

Filao

PRÉAMBULE

Il a été conçu entre l'Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste (ADPM) et l'association ELANTIS ont souscrit le contrat «Filao» référencé «FUCR20040» et «FUCR20041», pour le compte de leurs membres auprès de FIDELIDADE - COMPANHIA DE SEGUROS S.A., dont la succursale pour la France est sise Tour W - 24 ème étage - 102 Terrasse Boieldieu - CS 50134, 92085 Paris La Défense Cedex, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 413 175 191, un Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative dont la gestion a été confiée à Milligestion, situé au 1 bis, bd Faidherbe, 59400 Cambrai, RCS Douai 345 083 588, Orias 07 000 616 (www.orias.fr) - Garantie financière et Responsabilité civile professionnelle souscrites conformément aux articles L. 512-6 et L. 512-7 du Code des assurances. L'autorité de contrôle est « Autoridade de Supervisão de Seguros e Fun- dos de Pensões » (ASF), Avenida da República, 76, 1600-205 Lisboa – Portugal». Ce Contrat est ouvert aux membres de l'association ADPM, il est régi par le Code des Assurances, les présentes conditions générales, les Certificats d'adhésion remis aux Adhérents.

Ce contrat a la qualité de contrat responsable c'est-à-dire qu'il répond aux exigences prévues par les articles L.871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

En conséquence, la garantie et les niveaux de remboursement suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

DEFINITIONS

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action brusque, soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent ou membre participant

Personne physique ou morale qui signe la demande d'adhésion, en acquitte les cotisations, et fait accéder aux garanties du dit contrat.

Année d'assurance

Période s'écoulant entre deux dates d'échéance principale (la première année : période s'écoulant entre la prise d'effet des garanties et l'échéance principale suivante).

Assuré ou bénéficiaire

La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désignée(s) au certificat d'adhésion.

Assureur

FIDELIDADE - COMPANHIA DE SEGUROS S.A., dont la succursale pour la France est sise Tour W - 24 ème étage - 102 Terrasse Boieldieu - CS 50134, 92085 Paris La Défense Cedex, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 413 175 191

Le présent contrat est distribué par Milligestion, marque de la SAS UCR inscrite au RCS de Douai sous le n°345 083 588 et à l'ORIAS sous le n°07 000 616, Courtier grossiste, dont le siège social est situé 1 bis, boulevard Faidherbe 59400 CAMBRAI.

La distribution peut avoir été déléguée par Milligestion à un co-courtier dont les coordonnées sont indiquées au certificat d'adhésion.

Bonus

Après une période de 12 mois d'adhésion au contrat, certaines garanties évoluent automatiquement (voir tableau des garanties) à la condition que la formule de la 1ère et la 2ème année soient identiques.

Chef de famille

Adhérent personne physique, désigné comme assuré au contrat.

Certificat d'adhésion

Document adressé à l'adhérent, décrivant les engagements pris entre l'assureur et l'adhérent. Il personnalise la notice remise à l'adhérent.

Date d'effet

Les garanties du présent contrat prennent effet à la date indiquée au certificat d'adhésion.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

Terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant souscrit à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou l'Option de

Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie d'Obstétrique (OPTAM-CO). L'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). L'OPTAM-CO visant de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique

Echéance principale

L'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation, à la date figurant au certificat d'adhésion établi par l'Assureur ou son mandataire pour une période de douze (12) mois. L'engagement se renouvelle ensuite annuellement à la date anniversaire de l'adhésion par tacite reconduction, sauf en cas de résiliation dans les conditions énoncées à l'article 14 de la Notice d'information.

Garantie

Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue, et à l'engagement de l'Assureur de verser une prestation si le membre participant ou le cas échéant ses ayants droit, sont victimes d'un sinistre. Nos contrats garantissent le complément après l'intervention d'un régime de base obligatoire français, et des garanties accessoires pour une garantie médicale plus complète. Différents niveaux de garanties sont proposés.

Gestionnaire

Organisme qui gère le contrat d'assurance par délégation de l'Assureur.

Honoraires Limites de Facturation

Les Honoraires Limites de Facturation correspondent à l'honoraire maximal facturable par le chirurgien-dentiste à l'Assuré pouvant faire l'objet d'une entente directe. Ils sont fixés par la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, approuvée par l'arrêté du 20 août 2018 (publié au Journal Officiel du 25 août 2018)

Hospitalisation

Au sens du présent contrat, est considéré comme Hospitalisation tout séjour d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier public ou privé en France ou à l'étranger suite à une maladie, un Accident ou une maternité et ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Il est précisé que ne sont garanties par le contrat que les Hospitalisations effectuées dans un établissement hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale.

Maladie

Altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Prix Limites de Vente (PLV)

Les Prix Limites de Vente correspondent aux prix maximums facturables par le professionnel de santé, fixés par le Comité Economique des produits de santé (CEPS) pour les dispositifs médicaux inscrits sur une liste de produits et prestations visée à l'article L. 165-1 du

Code de la Sécurité sociale. Conformément au niveau de garanties de l'Assuré, le contrat d'assurance interviendra, en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

Souscripteurs

ADPM (Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste), enregistrée à la Préfecture du Territoire d'Indre et Loire sous le N° W372000113, sise 49 bis, avenue Maginot 37100 Tours.

ELANTIS, enregistrée à la Préfecture de Police de Paris sous le N° W751115386, sise 68, rue du Rocher 75008 Paris

Ticket Modérateur (TM)

Fraction de dépenses de frais de soins de santé laissée à la charge de l'Assuré, après l'intervention du régime de Sécurité sociale français obligatoire.

Régime obligatoire (RO) : Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés le Membre participant et ses Ayants droit.

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de permettre à l'adhérent de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion, du remboursement de ses dépenses de santé suite à une maladie ou un accident.

Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'adhérent, tels que définis à l'article 4.

ARTICLE 2 - QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT

Dans tous les cas, l'adhérent doit :

- être une personne physique âgée d'au moins 18 ans
- résider en France métropolitaine, en Corse ou dans les DROM

- être assujéti à un régime de base obligatoire français (général ou local)

- être membre de l'ADPM ou d'ELANTIS ;

- signer la demande d'adhésion et acquitter les cotisations.

- être à jour pendant toute la durée du contrat de ses cotisations aux régimes légaux de Sécurité sociale (assurance-maladie et vieillesse).

Avantages fiscaux au titre de la Loi Madelin

La Loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite « Loi Madelin », offre la possibilité de déduire du bénéfice imposable (Bénéfices Industriels et Commerciaux – BIC - ou Bénéfices Non Commerciaux - BNC) les cotisations versées chaque année pour se constituer un complément de retraite par capitalisation ou acquérir des garanties de prévoyance et de complémentaire maladie.

Attention : la fraction de cotisation du contrat de complémentaire santé Madelin versée pour les Ayants droit dépendant d'un autre régime d'assurance maladie que celui du régime de l'assurance maladie des travailleurs indépendants ne sera pas déductible.

Bénéficiaires

Les personnes soumises à l'impôt sur le revenu, au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC) ou des Bénéfices Non Commerciaux (BNC), les commerçants, artisans, professions libérales et travailleurs non salariés non agricoles et leurs conjoints collaborateurs peuvent bénéficier, sous certaines conditions, des avantages de la « Loi Madelin » susvisée.

Conditions

Les personnes souhaitant bénéficier de cette déduction doivent être à jour de leurs cotisations aux Régimes Obligatoires d'assurance maladie et vieillesse et adhérer à un contrat collectif souscrit par une association. Ainsi, les travailleurs indépendants doivent adhérer à l'association ELANTIS en versant le droit d'entrée correspondant. réglementation en vigueur à la date de la déclaration des revenus de l'année N-1.

Plus généralement, les cotisations versées au titre de l'acquisition à un contrat complémentaire santé, sont déductibles dans les conditions et limites prévues par la réglementation en vigueur à la date de la déclaration des revenus de l'année N-1.

ARTICLE 3 - NATURE DES GARANTIES

L'adhésion est viagère dès la prise d'effet du contrat.

L'accès au contrat et aux garanties proposées dans le cadre des différents niveaux est acquis, quel que soit l'état de santé de l'assuré, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

En cas d'évolution législative et réglementaire effectuée dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable des adhérents.

Garantie Chirurgie

La garantie chirurgie prend en charge dans les conditions déterminées à la présente notice toute intervention chirurgicale rendue nécessaire par suite de maladie, d'accident ou de maternité.

Ces interventions doivent figurer à la nomenclature des actes de chirurgie et des actes de spécialités.

Frais de séjour

Dans les établissements publics, privés, et grands centres hospitaliers, l'Assureur procède au remboursement des frais de séjour sur la base du tarif de responsabilité des régimes de base obligatoires, et dans la limite des frais engagés.

Garantie Hospitalisation

Dans les établissements publics, privés et grands centres hospitaliers, l'Assureur procède au remboursement des frais d'hospitalisation suivants sur la base du tarif de responsabilité des régimes de base obligatoires, dans la limite des frais engagés et suivant le niveau de garantie choisi lors de l'adhésion :

- hospitalisation chirurgicale, médicale, psychiatrique, centres de rééducation fonctionnelle, moyen séjour, repos et convalescence et maternité (accouchement)

Garantie maladie

L'Assureur procède au remboursement des frais médicaux, des frais de pratique médicale courante, des soins infirmiers, des examens de laboratoire et de radiologie, des frais de chirurgie, des frais d'optique, de bandages, d'appareils orthopédiques, de transport et de pharmacie suivant le niveau de garanties choisi lors de l'adhésion.

L'Assureur procède au remboursement des prothèses dentaires mobiles et fixes refusées (sauf provisoires) La prise en charge se fait alors dans la limite des frais engagés suivant le niveau de garanties choisi lors de l'adhésion, et sur présentation de facture acquittée.

Forfait journalier

L'Assureur prend en charge cette prestation en cas d'hospitalisation, dans les limites du niveau de garanties choisi lors de l'adhésion.

Chambre particulière Chirurgie

L'Assureur prend en charge la chambre particulière dans l'établissement où a lieu l'intervention, pendant la durée normale du séjour prévue à la nomenclature des actes professionnels dans la limite des frais engagés et suivant le niveau de garanties choisi lors de l'adhésion.

Chambre particulière maladie, maternité, en centre de rééducation, repos et convalescence et psychiatrie

L'Assureur prend en charge les frais engagés pour le supplément chambre particulière, dans la limite annuelle suivant le niveau de garanties choisi lors de l'adhésion.

Frais d'accompagnement

Sont pris en charge les frais de personnes (lit et repas hospitalier) qui accompagnent une personne inscrite au contrat, pour la durée maximum annuelle et l'âge notifiés au niveau des garanties choisies lors de l'adhésion.

Forfait naissance

L'Assureur procède au règlement du forfait naissance prévu au niveau de garanties choisi lors de l'adhésion, par

enfant, sous réserve de son inscription effective le 1er jour de son mois de naissance et du paiement de la cotisation.

Forfait appareillage auditif et forfait petit appareillage

L'Assureur procède au règlement du forfait prévu au niveau de garanties choisi lors de l'adhésion, dans la limite des frais engagés, après remboursement du régime de base obligatoire et sur présentation de factures acquittées.

Forfait optique

L'Assureur procède au règlement du forfait prévu au niveau de garanties choisi lors de l'adhésion, dans la limite des frais engagés, après remboursement du régime de base obligatoire et sur présentation de factures acquittées.

Remboursement des lentilles refusées* et opération de la myopie : prise en charge dans la limite des frais engagés et suivant le niveau de garanties choisi lors de l'adhésion, sur présentation de factures acquittées

(*et d'ordonnances ou de lettres de refus du régime de base obligatoire).

Options de renfort

Ces options permettent d'améliorer le niveau de remboursement prévu pour certaines garanties. Les montants et modalités de remboursement sont précisés au tableau des garanties. Les montants des options de Renfort n'interviennent que dans la limite du reste à charge. La souscription des options de Renfort peut se faire lors de l'adhésion au contrat ou par avenant.

Cure thermique

L'Assureur procède au remboursement des cures prévu au niveau de garanties choisi lors de l'adhésion, dans la limite des frais engagés, après remboursement du régime de base obligatoire et sur présentation de factures acquittées ou d'autres justificatifs jugés nécessaires par l'Assureur.

Hospitalisation et intervention chirurgicale à l'étranger

En cas d'hospitalisation et/ou d'intervention chirurgicale à l'étranger prise en charge par le régime de base obligatoire français de l'assuré (voir article 7 « Territorialité »), l'Assureur rembourse les dépenses dans la limite du tarif de responsabilité déterminé par le centre de régime de base obligatoire auquel le bénéficiaire est affilié.

Forfait télévision

L'Assureur procède au règlement d'un forfait indiqué au tableau de garanties choisi lors de l'adhésion, sur les frais de location d'un téléviseur lors d'un séjour hospitalier en médecine ou chirurgie, sur présentation de factures acquittées et d'un bulletin de situation.

Montant de la garantie

Les montants des garanties sont déterminés et détaillés suivant le niveau de garanties choisi lors de l'adhésion.

Dépassement d'honoraires

L'Assureur procède au remboursement du dépassement, après prise en charge du régime de base obligatoire, prévu au niveau de garanties choisi lors de l'adhésion, dans la limite des frais engagés.

ARTICLE 4 - PERSONNES ASSUREES ET DETERMINATION DE L'AGE A L'ADHESION

Les personnes assurées sont l'Adhérent, c'est-à-dire vous-même, ainsi que ses Ayants droit.

Sont considérés comme Ayants droit de l'Adhérent :

- le conjoint exerçant ou non une activité professionnelle
- le concubin vivant maritalement avec l'Adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'affilié et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'affilié et de son concubin, devra être adressée à Milligestion et renouvelée annuellement ;
- le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS), sur

présentation d'une copie du récépissé de l'enregistrement du Pacte Civil de Solidarité ou d'une copie de la convention;

- à la demande expresse du représentant légal, la personne vivant sous le toit de l'Adhérent et à sa charge, et les ascendants, descendants et collatéraux ;

- Les enfants à charge au sens de l'article L. 161-1 du Code de la Sécurité sociale mais également les enfants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28ème anniversaire justifiant de la qualité :

- d'étudiant ;
- d'apprenti ;
- de chercheur d'emploi ;
- de personne handicapée ayant un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 % et ne pouvant prétendre au versement de l'allocation aux adultes handicapés ;
- de bénéficiaire d'un contrat de professionnalisation ;
- de bénéficiaire d'un contrat d'insertion.

L'âge de l'assuré est déterminé par différence de millésime (année civile - année de naissance).

ARTICLE 5 - CONDITIONS ET FORMALITES D'ADHESION

Pour être admis au bénéfice de l'assurance, vous devez être membres d'ADPM et, le cas échéant d'ELANTIS.

Les Adhérents membres d'ELANTIS souhaitant bénéficier du régime de la Loi Madelin devront :

- exercer une activité non salariée, non agricole, rémunérée, normale et effective dont le régime d'imposition relève de la catégorie des Bénéficiaires Non Commerciaux ou des Bénéficiaires Industriels et Commerciaux ;
- être en activité lors de l'adhésion aux garanties ;
- être à jour du versement des cotisations aux Régimes Obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

Vous remplissez une demande d'adhésion pour vous et, le cas échéant, vos Ayants droit.

Vous devez joindre à votre demande d'adhésion :

- une photocopie de votre attestation de droits adressée par l'organisme de Sécurité sociale lors de la délivrance de votre Carte Vitale ainsi que, le cas échéant, celle de vos Ayants droit qui sont assurés sociaux à titre personnel.
- un relevé d'identité bancaire afin de permettre le virement direct des prestations sur votre compte.
- un mandat de prélèvement SEPA dans le cas d'un prélèvement direct sur votre compte bancaire.

Lorsque des modifications seront apportées aux droits et obligations des Assurés, un avenant à la Notice d'information ou une nouvelle Notice d'information sera établi(e) et remis(e) à chaque Adhérent par l'ADPM et, le cas échéant, par ELANTIS.

L'Adhérent signe pour ses Ayants droit, les Ayants droit ne peuvent bénéficier d'un niveau de garantie différent de celui choisi par l'Adhérent.

Les informations et documents contractuels peuvent être transmis à l'Adhérent sur un support durable autre que le papier. Sauf à ce que le service fourni soit de nature exclusivement électronique, l'Adhérent peut s'opposer à l'utilisation de ce support dès l'entrée en relation ou à n'importe quel moment.

ARTICLE 6 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION, DUREE DES GARANTIES, RENOUVELLEMENT

L'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la première cotisation, à la date figurant au certificat d'adhésion établi par l'Assureur ou son mandataire pour une période de douze (12) mois.

L'acceptation de l'adhésion par l'Assureur ou par son mandataire est matérialisée par l'envoi d'un certificat d'adhésion mentionnant notamment l'identité des personnes assurées et la date d'effet de l'adhésion.

L'engagement se renouvelle ensuite annuellement à la date anniversaire de l'adhésion par tacite reconduction, sauf en cas de résiliation dans les conditions énoncées à l'article 14 de la Notice d'information.

ARTICLE 7 - TERRITORIALITE

La garantie du contrat s'exerce dans le monde entier sous réserve que l'assuré relève d'un régime d'assurance maladie obligatoire français (ou suisse si l'option frontalier est souscrite) et que ce dernier en accepte la prise en charge. Le remboursement se fera sur base de la garantie souscrite.

ARTICLE 8 - EXCLUSIONS RISQUES EXCLUS DES GARANTIES

Ne donnent pas lieu à indemnisation :

Les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion.

Les garanties du présent contrat dit « responsable » ne couvrent pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- La participation forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 322-2-III du Code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux ;

Les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :

- La majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;

- Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

- Tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale

Le versement de prestations, même effectué à plusieurs reprises, ne saurait constituer une renonciation de l'Assureur à l'une des exclusions de garanties prévues au présent contrat.

ARTICLE 9 - DÉCLARATIONS DE L'ASSURÉ

9.1 - À l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des garanties proposées dans le cadre du contrat, l'assuré doit répondre sous forme de déclaration à une demande d'informations concernant la situation personnelle des personnes à assurer. Ces déclarations seront reprises sur le certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de l'adhésion. Elles permettent à l'Assureur d'évaluer en toute connaissance de cause son engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

9.2 - En cours d'adhésion

L'Assuré doit déclarer au plus tard dans les 15 jours à l'Assureur :

- Toute modification des éléments spécifiés au certificat d'adhésion,

- Les changements ou cessations d'affiliation d'un des assurés à un régime de base obligatoire,

- Les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France métropolitaine.

Si les éléments modifiés constituent :

- Une aggravation de risque (hors problèmes de santé), l'Assureur pourra soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Si l'Assuré refuse les nouvelles conditions de garanties, il devra en informer l'Assureur par lettre recommandée dès la réception de la notification de l'Assureur.

-Une diminution de risques (hors problèmes de santé), l'Assureur pourra diminuer la prime en conséquence. À défaut, l'Assuré pourra demander la résiliation de son adhésion moyennant un préavis de 30 jours.

Pour tout nouvel assuré, il devra être procédé aux mêmes déclarations que celles prévues dans le cadre de la première adhésion. Les conditions d'accès au contrat sont les mêmes que celles définies pour les assurés lors de l'adhésion.

9.3 - Validité des déclarations, et sanctions en cas de réticence, fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte de l'assuré

Les déclarations et communications faites par l'adhérent servent de base à l'application de son adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à l'Assureur par écrit, ou confirmées par écrit par l'Assureur lorsque l'adhérent l'aura informé par un autre moyen.

Pour apporter la qualité de services attendue, certaines informations complémentaires ou documents peuvent être demandés par l'Assureur ou son gestionnaire.

L'emploi de documents incomplets ou inexacts, toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations qui seront fournies à l'assureur entraînera l'application des sanctions prévues par la réglementation en vigueur et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

Le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 10 - COTISATIONS

10.1 - Détermination des cotisations

Votre cotisation annuelle est payable d'avance par prélèvement automatique sur un compte bancaire selon un fractionnement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel ou par chèque annuellement.

Lors de chaque renouvellement annuel, l'Assureur peut réévaluer le montant des cotisations notamment en fonction des résultats techniques de la garantie, de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé, et/ou de l'évolution de la réglementation sociale, fiscale applicable à votre garantie.

En outre, en cas de modification des niveaux de remboursement du régime de sécurité sociale, l'Assureur peut être amenée à procéder à une réactualisation des cotisations.

Le montant des cotisations annuelles individuelles évolue en fonction de l'âge de l'Adhérent. Le changement d'âge est appliqué à la date anniversaire de l'adhésion.

L'âge est calculé par différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année d'assurance concernée.

Des taxes ou contributions peuvent s'appliquer à votre cotisation annuelle. Leurs taux varient en fonction des dispositions réglementaires en vigueur.

Le décès de l'Adhérent ne donne pas droit au remboursement de la cotisation pour le mois civil en cours.

10.2 - Le non-paiement des cotisations

À défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivant son échéance; l'Assureur ou le Gestionnaire pourra indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice, adresser à l'assuré à son dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Les garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et l'adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours. Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à la charge de l'assuré ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi.

ARTICLE 11 - MODIFICATIONS DES GARANTIES

L'adhérent peut modifier ses garanties à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date et sous réserve d'acceptation de l'Assureur.

ARTICLE 12 - GARANTIE SANTE

La participation de l'Assureur, telle que prévue au sens du présent contrat, intervient sur les dépenses de santé engagées par l'assuré, pour des actes, produits et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux-ci soient expressément mentionnés dans le tableau des garanties pour le niveau de garantie choisi.

Les actes, produits et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour le niveau de garantie choisi ne peuvent donner lieu à aucune participation de la part de l'Assureur.

Date de prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties : le remboursement des prestations s'effectue en prenant en considération la date de la consultation ou la date de prescription. En cas de renouvellement d'ordonnance, sera retenue la date de facturation sur présentation de la copie de l'ordonnance initiale.

En tout état de cause, les dates de proposition d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garanties.

Les remboursements effectués dans le cadre du présent contrat viennent en complément de ceux de la Sécurité Sociale française (ou de tout autres régimes de base obligatoires) et de ceux d'éventuels organismes complémentaires auprès desquels les assurés pourraient être garantis. Le remboursement des dépenses de maladie par l'Assureur ne peut en aucun cas être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent. Au cas où des prestations auraient été versées à tort, les sommes en question peuvent être récupérées sur les prestations dues.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et matériels médicaux, l'Assureur se conforme aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification des Actes Médicaux (CCAM), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

À l'exception des actes pour lesquels l'Assureur règle directement le professionnel de santé des dépenses engagées, le remboursement des dépenses est établi à l'ordre de l'adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'État Français.

Cas particulier des garanties nouvelles

Les actes et produits définis au tableau des garanties à la rubrique Garanties Nouvelles sont ceux définis par le Conseil Scientifique de l'Assureur. Les conditions de remboursement en cours sont disponibles sur le site internet de l'Assureur.

Les services complémentaires proposés

Tiers payant : une carte de tiers payant est délivrée par l'Assureur à l'adhérent lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès de certaines professions de santé partenaires, aux conditions définies par l'Assureur. L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuite, que si l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, l'Assureur pourra demander à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

Services d'assistance santé : s'ils sont mentionnés au tableau des garanties pour le niveau retenu, les assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Les conditions de la garantie d'assistance sont indiquées dans les conditions générales de l'assureur jointes au présent document.

ARTICLE 13 - VERSEMENT DES PRESTATIONS

Liste des documents que l'Assuré doit transmettre pour le remboursement de ses dépenses de santé, dès lors que l'Assureur n'a pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé :

- **Hospitalisation** : les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier, les notes d'honoraires acquittées des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes, ainsi que l'original du décompte de la caisse de régime de base obligatoire s'il y a lieu.

- **Dentaire** : l'original du décompte de la caisse de régime de base obligatoire.

Pour les frais dentaires non remboursés par le régime de base obligatoire, l'original de la facture acquittée détaillée de tous les actes.

- **Optique** : l'original du décompte de la caisse de régime de base obligatoire. Pour le versement du «forfait Optique» : la facture originale acquittée établie par l'opticien. Pour les lentilles non remboursées par le régime de base obligatoire : l'original de la facture acquittée détaillée établie par l'opticien accompagné de la copie de l'ordonnance ou de la lettre de refus du régime de base obligatoire.

- **Audioprothèse** : l'original du décompte de la caisse de régime de base obligatoire. Pour le versement du «forfait Achat Audioprothèse» : l'original de la facture acquittée détaillée établie par l'audioprothésiste.

- **Cure thermale** : l'original du décompte de la caisse de régime de base obligatoire. Pour le versement du «forfait Cure» : l'original de la facture acquittée détaillée établie par l'Établissement thermal ainsi que la facture originale d'hébergement (meublé, hôtel, camping...) et/ou facture de transport : billet de train ou attestation des kilomètres parcourus (aller-retour domicile) avec copie de la carte grise du véhicule au nom de l'adhérent.

- **La médecine courante** : la pharmacie, les frais de transport, les honoraires, le petit appareillage : l'original du décompte de la caisse de régime de base obligatoire accompagné le cas échéant d'une facture originale détaillée et acquittée.

Il est précisé que lorsque l'assuré bénéficie de la télétransmission NOEMIE avec sa caisse de régime de base obligatoire, il est dispensé de fournir les originaux des décomptes de remboursement.

Dans tous les cas où l'adhérent a bénéficié du tiers payant sur la part obligatoire et n'a réglé que la part complémentaire, il doit adresser l'original du décompte de la caisse de régime de base obligatoire accompagné d'un reçu de paiement détaillé.

Les demandes de remboursements ou de prestations

quelles que soient leurs natures doivent parvenir à l'Assureur dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.

Contrôle médical et Lutte contre la fraude

L'Assureur se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical par tout médecin de son choix et/ou un contrôle administratif toute personne qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat. Si les renseignements ou documents demandés ont un caractère médical, l'assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur.

L'assuré s'engage à se soumettre à ces contrôles sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

Arbitrage

En cas de désaccord d'ordre médical entre l'assuré et l'Assureur, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable. Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3^e médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix, la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3^e médecin y compris les frais de sa nomination.

ARTICLE 14 - RESILIATION

L'adhésion peut être résiliée dans les circonstances et les délais précisés ci-dessous.

Lorsque la résiliation vient de l'adhérent, elle doit se faire par lettre recommandée ou par déclaration faite contre récépissé à l'adresse suivante :

Milligestion – 1 bis Boulevard Faidherbe, 59400 Cambrai
Lorsque la résiliation est du fait de l'assureur, elle doit se faire par lettre recommandée envoyée au dernier domicile connu de l'adhérent.

Notre garantie reste acquise pour tous les soins et traitements en cours jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

14.1 - L'adhésion peut être résiliée par l'adhérent

L'adhérent peut résilier son adhésion :

- À l'échéance en adressant à l'assureur, au plus tard deux mois avant l'échéance annuelle prévue au certificat d'adhésion, une lettre recommandée. La résiliation prend effet au jour de l'échéance principale à 0 heure,

- En cas de modification de tarif ou de garantie, dans le mois qui suit la date où l'adhérent a reçu son avis d'échéance. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation.

- En cas de diminution du risque si l'assureur ne consent pas à réduire le montant de la cotisation en conséquence (article L113-4 du Code des Assurances), dans le mois qui suit la date à laquelle l'adhérent a eu connaissance de la proposition. La résiliation prend effet 1 mois après l'envoi de la lettre de résiliation. Les dispositions applicables en cas de diminution du risque ne sont pas applicables lorsque l'état de santé de l'assuré se trouve modifié.

- En cas d'adhésion à une assurance santé collective obligatoire.

14.2 - Résiliation par l'Assureur

L'assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de non-paiement des cotisations (article L113-3 du Code des Assurances), au plus tôt 10 jours après l'échéance impayée. La résiliation prend effet 40 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si la cotisation n'est pas intégralement régularisée.

- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de l'adhérent sans que la mauvaise foi de ce dernier soit établie (article L113-9 du Code des Assurances). La résiliation prend effet 10 jours après envoi de la lettre de résiliation.

14.3 - Résiliation par l'adhérent ou par l'Assureur

L'adhérent ou l'assureur peut résilier l'adhésion :

- En cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de profession, de départ à la retraite ou cessation d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (article L 113- 16 du Code des Assurances), dans les 3 mois qui suivent la date de l'évènement pour l'adhérent et dans les 3 mois qui suivent l'envoi par l'adhérent d'une lettre d'information pour l'assureur. La résiliation prend effet 1 mois après la notification de la lettre recommandée.

14.4 - Résiliation de plein droit

L'adhésion est résiliée de plein droit :

- En cas de décès de l'adhérent. En présence d'ayants droit, les garanties sont maintenues jusqu'à la prochaine échéance de cotisation. S'ils le souhaitent, un nouveau contrat leur sera proposé, qui tiendra compte des garanties et conditions antérieures à la résiliation. En cas de départ de la France métropolitaine pour une durée supérieure à trois mois, la résiliation prend effet le 1^{er} jour qui suit le 1^{er} anniversaire du départ.

ARTICLE 15 - FISCALITE

PRÉLÈVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX :

Tous les prélèvements fiscaux et sociaux présents ou futurs, dont la récupération est licite, sont à la charge de l'adhérent.

ARTICLE 16 - SUBROGATION

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

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

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

ARTICLE 17 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L114-2 et 114-3 du Code des assurances :

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

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive 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 interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. » Conformément aux dispositions des articles 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245 et 2246 du Code civil relatant les causes d'interruption de la prescription : « La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. »

ARTICLE 18 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

18.1 Identification du responsable de traitement

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, l'Assureur est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles elle définit la finalité. Milligestion, en qualité de délégataire de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels du traitements nécessaires à la gestion des contrats d'assurance pour les opérations suivantes :

- Souscription des contrats ;
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des primes ;
- Gestion et règlement des sinistres ;
- Gestion des réclamations ;
- Archivages des pièces de gestion.

18.2 Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données personnelles ont pour finalité de répondre à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-après les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que notamment délivrance de conseil, devis. - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée liée à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles
Obligations légales	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat
Traitement des données santé à des fins de protection sociale	- Versement des prestations pour les contrats ayant pour objet remboursement de frais de soins.

18.3 - Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- État civil, identité, données d'identification
- Données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique
- Données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM)
- Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
- numéro d'identification national unique
- données de santé issues du codage CCAM.

La source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

18.4 - Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que l'Assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par votre intermédiaire en assurance. Dans ce cadre, des données personnelles

vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'assureur ou de votre intermédiaire en assurance. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires; organismes sociaux ou professionnels; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

18.5 - Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès

auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

18.6 - Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités de l'Assureur, ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaires des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations

légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

18.7 - Localisation des traitements de vos données personnelles

Aujourd'hui, l'hébergement de vos données est localisé en France et au Portugal. S'agissant des traitements réalisés par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, qui doit être équivalent à celui de la réglementation européenne. Les traitements réalisés aujourd'hui hors Union Européenne sont des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel. Les data centers Milligestion sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France.

18.8 - Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais prescriptions légales et sous réserve des obligations .

18.9 - L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- D'un droit d'accès : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,
- D'un droit de rectification : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,

(Vente à distance)

- D'un droit de suppression : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,

- Du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,

- D'un droit à la limitation du traitement : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,

- D'un droit à la portabilité des données : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données,

- Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible,

- Droit de retrait : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances. Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation. Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- Droit d'opposition : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles à l'adresse ci-après. Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande en l'accompagnant d'une copie d'un titre d'identité à l'adresse suivante : Milligestion – 1 bis Boulevard Faidherbe, 59400 Cambrai. Ces droits peuvent être également exercés aux adresses suivantes sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité à l'adresse postale suivante FIDELIDADE - COMPANHIA DE SEGUROS S.A., dont la succursale pour la France est sise Tour W - 24 ème étage - 102 Terrasse Boieldieu - CS 50134, 92085 Paris La Défense Cedex, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 413 175 191

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de de Fontenoy- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données : indiquer les coordonnées postales et électroniques du service concerné :

Pour le délégué de gestion, Milligestion – 1 bis Boulevard Faidherbe, 59400 Cambrai ou à l'adresse électronique dpo@milligestion.fr.

Pour l'assureur, Chargé de Protection des Données / Largo Calhariz 30 / 1200-086 Lisboa / Portugal

- epdp@fidelidade.pt

ARTICLE 19 - LITIGES ET RECLAMATIONS – MEDIATION

Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de son adhésion, ses cotisations ou encore ses prestations, l'adhérent doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications : Milligestion – 1 bis Boulevard Faidherbe, 59400 Cambrai.

Si l'adhérent ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il

peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à : FIDELIDADE - COMPANHIA DE SEGUROS S.A., dont la succursale pour la France est sise Tour W - 24 ème étage - 102 Terrasse Boieldieu - CS 50134, 92085 Paris La Défense Cedex, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 413 175 191.

. Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais. Si l'adhésion au contrat a été effectuée par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation de l'adhésion, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par l'adhérent ou l'assureur.

Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française de l'Assurances, Fidelidade applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération. Si un litige persiste entre nous après examen de votre demande par notre service réclamations, vous pouvez saisir la médiation de l'assurance TSA 50110 75441 Paris Cédex 09. www.mediation-assurance.org. Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de votre demande et y ait apporté une réponse. La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction

ARTICLE 20 - AUTORITE DE CONTRÔLE

L'organisme chargé du contrôle de la « Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. » est l'Autoridade Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões - Av. da República, 76 - 1600-205 Lisboa (Portugal)

L'organisme chargé du contrôle de Milligestion est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 21 - DROIT DE RENONCIATION

(Vente à domicile)

Conformément à l'article L 112-9 du Code des assurances, "toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités."

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances – l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion en envoyant le modèle de lettre joint ci-après, sous la forme recommandée avec demande d'avis de réception.

Cette faculté de renonciation est perdue si l'adhérent a connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze jours précités.

« Je soussigné(e) _____, n° d'adhésion _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat Filao, effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion). Fait à _____, le _____ Signature ».

Conformément à l'article L 112-2-1 II du Code des assurances, l'adhérent peut renoncer à la présente adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de conclusion de l'adhésion ou à compter du jour où l'adhérent reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L.121-28 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle de la conclusion de l'adhésion. Si l'adhérent a demandé que l'adhésion commence à être exécutée avant l'expiration du délai de renonciation, l'assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation que l'adhérent a réglée correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru. La demande de renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception à Milligestion – 1 bis Boulevard Faidherbe, 59400 Cambrai, et peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

« Je soussigné(e) _____, n° d'adhésion _____, désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat Filao, effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion), exclusivement à distance. Fait à _____, le _____ Signature »

En cas de renonciation

Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à MilliGestion les montants perçus dans un délai de 30 jours. Si des cotisations ont été perçues par MilliGestion qui les remboursera sous déduction de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

ARTICLE 22 - LUTTE ANTI-BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET CONTRE LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Dans le cadre de l'application des dispositions de la présente adhésion, l'assureur et le gestionnaire s'engagent à respecter la législation applicable en matière de Lutte contre le Blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et notamment les dispositions des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier, ainsi que ses textes d'application présents et à venir.

L'Assureur n'est pas réputé fournir de garantie et n'est pas tenu au paiement de tout sinistre ou de toute indemnité en découlant si la fourniture d'une telle garantie, le paiement d'un tel sinistre ou d'une telle indemnité expose l'Assureur ou sa société mère à une quelconque sanction, interdiction ou restriction mise en œuvre en application des résolutions des Nations Unies ou des sanctions économiques et commerciales, ou des lois ou règlements de la France, de l'Union européenne, du Royaume-Uni, d'une législation nationale ou des États-Unis d'Amérique.

ARTICLE 23 - DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Par ailleurs, en application des articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec FIDELIDADE – Companhia de Seguros S.A., vous ne souhaitez pas faire l'objet d'une prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL – service Bloctel – 6, rue Nicolas Siret – 10 000 TROYES ou sur le site internet www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez également vous opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de FIDELIDADE – Companhia de Seguros S.A et de son délégué à l'adresse 8, rue des acacias 92130