitement des réclamations » ;
– l'assuré doit introduire sa demande auprès du Médiateur dans un délai d'un (1) an à compter de sa réclamation écrite auprès de SMACL Assurances ;
– aucune action en justice ne doit avoir été engagée à ce stade.

L'assuré peut obtenir toute information utile concernant la procédure de saisine et les missions du Médiateur sur le site internet mediation-assurance.org.
Comment saisir le Médiateur de l'Assurance :
– par Internet sur le site mediation-assurance.org ;
– par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 19 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur tel que défini par le présent contrat, est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (4, Place de Budapest – CS 92456 - 75436 PARIS CEDEX 9).

ANNEXE - BARÈME DE PRISE EN CHARGE DES HONORAIRES

Ces montants TTC (TVA en vigueur au jour de l'application du barème) constituent la limite de notre prise en charge, par décision obtenue, et ce même en cas de changement d'avocat. Les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de téléphone, de photocopies, de déplacement, etc.) sont inclus dans le montant remboursé.

Budget amiable	750 € pour l'ensemble des intervenants
Recours gracieux (contentieux administratif)	500 €
Assistance devant une commission civile, administrative ou disciplinaire	350 €
Commission d'indemnisation et d'aide aux victimes d'infractions et Commission régionale de conciliation et d'Indemnisation	700 €
Service d'aide au recouvrement des victimes d'infractions	250 €
Assistance à garde à vue (si entre 20h et 6h, week-end et jour férié, honoraire doublé)	130 €/heure
Assistance à instruction/information judiciaire	800 €
Communication du procès-verbal et démarches au Parquet	150 €
Rédaction de plainte avec constitution de partie civile	300 €
Médiation pénale/Composition pénale/Comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité	700 €
Chambre de l'instruction et juridiction d'application des peines	500 €
Référé	800 €
Assistance à expertise judiciaire	150 €/heure sans pouvoir excéder 600 €/expertise pour l'ensemble des intervenants
Frais de l'expert judiciaire et du sapiteur	3 000 €
Tribunal de proximité et juge des contentieux et de la protection	1 000 €
Tribunal de police	800 € en défense 1 000 € avec constitution de partie civile
Tribunal correctionnel	1 000 €
Cour d'assises (y compris Cour d'assises d'appel et Cour criminelle)	1 000 €/journée dans la limite de 4 000 €
Tribunal judiciaire* (hors audience devant le juge des contentieux et de la protection)	1 500 €
Tribunal administratif	2 000 €
Tribunal des affaires de sécurité sociale et Tribunal du contentieux de l'incapacité	1 000 €
Cour d'appel, Cour administrative d'appel.	2 000 €
Cour de cassation, Conseil d'État : - consultation - pourvoi	 3 000 € 2 500 €
Juridiction européenne	1 500 €
Juge de l'exécution	500 €
Huissiers de justice : - assignation, signification - démarches d'exécution	Dans la limite des textes régissant la profession 350 €

* Le tribunal judiciaire est issu de la fusion du tribunal de grande instance et du tribunal d'instance, conformément à la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et son décret d'application n°2019-1333 du 11 décembre 2019.

HAV-MNT/DPRP/RM - 04/2021

SMACL Assurances Siège social
141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9
SMACL Assurances - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances - RCS Niort n° 301 309 605

NOTICE D'INFORMATION

DÉFENSE PÉNALE ET RECOURS PROFESSIONNELS, DROIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE INFORMATION JURIDIQUE

SMACL ASSURANCES

Notice d'information – Défense pénale et recours professionnels, droit de la Sécurité sociale & information juridique

Sommaire

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS GÉNÉRALES 30
ARTICLE 2 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES 30
ARTICLE 3 - OBJET DU CONTRAT 30
3.1 LITIGES GARANTIS 30
3.1.1 DÉFENSE PÉNALE 30
3.1.2 RECOURS PROFESSIONNEL 30
3.1.3 DROIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 30
3.2 PRESTATIONS 30
3.2.1 INFORMATION JURIDIQUE PAR TÉLÉPHONE 30
3.2.2 DÉFENSE AMIABLE DES INTÉRÊTS DE L'ASSURÉ (pour les garanties 3.1.2 et 3.1.3) 30
3.2.3 DÉFENSE JUDICIAIRE DES INTÉRÊTS DE L'ASSURÉ 30
ARTICLE 4 - PLAFOND DES GARANTIES, SEUIL D'INTERVENTION ET MODALITÉS DE PAIEMENT 30
4.1 PLAFOND DES GARANTIES 30
4.2 SEUIL D'INTERVENTION 31
4.3 MODALITÉS DE PAIEMENT 31
ARTICLE 5 - FRAIS NON PRIS EN CHARGE 31
ARTICLE 6 - EXCLUSIONS DE LA GARANTIE DÉFENSE PÉNALE ET RECOURS PROFESSIONNELS 31
ARTICLE 7 - PRISE D'EFFET, CESSATION ET VALIDITÉ DES GARANTIES 31
7.1 PRISE D'EFFET DES GARANTIES 31
7.2 CESSATION DES GARANTIES 31
7.3 VALIDITÉ DES GARANTIES 31
7.3.1 POUR LES GARANTIES DÉFENSE PÉNALE ET RECOURS PROFESSIONNELS 31
7.3.2 POUR LA GARANTIE DROIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 32
7.4 DURÉE, RENOUVELLEMENT ET RÉSILIATION DU CONTRAT 32
ARTICLE 8 - DÉCLARATION DE LITIGE 32
8.1 DÉCLARATIONS DU LITIGE 32
8.2 CONSTITUTION DU DOSSIER - OBLIGATION DE COOPÉRATION 32
8.3 SANCTIONS 32
ARTICLE 9 - CHOIX DE L'AVOCAT 32
ARTICLE 10 - DÉCLARATION DES AUTRES ASSURANCES 32
ARTICLE 11 - SUBROGATION 32
ARTICLE 12 - ARBITRAGE EN CAS DE LITIGE ENTRE L'ASSUREUR ET L'ASSURÉ 32
ARTICLE 13 - PRESCRIPTION 33
ARTICLE 14 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES 33
ARTICLE 15 - LUTTE CONTRE LA FRAUDE 33
ARTICLE 16 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME 33
ARTICLE 17 - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS 34
ARTICLE 18 - MÉDIATION 34
ARTICLE 19 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE 34
ANNEXE – BARÈME DE PRISE EN CHARGE DES HONORAIRES 35

ARTICLE 1 - DÉFINITIONS GÉNÉRALES

CODE : le Code des assurances
ASSUREUR : la Société Mutuelle d'Assurance des Collectivités Locales (SMACL Assurances)
SOUSCRIPTEUR : la Mutuelle Nationale Territoriale (MNT)
PARTIES : l'assureur et le souscripteur
ASSURÉ :
Ont cette qualité, dans le cadre de leur activité professionnelle :
- les membres participants de la MNT en activité ayant adhéré à un règlement mutualiste des produits dont la MNT porte le risque assurantiel : santé, maintien de salaire et décès ou à un contrat collectif ;
- les membres participants de la MNT en activité, qui en cas de radiation de l'un des produits dont la MNT porte le risque assurantiel, souhaitent conserver le «+ Territorial» au travers d'un règlement mutualiste spécifique et acquittent la cotisation y afférente ;
- les ayants droit du membre participant de la MNT vivant dans le même foyer, dont il demande l'inscription en s'engageant à s'acquitter du complément de cotisation correspondant : conjoint, enfants à charge du membre participant au sens de la Sécurité sociale, ayants droit de régime de Sécurité sociale française.

Il est précisé qu'en cas de décès de l'assuré, les descendants en ligne directe bénéficient également de la garantie recours que l'assuré aurait été en droit d'exercer.
La perte de qualité de membre participant adhérent de la MNT pour quelque cause que ce soit entraîne la perte de la qualité d'assuré.
TIERS : toute personne physique ou morale autre que l'assuré, le souscripteur et l'assureur. Les assurés peuvent être tiers entre eux.
SINISTRE/LITIGE : situation de désaccord opposant l'assuré à un ou plusieurs tiers, y compris sur le plan amiable, et marquée par le refus opposé à une réclamation dont l'assuré est l'auteur ou le destinataire.
Pour la garantie défense pénale et recours professionnels, le litige est constitué :
- par toute mise en cause pénale de l'assuré dans le cadre de ses fonctions professionnelles qui se traduit par une plainte émanant d'un tiers ou par des poursuites pénales à l'encontre de l'assuré ;
- par toute mise en cause pénale d'un tiers auteur de violences volontaires à l'encontre de l'assuré se trouvant dans l'exercice de ses fonctions professionnelles, qui se traduit par une plainte de l'assuré.

Pour la garantie droit de la sécurité sociale, le litige est constitué par toute opposition d'intérêts entre l'assuré et un tiers qui se traduit par une réclamation exercée par l'assuré à l'encontre de ce dernier.
FAIT GÉNÉRATEUR DU LITIGE : évènement qui provoque soit la réclamation de l'assuré auprès d'un tiers, soit la réclamation d'un tiers à son encontre.

ARTICLE 2 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties du présent contrat s'appliquent en France Métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer suivants : Guadeloupe, La Réunion, Guyane, Martinique.

ARTICLE 3 - OBJET DU CONTRAT

3.1 LITIGES GARANTIS

3.1.1 DÉFENSE PÉNALE

SMACL Assurances prend en charge, dans les conditions et limites prévues par le contrat, la défense de l'assuré poursuivi dans le cadre de l'exercice de son activité professionnelle en qualité d'auteur ou de complice d'une infraction pénale non intentionnelle.

3.1.2 RECOURS PROFESSIONNEL

SMACL Assurances prend en charge, dans les conditions et limites prévues par le contrat, le recours contre le tiers en réparation du préjudice subi par l'assuré dont la mise en cause pénale intervenue dans le cadre de l'exercice de ses fonctions professionnelles a abouti à une décision de relaxe ou de non-lieu.
Par ailleurs, SMACL Assurances prend en charge le recours contre l'employeur auquel incomberait légalement le paiement des dommages et intérêts mis à la charge de l'assuré condamné pour une infraction pénale non intentionnelle. SMACL Assurances prend également en charge le recours contre le tiers auteur de violences volontaires à l'encontre de l'assuré se trouvant dans l'exercice de ses fonctions professionnelles.

3.1.3 DROIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

SMACL Assurances prend en charge, dans les conditions et limites prévues par le contrat, les litiges concernant :
- la qualification d'accident du travail, d'accident de trajet ou de maladie professionnelle ;
- l'obtention du régime longue maladie ;
- l'attribution ou la révision d'une pension d'invalidité ;
- les réclamations de l'assuré lorsqu'il est victime d'un accident du travail imputable à une faute inexcusable de l'employeur ;
- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et l'attribution d'allocation d'adulte handicapé, par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (C.D.A.P.H.) ;
- l'attribution, aux personnes assumant la charge d'un enfant handicapé, de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Pour ces litiges, SMACL Assurances assiste l'assuré dans ses démarches auprès de la commission de recours amiable et, si nécessaire, auprès des juridictions compétentes.

3.2 PRESTATIONS

3.2.1 INFORMATION JURIDIQUE PAR TÉLÉPHONE

Les personnes ayant la qualité d'assuré pour les garanties précitées bénéficient d'un service d'information juridique. En prévention de tout litige, SMACL Assurances met à la disposition de l'assuré un service d'information juridique portant sur des questions relevant des domaines de droit garantis par le présent contrat. Ce service est disponible **exclusivement par téléphone** au 09 72 72 02 02, du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 sans interruption, hors jours fériés et fermetures exceptionnelles. En cas de litige, l'interlocuteur renseignera l'assuré sur ses droits et obligations et se chargera de transmettre au service dédié à la gestion des sinistres toutes les informations utiles à la mise en œuvre, le cas échéant, de la garantie.

L'information juridique se distingue de toute prestation de conseil ainsi que de toute prise en charge de litige. Les informations reçues de ce service ne peuvent aucunement se substituer aux consultations des intervenants tels que les avocats.

3.2.2 DÉFENSE AMIABLE DES INTÉRÊTS DE L'ASSURÉ (pour les garanties 3.1.2 et 3.1.3)

Information et conseil juridique
SMACL Assurances procède aux études et recherches qui permettent à l'assuré d'apprécier l'étendue et la réalité de ses droits et de ses obligations et l'informe des mesures utiles et indispensables à la sauvegarde de ses intérêts.
Recherche de solution amiable
La recherche d'une solution amiable est un préalable obligatoire à toute action devant les juridictions civiles, conformément aux articles 56 et 58 du Code de procédure civile.
Après étude des éléments de fait et de droit qui seront demandés à l'assuré, une stratégie sera élaborée d'un commun accord avec lui, pour trouver prioritairement une solution amiable. Conformément à cette stratégie, SMACL Assurances entreprendra les démarches nécessaires pour aboutir à une telle solution. En fonction de la nature du litige, il pourra être fait appel, en cas de besoin, à un intervenant extérieur (expert, huissier) qualifié pour apporter un avis technique et mener des négociations.
À ce stade, si la partie adverse est assistée par un avocat, l'assuré sera également assisté dans les mêmes conditions, conformément à l'article L.127-2-3 du Code.
Dans le cadre de ces démarches pour la résolution amiable du litige, SMACL Assurances prend en charge, dans la limite des montants TTC indiqués au barème de prise en charge annexé à la présente notice, les frais et honoraires de l'avocat de l'assuré.

3.2.3 DÉFENSE JUDICIAIRE DES INTÉRÊTS DE L'ASSURÉ

En cas d'impossibilité d'aboutir à une solution amiable, SMACL Assurances garantit et organise la défense des intérêts de l'assuré devant les juridictions.
La direction de la procédure appartient à l'assuré, sur les conseils de son avocat. SMACL Assurances est néanmoins à la disposition de l'assuré, ainsi qu'à celle de son avocat, pour le suivi du dossier.

ARTICLE 4 - PLAFOND DES GARANTIES, SEUIL D'INTERVENTION ET MODALITÉS DE PAIEMENT

4.1 PLAFOND DES GARANTIES

Les garanties s'exercent à concurrence de 106 000 euros par

litige. SMACL Assurances prend en charge les frais et honoraires **exposés avec son accord** pour le règlement du litige, dans la limite des montants TTC indiqués au barème de prise en charge annexé à la présente notice.
Le plafond de garantie et le barème de prise en charge sont communiqués à l'assuré dès la déclaration du litige.
De même, SMACL Assurances s'engage à les rappeler à l'assuré lorsqu'il fait appel à un avocat et si l'assuré le demande, à les communiquer à ce dernier.
En cas d'expertise judiciaire, SMACL Assurances prendra en charge les frais et honoraires de l'expert et du sapiteur, dans la limite de 3 000 euros par sinistre. SMACL Assurances prend en charge les frais et honoraires d'huissier de justice dans la limite des textes régissant leur profession.
Ces montants ne se reconstituent pas quelle que soit la durée de traitement du sinistre. Ainsi, en cas de changement d'avocat en cours de dossier, ou si l'assuré fait le choix de plusieurs défenseurs, le total des honoraires à régler ne pourra pas être supérieur à celui qui serait versé à un seul avocat.

4.2 SEUIL D'INTERVENTION

Pour les garanties recours professionnels et droit de la sécurité sociale, le seuil d'intervention de l'assureur ne pourra être pris en compte que pour les litiges dont l'enjeu est supérieur à **150 €.**
Pour la garantie défense pénale il n'y a pas de seuil d'intervention.

4.3 MODALITÉS DE PAIEMENT

SMACL Assurances rembourse les frais garantis à la première demande et dans les plus brefs délais, à réception des justificatifs et au fur et à mesure de leur acquittement, dans la limite des montants visés à l'article 4.1 ci-avant.
Par exception, lorsqu'une délégation d'honoraires aura été convenue entre l'assuré et son avocat, SMACL Assurances acquittera directement les frais garantis pour les litiges relevant de la compétence d'une juridiction française, dans la limite des montants visés à l'article 4.1 ci-avant.

ARTICLE 5 - FRAIS NON PRIS EN CHARGE

Ne sont pas pris en charge :
· les frais d'actes ou de procédure engagés avant d'avoir déclaré le sinistre. Toutefois, si le litige nécessite des mesures conservatoires urgentes imposant d'engager de tels frais avant toute déclaration du litige, ils seront remboursés, à charge pour l'assuré de justifier de l'urgence et d'en avertir SMACL Assurances dans les meilleurs délais (L.127-2-2 du Code) ;
· les honoraires de résultat convenus avec l'avocat, fixés en fonction de l'intérêt en jeu ou en fonction du résultat définitif ou espéré des démarches engagées ;
· les dépens et frais irrépétibles mis à la charge de l'assuré par décision judiciaire ou administrative ;
· les condamnations, les amendes pénales ou civiles, ainsi que les pénalités de retard ;
· les cautions et consignations pénales. Toutefois, sont prises en charge les consignations demandées à l'assuré qui dépose plainte consécutivement à des violences volontaires dans le cadre de la garantie recours professionnel ;
· les sommes réglées au tiers par l'assuré dans le cadre d'une transaction ;
· les frais engagés par l'assuré, sans l'accord de SMACL Assurances, pour constater les faits ou réunir les preuves du préjudice ou établir sa réalité ;
· les frais engagés pour identifier ou retrouver le tiers.

ARTICLE 6 - EXCLUSIONS DE LA GARANTIE DÉFENSE PÉNALE ET RECOURS PROFESSIONNELS

SMACL Assurances ne prend pas en charge les litiges :
· consécutifs à une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré. Si le caractère intentionnel ou dolosif est établi postérieurement à la mise en œuvre de la garantie, SMACL Assurances est en droit de demander à l'assuré le remboursement des frais engagés ;
· résultant de la participation de l'assuré à des vols, paris, défis, duels, rixes, agressions, ou tout acte volontaire portant atteinte à l'intégrité physique des personnes ;
· résultant de la participation de l'assuré à des émeutes ou mouvements populaires (entendus comme des rassemblements spontanés ou non, à des fins idéologiques, politiques, religieuses, économiques ou sociales), à des actes de terrorisme ou à tout autre acte constitutif de crime ou délit contre la nation, l'État et la paix publique relevant du Code pénal (Livre IV) ;
· résultant de la participation de l'assuré à un vol ou une tentative de vol, à des actes de vandalisme ou à toute autre infraction volontaire d'atteinte aux biens relevant du Code pénal (Livre II : Des crimes et délits contre les biens) ;
· liés à des faits de guerre civile (SMACL Assurances doit prouver que le sinistre résulte de tels faits), ou de guerre étrangère (l'assuré doit prouver que le sinistre résulte d'un fait autre que la guerre étrangère) ;
· découlant de l'utilisation d'un véhicule ;
· relevant d'une garantie défense pénale et recours suite à accident au titre d'une assurance de responsabilité civile ;
· résultant d'une situation dans laquelle l'assuré ou le souscripteur est en infraction avec une obligation légale d'assurance.

ARTICLE 7 - PRISE D'EFFET, CESSATION ET VALIDITÉ DES GARANTIES

7.1 PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties défense pénale et recours professionnels, et droit de la sécurité sociale, ainsi que la prestation d'information juridique prennent effet à l'égard de chaque assuré :
– Au 1er janvier 2016 pour l'ensemble des membres participants de la MNT ainsi que leurs ayants droit qui ont acquis cette qualité antérieurement à cette date,
– Au 1er jour qui suit l'adhésion à la MNT pour les membres participants qui ont acquis cette qualité postérieurement à la date de prise d'effet du présent contrat et, éventuellement pour leurs ayants droit.

7.2 CESSATION DES GARANTIES

Le droit à garantie cesse pour l'assuré à la date de survenance de l'un des évènements suivants :
– résiliation du contrat pour compte, pour quelque cause que ce soit. En cas de résiliation, demeurent pris en charge et jusqu'à leur terme, les litiges garantis déclarés par les assurés antérieurement à sa résiliation ;
– perte de la qualité d'assuré, pour quelque cause que ce soit.
La qualité d'assuré étant aux termes du présent contrat circonscrite aux membres participants de la MNT et leurs ayants droit, la perte de qualité de membre participant de la MNT ou d'ayant droit, pour quelque cause que ce soit, a pour conséquence la perte de la qualité d'assuré.

7.3 VALIDITÉ DES GARANTIES

7.3.1 POUR LES GARANTIES DÉFENSE PÉNALE ET RECOURS PROFESSIONNELS

Les garanties sont valables et s'appliquent à la double condition que :
– le fait générateur du litige survienne entre la date de prise d'effet des garanties (prévue à l'article 7.1) et la date de leur cessation (prévue à l'article 7.2) ;
– le litige soit déclaré pendant la période de validité des garanties, soit entre leur date de prise d'effet (prévue à l'article 7.1) et leur date de cessation (prévue à l'article 7.2).
Par exception à ces principes, sont cependant pris en charge :
– les litiges dont le fait générateur est antérieur de moins de trois (3) mois par rapport à la date de prise d'effet des garanties (prévue à l'article 7.1), si l'assuré exerçait déjà une activité professionnelle avec une qualité lui permettant d'adhérer à la MNT en tant que membre participant, conformément aux dispositions des statuts de la MNT en vigueur à la date du fait générateur ;
– les litiges dont le fait générateur est antérieur à la date de prise d'effet des garanties (prévue à l'article 7.1) à la condition que l'assuré justifie n'en avoir eu connaissance que postérieurement à cette date et si l'assuré exerçait déjà une activité professionnelle avec une qualité lui permettant d'adhérer à la MNT en tant que

membre participant, conformément aux dispositions des statuts de la MNT en vigueur à la date du fait générateur.

Dans ce dernier cas, si, au cours du traitement du dossier, il apparaît que l'assuré ne pouvait, de bonne foi, ignorer la situation litigieuse à la date de prise d'effet des garanties, il sera déchu de son droit à garantie et SMACL Assurances pourra lui demander le remboursement des sommes déjà versées s'il y a lieu.

7.3.2 POUR LA GARANTIE DROIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La garantie est valable et s'applique à la double condition que :

− le litige survienne entre la date de prise d'effet des garanties (prévue à l'article 7.1) et la date de leur cessation (prévue à l'article 7.2) ;

− le litige soit déclaré pendant la période de validité des garanties, soit entre leur date de prise d'effet (prévue à l'article 7.1) et leur date de cessation (prévue à l'article 7.2).

Par exception à ces principes, sont cependant pris en charge :

− les litiges antérieur de moins de trois (3) mois par rapport à la date de prise d'effet des garanties (prévue à l'article 7.1), si l'assuré exerçait déjà une activité professionnelle avec une qualité lui permettant d'adhérer à la MNT en tant de membre participant, conformément aux dispositions des statuts de la MNT en vigueur à la date du fait générateur.

7.4 DURÉE, RENOUVELLEMENT ET RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat est d'une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction. Il peut être dénoncé par SMACL Assurances ou le souscripteur conformément au contrat d'assurance pour compte conclu par eux et selon les modalités précisées aux conditions générales. La résiliation du présent contrat est portée à la connaissance des assurés par le souscripteur.

ARTICLE 8 - DÉCLARATION DE LITIGE

8.1 DÉCLARATIONS DU LITIGE

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'assuré doit déclarer le litige à SMACL Assurances dans les trente (30) jours ouvrés à compter de la date à laquelle il en a connaissance, ou au plus tard à la date à laquelle une citation en justice lui est signifiée.

L'assuré doit déclarer le litige en communiquant son numéro d'adhérent MNT et le numéro du contrat d'assurance :

− par téléphone au 09 72 72 02 02 (prix d'un appel local) ;

− par courrier postal :

SMACL Assurances - Direction Indemnisations - 141, avenue Salvador-Allende - TSA 67211- CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9.

8.2 CONSTITUTION DU DOSSIER - OBLIGATION DE COOPÉRATION

Afin de permettre à SMACL Assurances de défendre au mieux les intérêts de l'assuré, ce dernier s'engage à lui fournir dans les meilleurs délais :

− toutes informations, tous documents et justificatifs, permettant d'établir l'existence d'un litige et d'apprécier la réalité et l'étendue de l'atteinte aux droits de l'assuré ou à ceux du tiers dont il lui réclame la réparation ;

− tous documents nécessaires à la défense des intérêts de l'assuré et permettant d'apprécier l'opportunité d'engager une action de justice ;

− tous avis, lettres, convocations, actes d'huissiers, assignations, pièces de procédure et tous documents justificatifs nécessaires au bon suivi et au règlement du dossier ;

− toute information sur les mesures conservatoires et les frais associés, que l'urgence de la situation litigieuse a imposé à l'assuré d'engager avant même de déclarer le litige à SMACL Assurances.

À défaut d'urgence, comme il est précisé à l'article 5, ces frais ne seront pas pris en charge.

8.3 SANCTIONS

Si l'assuré déclare le sinistre après le délai indiqué ci-dessus, et si SMACL Assurances établit que ce retard lui cause un préjudice, il sera déchu de tout droit à garantie.

Si l'assuré fait, de mauvaise foi, des déclarations inexactes ou incomplètes sur les faits, les évènements ou la situation à l'origine du litige, ou sur tout élément conditionnant sa solution, il sera entièrement déchu de tout droit à garantie pour le litige considéré.

ARTICLE 9 - CHOIX DE L'AVOCAT

Chaque fois que le litige nécessite l'intervention d'un avocat ou de toute personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur, pour défendre, représenter ou servir les intérêts de l'assuré, ce dernier a la liberté de le choisir.

L'assuré a également la liberté de choisir un avocat ou toute autre personne qualifiée pour l'assister, chaque fois que survient un conflit d'intérêt entre lui et SMACL Assurances.

L'avocat ou la personne qualifiée choisie par l'assuré doit être territorialement compétente. A défaut, SMACL Assurances ne sera pas tenue de prendre en charge les frais de déplacement liés à ce choix, ni le coût des honoraires de l'avocat postulant chargé d'accomplir pour le compte de l'assuré les actes ordinaires de la procédure devant la juridiction territorialement compétente.

SMACL Assurances peut proposer à l'assuré, sur demande écrite de sa part, le nom d'un avocat. Les modalités de prise en charge des frais et honoraires sont exposées à l'article 4 ci-dessus.

ARTICLE 10 - DÉCLARATION DES AUTRES ASSURANCES

Conformément à l'article L.121-4 du Code, si les risques garantis par le présent contrat sont couverts par une autre assurance, l'assuré doit en faire immédiatement la déclaration à SMACL Assurances en lui indiquant le nom de la compagnie, le numéro de contrat, la nature et le montant de la garantie. L'assuré pourra obtenir la prise en charge du litige en s'adressant à l'assureur de son choix.

ARTICLE 11 - SUBROGATION

En vertu de l'article L.121-12 du Code, SMACL Assurances est subrogée dans vos droits, lorsque vous gagnez votre procès, pour le remboursement des dépens et frais irrépétibles mis à la charge du tiers à votre profit sur le fondement des articles 696 et 700 du Code de procédure civile ou des dispositions équivalentes du Code pénal ou du Code de justice administrative, jusqu'à concurrence des sommes versées par elle pour le règlement du litige.

Toute somme obtenue en remboursement des frais et des honoraires exposés pour le règlement du litige bénéficie par priorité à l'assuré pour les dépenses dûment justifiées restées à sa charge et, subsidiairement, à SMACL Assurances, dans la limite des sommes qu'elle a engagées (article L.127-8 du Code).

ARTICLE 12 - ARBITRAGE EN CAS DE LITIGE ENTRE L'ASSUREUR ET L'ASSURÉ

La décision de donner suite à la réclamation ou de résister à la demande de la partie adverse est prise d'un commun accord entre SMACL Assurances et l'assuré. En cas de désaccord, l'assuré reste libre de mettre en application la procédure d'arbitrage suivante, conformément à l'article L.127-4 du Code.

Une tierce personne pourra être désignée d'un commun accord ou, à défaut, par le président du tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond. Les frais exposés pour la désignation et la consultation de cette tierce personne sont à la charge de SMACL Assurances, dans la limite des montants TTC indiqués au barème de prise en charge annexé à la présente notice d'information. Toutefois, le président du tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond, peut en décider autrement s'il s'avère que l'assuré a mis en œuvre cette procédure d'arbitrage dans des conditions abusives. Si malgré l'avis contraire de SMACL Assurances ou celui de la tierce personne désignée, l'assuré engage à ses frais une procédure contentieuse, SMACL Assurances ne remboursera ces frais, dans la limite des montants TTC indiqués au barème de prise en charge annexé à la présente notice d'information, que si l'assuré obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par elle ou par la tierce personne.

Lorsque cette procédure d'arbitrage est mise en œuvre, le délai de recours contentieux est suspendu pour toutes les instances juridictionnelles qui sont couvertes par la garantie et que l'assuré est susceptible d'engager en demande, jusqu'à ce que la tierce personne chargée de proposer une solution en ait fait connaître la teneur.

ARTICLE 13 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L.114-1 et L.114-2 du Code.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix (10) ans à l'égard des ayants droit de l'assuré décédé, bénéficiaires des garanties d'assurance contre les accidents atteignant les personnes.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption que sont :

- la demande en justice, même en référé (article 2241 du Code civil) ;

- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil) ;

- la reconnaissance non équivoque par l'assureur, du droit à garantie de l'assuré (article 2240 du Code civil).

Elle peut également être interrompue dans les cas ci-après :

- désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;

- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par SMACL Assurances au souscripteur en ce qui concerne le paiement de la cotisation ou par le souscripteur à SMACL Assurances en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 14 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Dans le cadre de ses activités, SMACL Assurances réalise différents traitements de données personnelles concernant le souscripteur et l'assuré, en qualité de responsable de traitement.

Le traitement de ces données personnelles est nécessaire dans le cadre de la souscription, de la gestion et de l'exécution du contrat d'assurance et afin d'organiser la vie institutionnelle relevant des statuts de SMACL Assurances, ainsi que pour répondre à des prescriptions réglementaires parmi lesquelles la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ainsi que les réponses aux demandes officielles des autorités publiques ou judiciaires dûment autorisées.

Les données peuvent également être traitées par SMACL Assurances dans le cadre du dispositif de lutte contre la fraude mis en œuvre dans l'intérêt légitime de l'assureur et de ses sociétaires et dans le cadre des opérations d'amélioration de la relation commerciale.

Sans opposition de leur part, les données personnelles du souscripteur ou de l'assuré pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services proposés par SMACL Assurances.

De façon générale, le défaut de fourniture des données sollicitées aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.

Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance. Elles sont destinées aux personnels habilités de l'assureur et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités (exemple : experts, réassureurs, organismes sociaux, etc.) et s'il y a lieu, aux personnes intéressées au contrat.

Les données sont traitées et hébergées au sein de l'Espace économique européen (EEE). Certains réassureurs de SMACL Assurances pouvant néanmoins être situés hors de l'EEE, des garanties appropriées sont alors mises en œuvre pour assurer la protection des données en cas de transfert.

Conformément aux dispositions de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment du règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, le souscripteur ou l'assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et de portabilité sur ses données, et sous certaines conditions, un droit d'effacement, de limitation et d'opposition. Il dispose également du droit de décider du sort de ses données après son décès.

Pour l'exercice de ces droits, le souscripteur ou l'assuré peut envoyer une demande, en fournissant un justificatif d'identité comportant sa signature, par courrier postal à l'adresse du délégué à la protection des données :

SMACL Assurances - Délégué à la protection des données - 141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9

ou par courriel : protectiondesdonnees@smacl.fr.

Si le souscripteur ou l'assuré estime, après avoir contacté le délégué à la protection des données de SMACL Assurances, que ses droits «Informatique et Libertés» ne sont pas respectés, le souscripteur ou l'assuré peut introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL).

Le souscripteur ou l'assuré peut enfin, à tout moment, s'inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse https://inscription.bloctel.fr/.

Pour une information plus détaillée sur l'utilisation de ses données personnelles ou l'exercice de ses droits (accès, rectification, opposition, etc.), le souscripteur ou l'assuré peut consulter l'espace dédié « Données personnelles » (www.smacl.fr/donnees-personnelles) sur smacl.fr.

ARTICLE 15 - LUTTE CONTRE LA FRAUDE

SMACL Assurances met en œuvre, dans le respect de la réglementation en vigueur, un dispositif de lutte contre la fraude pouvant conduire à l'inscription du souscripteur et/ou de l'assuré sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ainsi qu'à l'adoption de décisions produisant des effets juridiques (non indemnisation, action en justice...).

ARTICLE 16 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

SMACL Assurances est tenue, dans le cadre de ses obligations réglementaires concernant la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de procéder à l'identification de l'identité du souscripteur et/ou de l'assuré et, le cas échéant, de ses/leurs bénéficiaires effectifs.

En cas de soupçon de blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme ou de détection d'une opération suspecte ou inhabituelle, SMACL Assurances doit procéder à la vérification des éléments d'identification et exercer une vigilance constante à l'égard du souscripteur et/ou de l'assuré et de ses/leurs bénéficiaires effectifs éventuels (suivi de la situation professionnelle, économique et financière). Dans ce cas, des mesures de vigilance complémentaires s'appliquent à l'égard des personnes politiquement exposées définies à l'article R.561-18 du Code monétaire et financier.

A ce titre, le souscripteur et/ou l'assuré s'engage(nt) à remettre à SMACL Assurances tout document d'identité et d'information sur sa/leurs situation(s) professionnelle(s), patrimoniale(s), financière(s) ou personnelle(s) ainsi que tout document d'identité sur ses/leurs bénéficiaires effectifs éventuels.

SMACL Assurances est également tenue de déclarer à Tracfin les opérations portant sur des sommes dont elle sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an ou sont liées au financement du terrorisme.

SMACL Assurances peut aussi être obligée d'appliquer certaines mesures déterminées par les autorités publiques dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, susceptibles de conduire à des retards ou des refus d'exécution des garanties prévues au contrat d'assurance.

ARTICLE 17 - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation, le souscripteur ou l'assuré s'adresse en premier lieu à son interlocuteur habituel SMACL Assurances selon l'une des modalités suivantes :

> par l'envoi du formulaire disponible sur le site internet https://www.smacl.fr/reclamations,

> par courrier postal adressé :

- dans le cadre d'une réclamation relative à la gestion du contrat, à SMACL Assurances, Direction Marchés-Réclamations, 141, avenue Salvador-Allende, CS 20000, 79031 NIORT CEDEX 9,
- dans le cadre d'une réclamation relative à la gestion d'un sinistre, à SMACL Assurances, Direction Indemnisations-Réclamations, TSA 67211, CS 20000, 79060 NIORT CEDEX 9.

En cas de désaccord sur la réponse apportée, le souscripteur ou l'assuré peut en second lieu adresser sa réclamation selon l'une des modalités suivantes :

> par mail à service-reclamations-marches@smacl.fr dans le cadre d'une réclamation relative à la gestion du contrat ou à service-reclamations-indemnisations@smacl.fr dans le cadre d'une réclamation relative à la gestion d'un sinistre,

> par courrier postal à SMACL Assurances Réclamations, 141, avenue Salvador-Allende, 79000 NIORT.

SMACL Assurances s'engage à accuser réception de la réclamation dans les dix (10) jours ouvrables à compter de sa réception. Sauf circonstances particulières, SMACL Assurances s'engage à apporter une réponse définitive dans un délai de deux (2) mois suivant la réception de la réclamation.

ARTICLE 18 - MÉDIATION

Si aucune solution n'est trouvée dans le cadre du traitement des réclamations par SMACL Assurances, l'assuré pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance.

SMACL Assurances applique le dispositif de l'association La Médiation de l'Assurance.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties qui restent libres de le suivre ou non et conservent le droit de saisir le tribunal compétent.

Principales conditions pour saisir le Médiateur de l'Assurance :

− l'assuré doit avoir tenté au préalable de résoudre son litige selon les modalités prévues par l'article 17 « Traitement des réclamations » ;

− l'assuré doit introduire sa demande auprès du Médiateur dans un délai d'un (1) an à compter de sa réclamation écrite auprès de SMACL Assurances ;

− aucune action en justice ne doit avoir été engagée à ce stade.

L'assuré peut obtenir toute information utile concernant la procédure de saisine et les missions du Médiateur sur le site internet mediationassurance. org.

Comment saisir le Médiateur de l'Assurance :

− par Internet sur le site mediation-assurance.org ;

− par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance -TSA 50110 - 75441 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 19 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'assureur tel que défini par le présent contrat, est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (4, Place de Budapest – CS 92456 - 75436 PARIS CEDEX 9).

ANNEXE – BARÈME DE PRISE EN CHARGE DES HONORAIRES

Ces montants TTC (TVA en vigueur au jour de l'application du barème) constituent la limite de notre prise en charge, par décision obtenue, et ce même en cas de changement d'avocat. Les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de téléphone, de photocopies, de déplacement, etc.) sont inclus dans le montant remboursé.

Budget amiable	750 € pour l'ensemble des intervenants
Recours gracieux (contentieux administratif)	500 €
Assistance devant une commission civile, administrative ou disciplinaire	350 €
Commission d'indemnisation et d'aide aux victimes d'infractions et Commission régionale de conciliation et d'Indemnisation	700 €
Service d'aide au recouvrement des victimes d'infractions	250 €
Assistance à garde à vue (si entre 20h et 6h, week-end et jour férié, honoraire doublé)	130 €/heure
Assistance à instruction/information judiciaire	800 €
Communication du procès-verbal et démarches au Parquet	150 €
Rédaction de plainte avec constitution de partie civile	300 €
Médiation pénale/Composition pénale/Comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité	700 €
Chambre de l'instruction et juridiction d'application des peines	500 €
Référé	800 €
Assistance à expertise judiciaire	150 €/heure sans pouvoir excéder 600 €/ expertise pour l'ensemble des intervenants
Frais de l'expert judiciaire et du sapiteur	3 000 €
Tribunal de proximité et juge des contentieux et de la protection	1 000 €
Tribunal de police	800 € en défense 1 000 € avec constitutionde partie civile
Tribunal correctionnel	1 000 €
Cour d'assises (y compris Cour d'assises d'appel et Cour criminelle)	1 000 €/journée dans la limite de 4 000 €
Tribunal judiciaire* (hors audience devant le juge des contentieux et de la protection)	1 500 €
Tribunal administratif	2 000 €
Tribunal des affaires de sécurité sociale et Tribunal du contentieux de l'incapacité	1 000 €
Cour d'appel, Cour administrative d'appel	2 000 €
Cour de cassation, Conseil d'État : - consultation - pourvoi	 3 000 € 2 500 €
Juridiction européenne	1 500 €
Juge de l'exécution	500 €
Huissiers de justice : - assignation, signification - démarches d'exécution	Dans la limite des textes régissant la profession 350 €

* Le tribunal judiciaire est issu de la fusion du tribunal de grande instance et du tribunal d'instance, conformément à la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et son décret d'application n°2019-1333 du 11 décembre 2019.

HAV-MNT/DPRP/RM - 04/2021

SMACL Assurances Siège social
141, avenue Salvador-Allende - CS 20000 - 79031 NIORT CEDEX 9
SMACL Assurances - Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes régie par le Code des assurances - RCS Niort n° 301 309 605

Pour tout connaitre sur la MNT

09 72 72 02 02
(prix d'un appel local)

MNT
Être utile est un beau métier
GROUPE VYV

B-89 NI annexe aux règlements mutualistes MNT Santé & MNT Hospitalisation – 2023