

# HOSPI +

## PRÉAMBULE

Cette Notice d'information a pour objet de définir les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

L'Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste (ADPM) a souscrit la garantie « HOSPI + » référencée « CUCR2101 » pour le compte de ses membres, auprès de Mutuelle Bleue, sise 68 rue du Rocher – CS- 60075 – 75396 PARIS Cedex 08, mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°775 671 993.

Cette garantie a été présentée à l'Assuré et sera gérée par l'intermédiaire d'UCR, 1 bis Boulevard Faidherbe, 59400 CAMBRAI, SAS de courtage d'assurance au capital de 1 250 000 €, RCS DOUAI 345 083 588 – n° 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.

## ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le Contrat HOSPI + a pour objet de garantir le versement, au Bénéficiaire, d'une indemnité journalière en cas d'Hospitalisation (ci-après dénommée « Indemnité Journalière de base »).

## ARTICLE 2 - INTERVENANTS

**Organisme Assureur** : Mutuelle Bleue, mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993, dont le siège social est sis 68 rue du Rocher - CS 60075 - 75396 Paris Cedex 08. Ci-après dénommée « Mutuelle Bleue ».

**Gestionnaire du Contrat** : UCR, SAS de courtage d'assurance au capital de 1 250 000 €, RCS DOUAI 345 083 588 – n° Orias 07 000 616, dont le siège social est 1 bis Boulevard Faidherbe, 59400 CAMBRAI. Ci-après dénommé « UCR ».

**Adhérent (1er Assuré)** : Personne physique adhérent au Contrat et répondant aux conditions d'adhésion du Contrat et sur la tête de laquelle repose la garantie. L'Adhérent acquiert la qualité de Membre participant de Mutuelle Bleue et est également dénommé « Assuré ».

**Conjoint / Concubin / Partenaire pacsé (2nd Assuré)** : Conjoint, Concubin ou Partenaire pacsé désirant être assuré au titre du présent Contrat et remplissant les conditions d'âge déterminées à l'article 5 de la présente Notice d'information. Le Conjoint, le Concubin ou le Partenaire pacsé de l'Assuré est également dénommé « 2nd Assurés ».

**Autres personnes assurables** : Enfants fiscalement à charge des 1er et 2nd Assurés, âgés de plus de trente (30) jours à la date d'adhésion.

**Bénéficiaire(s)** : Personne(s) physique(s) habilitée(s) à percevoir les prestations garanties, à savoir l'Assuré, le 2nd Assuré et les Autres personnes assurables.

## ARTICLE 3 - DEFINITIONS

**Accident** : Toute atteinte corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part du Bénéficiaire. **Ne sont pas considérés comme accidentels les infarctus, les accidents cardio-vasculaires et cérébraux, les efforts de soulèvement et les pathologies soudaines. La blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident ne peut être considérée comme un Accident.**

**Maladie** : Toute altération de l'état de santé du Bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente, n'ayant pour origine ni un Accident ni le fait volontaire du Bénéficiaire ou d'un tiers.

**Hospitalisation** : Sous réserve des exclusions prévues au Contrat, **tout séjour dans un établissement hospitalier en France et dans le monde entier (hôpital ou clinique, public ou privé) d'au moins quarante-huit (48) heures consécutives** dû à une Maladie ou un Accident garanti.

À l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié, dirigé de jour et de nuit par un médecin. Les hospitalisations non prescrites par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une Maladie ou d'un Accident ainsi que les hospitalisations à domicile ne sont pas couvertes.

**Agression** : Toute atteinte corporelle provoquée par un tiers, commise dans le cadre d'un crime ou d'un délit ayant entraîné une Hospitalisation d'au moins quarante-huit (48) heures consécutives. **Ne sont pas considérées comme tiers les personnes ayant un lien de parenté ou résidant habituellement avec le Bénéficiaire.**

Sera seul pris en compte l'évènement qui aura fait l'objet de la part du Bénéficiaire ou de son représentant légal d'un dépôt de plainte, auprès d'une autorité de justice.

**Attentat** : Le fait de commettre un ou plusieurs actes de violence de nature à mettre en péril les institutions de la République française sur le territoire national ou à porter atteinte à l'intégrité du territoire national.

## ARTICLE 4 - PRESTATIONS GARANTIES

Ce Contrat ouvre droit, en cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire, au versement d'Indemnité Journalière de base par jour d'Hospitalisation selon le montant de l'Indemnité Journalière de base choisi par l'Assuré.

L'Assuré a le choix entre les différents montant suivants : **quinze (15) euros, vingt-cinq (25) euros, quarante (40) euros, cinquante (50) euros, soixante (60) euros, de soixante-quinze (75) euros ou cent (100) euros.**

Le montant choisi par l'Assuré est inscrit dans le Certificat d'adhésion.

**Ce montant sera applicable au 2nd Assuré ; pour les Autres personnes assurables âgés de plus de trente (30) jours et de vingt-six (26) ans, au jour du sinistre, le montant de l'indemnité journalière versé est égal à cinquante (50) % du montant de l'Indemnité Journalière de base** souscrit par l'Assuré.

Dans tous les cas, le montant de l'Indemnité Journalière de base sera :

- Doubé lorsque l'Hospitalisation du Bénéficiaire fait suite à un Accident ;

- Triplé lorsque l'Hospitalisation du Bénéficiaire fait suite à un Accident consécutif à une Aggression ou à un Attentat.

**Les garanties s'exercent en France métropolitaine (Corse incluse) et dans les départements, régions et collectivités d'outre-mer, ainsi que dans le monde entier pour les séjours n'excédant pas quarante-cinq (45) jours consécutifs ou soixante (60) jours non consécutifs sur une période de douze (12) mois.**

Le règlement des prestations est effectué en euros.

## ARTICLE 5 - CONDITIONS D'ADHESION

Pour être admis au bénéfice de l'assurance :

- L'Assuré doit être membre de l'Association « ADPM » et être âgé d'au moins dix-huit (18) ans et de moins de soixante-dix (70) ans lors de l'adhésion ;

- Le 2nd Assuré doit remplir les mêmes conditions d'âge lors de l'adhésion ou en cas d'adjonction en cours d'exécution du Contrat ;

- Les Autres personnes assurables doivent être âgées de plus de trente (30) jours et de moins de vingt-six (26) ans lors de l'adhésion ou en cas d'adjonction en cours d'exécution du Contrat.

**L'Assuré devra remplir et signer la Demande d'adhésion.**

En cas d'adhésion par voie électronique, le 1er règlement de cotisation se fera par mandat de prélèvement SEPA, mandat qui sera complété et signé lors de cette adhésion.

L'Assuré reçoit un document appelé « Certificat d'adhésion » indiquant le montant de l'Indemnité Journalière de base souscrit, la durée du Contrat et sa date d'effet, ainsi que les personnes bénéficiaires des garanties.

**L'Assuré doit résider, fiscalement et de façon permanente, en France. Un déménagement en dehors de la France met fin à la couverture et à la présente adhésion.**

Les informations et documents contractuels peuvent être transmis à l'Assuré sur un support durable autre que le papier. Sauf à ce que le service fourni soit de nature exclusivement électronique, l'Assuré 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 ET DUREE DU CONTRAT

**Le Contrat prend effet, sous réserve du règlement de la 1ère cotisation, à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion.**

**L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, soit jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet de l'adhésion, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction jusqu'au 31 décembre de l'année des soixante-quinze (75) ans de l'Assuré sauf résiliation dans les conditions de forme et de délai exposées à l'article 13 de la présente Notice d'information.**

**En cas d'incident de paiement sur la 1ère cotisation, la prise d'effet est reportée à la date d'encaissement effective du paiement. À défaut de régularisation dans un délai de trois (3) mois, l'adhésion est annulée dans tous ses effets.**

## ARTICLE 7 - COTISATIONS

### 7.1 Calcul de la cotisation

La cotisation annuelle est calculée en fonction de l'Indemnité Journalière de base souscrite indiquée au Certificat d'adhésion, ainsi que de l'âge de chacun des Bénéficiaires.

**Cette cotisation augmente par tranche d'âge. L'âge de chacun des Bénéficiaires est calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.**

La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes éventuels compris.

## 7.2 Paiement de la cotisation

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Toutefois, l'Assuré peut opter pour un :

- Un paiement annuel par chèque, virement, ou,
- Un paiement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel par prélèvement automatique.

Les cotisations sont payables dans un délai de dix (10) jours suivant la date d'échéance mentionnée sur l'avis d'appel de cotisation. A chaque échéance annuelle, l'Assuré reçoit un appel de cotisation.

L'Assuré a la possibilité sous condition d'en avoir fait la demande écrite auprès d'UCR, de modifier le mode de paiement et le fractionnement de la cotisation.

## 7.3 Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement des cotisations dans les dix (10) jours de son échéance, UCR adresse à l'Assuré une lettre de mise en demeure par courrier recommandé avec avis de réception l'informant que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties du Contrat.

L'exclusion de l'Assuré ne peut intervenir, à défaut de paiement, que dans les quarante (40) jours suivant cette mise en demeure.

En cas d'exclusion, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à UCR.

## ARTICLE 8 - FRANCHISE - DURÉE MAXIMALE D'INDEMNISATION

### 8.1 Franchise

La Franchise s'entend comme le nombre minimum de jours consécutifs d'Hospitalisation ouvrant droit à une indemnisation.

**L'indemnisation débute à partir du 2ème jour consécutif d'Hospitalisation (Franchise d'un (1) jour).**

### 8.2 Durée maximale d'indemnisation

Sous réserve de l'application de la Franchise, UCR verse une Indemnité Journalière de base pour toute période d'au moins **quarante-huit (48) heures d'Hospitalisation** du Bénéficiaire et dans la limite de :

- **Trois cent soixante-cinq (365) jours (un (1) an) lorsque l'Hospitalisation est consécutive à une Maladie ;**
- **Mille quatre-vingt-quinze (1095) jours (trois (3) ans) lorsque l'Hospitalisation est consécutive à un Accident.**

Plusieurs Hospitalisations successives d'un Bénéficiaire, pour la même Maladie ou le même Accident, sont considérées comme un seul événement assuré sauf si les causes sont totalement indépendantes ou si, pour la même Maladie ou le même Accident, les Hospitalisations sont espacées de plus de trois (3) mois.

## ARTICLE 9 - MODIFICATION DU MONTANT DE L'INDEMNITE JOURNALIERE DE BASE GARANTI

Dans le cadre d'une même adhésion, il ne peut être procédé à aucune modification du montant de l'Indemnité Journalière de base souscrit.

Si l'Assuré souhaite augmenter le montant de l'Indemnité Journalière de base, il lui appartient de procéder à une nouvelle Demande d'adhésion. Cette nouvelle Demande d'adhésion vient en complément de la première.

**En aucun cas, le cumul des garanties ne pourra excéder le plafond de cent (100) euros d'Indemnité Journalière versée.**

## ARTICLE 10 - EXCLUSIONS

### Les garanties ne couvrent pas les conséquences :

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

### Les garanties ne couvrent pas :

- les suites et conséquences des pathologies diagnostiquées antérieurement à l'adhésion,
- les hospitalisations en service hospitalier néonatal d'enfants nés prématurément,
- les hospitalisations chirurgicales à caractère esthétique non prises en charge par la Sécurité sociale,
- les séjours de repos, de convalescence, de retraite ou de postcures,
- les séjours de rééducation fonctionnelle,
- les états de grossesse,
- les cures de quelque sorte que ce soit, même en milieu hospitalier,
- les traitements diététiques ainsi que leurs conséquences,
- le risque maternité, sauf en cas de césarienne,
- les séjours en gériatrie, en service psychiatrique, en service de gérontologie et en institut médico-pédagogique,
- les hospitalisations causées par une maladie psychosomatique, un coma diabétique, et la nécessité de se faire accompagner par une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante (s'alimenter, se déplacer, se vêtir, se laver),
- les accidents survenus au cours des activités professionnelles de pilotes et membres d'équipage, d'avions, d'hélicoptères, au cours de la pratique d'un sport professionnel et l'utilisation d'un appareil quelconque (avec ou sans moteur) permettant de se déplacer dans les airs.

## ARTICLE 11 - PIECES A FOURNIR EN CAS D'HOSPITALISATION

**Le Bénéficiaire, dès qu'il en a connaissance, doit déclarer à UCR tout sinistre de nature à entraîner la mise en œuvre des garanties du Contrat.**

Le Bénéficiaire devra adresser les documents et pièces justificatives suivantes :

- Un certificat médical précisant la nature et la durée de l'hospitalisation, adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de Mutuelle Bleue, 14 rue René

Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex,

- L'attestation de l'établissement hospitalier ou bulletin d'hospitalisation, précisant les dates d'entrée et de sortie de l'hôpital adressé(e) à UCR, 1 bis Boulevard Faidherbe 59400 Cambrai,

- Un RIB du compte sur lequel doivent être virées les prestations, adressé à UCR1 bis Boulevard Faidherbe 59400 Cambrai.

S'il s'agit d'un Accident, le Bénéficiaire devra préciser la date de survenance et les circonstances précises (lieu, nom des témoins...), la nature des lésions constatées médicalement et adresser à UCR le Procès-Verbal d'accident établi par les autorités compétentes.

**Toute prolongation d'Hospitalisation nécessite un certificat de prolongation qui doit parvenir à UCR dans les huit (8) jours et précisant qu'il s'agit de la suite de la même affection, ainsi que la durée de la prolongation.**

En tout état de cause, le Bénéficiaire fournira sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de Mutuelle Bleue un rapport médical de son médecin traitant, si ce document lui est demandé.

UCR se réserve à tout moment la possibilité d'exiger toutes autres pièces justificatives pour que le Bénéficiaire puisse le cas échéant percevoir les prestations.

## ARTICLE 12 - CONTRÔLE MÉDICAL ET ARBITRAGE

UCR ou Mutuelle Bleue peut, à tout moment, faire procéder, par un médecin mandaté par UCR à cet effet, aux visites médicales, contrôles, expertises et enquêtes qu'il jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture du service des prestations.

**Si dans les trente (30) jours de sa réception, le Bénéficiaire n'a pas contesté le compte-rendu du médecin mandaté par UCR, ce dernier est considéré comme définitif.**

Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu si le Bénéficiaire refuse de se soumettre aux visites médicales, contrôles, expertises et enquêtes ou de fournir les pièces justificatives demandées par UCR.

En cas de désaccord du Bénéficiaire sur les conclusions du médecin mandaté par UCR ou Mutuelle Bleue, le Bénéficiaire peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix.

On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domicile du Bénéficiaire et reconnus par les Organismes d'Assurance ainsi que les médecins diplômés de la réparation juridique du dommage corporel. Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, ils s'adjoignent un tiers expert, ce dernier sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du Bénéficiaire.

Chacun paie les honoraires de son expert ; ceux du tiers expert sont supportés par moitié par chacune des parties. Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport.

## ARTICLE 13 - RESILIATION

### 13.1 Résiliation à l'initiative de l'Assuré

L'Assuré peut mettre fin à son adhésion par l'envoi d'une lettre ou tout support durable ou tout moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, adressée à UCR, à chaque échéance anniversaire de son Contrat moyennant le respect d'un préavis de deux (2) mois.

### 13.2 Résiliation exceptionnelle

En cas de modification des droits et obligations de l'Assuré, ce dernier peut mettre fin à son adhésion dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la Notice d'information ou de l'avenant à la Notice d'information comportant les modifications. Dans ce cas, la résiliation ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

### 13.3 Résiliation à l'initiative de Mutuelle Bleue

En cas de non-paiement de cotisation ou d'une fraction de cotisation, Mutuelle Bleue peut résilier le Contrat dans les conditions prévues à l'article 7 de la présent Notice.

#### ARTICLE 14 - CESSATION

Les garanties prennent automatiquement fin :

- à la date de résiliation de l'adhésion dans les conditions prévues à l'article 13 des présentes,
- à la perte de la qualité de membre de l'Association ADPM par l'Assuré,
- en cas de déménagement en dehors de la France,
- en cas de décès de l'Assuré (1er Assuré)
- au 31 décembre de l'année des soixante-quinze (75) ans de l'Assuré (1er Assuré).
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à Mutuelle Bleue, conformément à l'article L. 211-9 et R. 212-22-2 du Code de la Mutualité.

#### ARTICLE 15 - RENONCIATION

L'Assuré a la faculté de renoncer à son Contrat. Pour ce faire, il lui suffit d'adresser, par envoi recommandé avec avis de réception, à UCR, 1 bis Boulevard Faidherbe, 59400 CAMBRAI, dans un délai de quatorze (14) jours, une lettre de renonciation.

Le délai de quatorze (14) jours démarre :

- en cas de vente à distance (article L.221-18 du Code de la mutualité) : à compter, soit du jour où l'adhésion a pris effet, soit du jour où l'Assuré reçoit les conditions d'adhésion et la Notice d'information comprenant les informations précontractuelles, si cette dernière date est postérieure à celle où l'adhésion a pris effet ;

Le Contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

- en cas d'adhésion faisant l'objet d'un démarchage à votre domicile, à votre résidence, ou à votre lieu de travail, même à votre demande (article L. 221-18-1 du Code de la mutualité) : à compter du jour de la signature de la Demande d'adhésion.

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche, ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. UCR s'engage à rembourser intégralement son versement dans les trente (30) jours qui suivent la réception de la demande de renonciation.

Le modèle de lettre de renonciation, visé ci-dessus, peut être établi selon le modèle suivant : « Je soussigné(e) M/ Mme ..... (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat « HOSPI + » que j'avais souscrit le ..... Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée. Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ Signature »

L'Assuré veille à indiquer les références de son adhésion dans cette lettre. L'exercice de la faculté de renonciation entraîne de plein droit la cessation de l'adhésion au Contrat et de toutes les garanties et annexes s'y rapportant, à la date d'envoi de la lettre recommandée.

## ARTICLE 16 - PRESCRIPTION

**Définition de la prescription :**

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité.

**Modalité de la prescription :**

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité : toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, de votre fait, que du jour où Mutuelle Bleue 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 de l'Assuré contre Mutuelle Bleue 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 l'Assuré, ou a été indemnisé par celui-ci (celle-ci).

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq (5) ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, vous n'êtes pas le bénéficiaire, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont vos Ayants droit. Pour les Contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du membre participant.

**Interruption de la prescription :**

Conformément à l'article L. 221-12 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 avec avis de réception adressée par Mutuelle Bleue à votre intention en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Assuré à Mutuelle Bleue, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

\* Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code de la mutualité. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;

- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;

- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil) ;

- 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. À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

**Suspension de la prescription :**

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au médiateur, ou à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

#### ARTICLE 17 - SANCTIONS

Mutuelle Bleue se réserve le droit d'exclure tout Bénéficiaire qui aura causé ou tenté de causer volontairement atteinte aux intérêts de Mutuelle Bleue, selon les modalités définies par les Statuts. En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par le Bénéficiaire, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, le Bénéficiaire peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

1. En cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (article L. 221-14 du Code de la Mutualité).

2. Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : réduction du montant des prestations garanties ou augmentation de la cotisation correspondante acceptée par l'Assuré (article L. 221-15 du Code de la Mutualité).

En cas notamment de fausse déclaration, de fraude ou tentative de fraude avérée, Mutuelle Bleue peut également procéder à la résiliation du Contrat.

La résiliation est notifiée par lettre recommandée avec avis de réception adressée par Mutuelle Bleue au dernier domicile connu. Elle prendra effet au jour de la première présentation du courrier par la Poste.

L'usage frauduleux s'entend ici de l'utilisation par un adhérent non à jour de cotisations, agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement des prestations garanties par Mutuelle Bleue aux seuls adhérents justifiant du paiement régulier de leurs cotisations.

#### ARTICLE 18 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les informations recueillies dans le cadre de l'adhésion au Contrat d'assurance font l'objet d'un traitement informatique ou manuel et sont utilisées par Mutuelle Bleue et UCR pour la gestion de leur relation avec le Bénéficiaire et l'exécution du Contrat. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement du Contrat d'assurance dès lors qu'elles ne sont pas indiquées expressément comme facultatives. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales (sauf opposition).

Elles sont destinées à Mutuelle Bleue et UCR en tant que responsables du traitement et, éventuellement, leurs mandataires ou partenaires et le cas échéant, au réassureur de Mutuelle Bleue.

Ces données sont potentiellement accessibles par des fournisseurs logiciels ou réseaux en raison de l'exécution d'un contrat de prestation. La base légale du traitement des données personnelles recueillies est l'exécution du Contrat d'assurance.

Toute autre base légale est inscrite aux Contrats, Demande d'adhésion, ou tout autre document contractuel que le Bénéficiaire est tenu de respecter.

La Mutuelle et UCR prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Conformément à la Loi informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données le concernant, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité. Il peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant. L'Assuré peut exercer ses droits en s'adressant à : UCR, 1 bis Boulevard Faidherbe 59400 Cambrai ou par courriel à : dpo@ucr.fr.

En outre, le Bénéficiaire a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel, applicables après son décès. Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales). En cas de désaccord, le Bénéficiaire peut introduire une réclamation auprès de la CNIL concernant la protection de leurs données personnelles à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy 75007 Paris

#### **ARTICLE 19 - DROIT D'OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE**

Conformément aux dispositions des articles L. 223-1 et L. 223-2 du Code de la consommation, l'Assuré est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL – Service BLOCTEL – 6, rue Nicolas Siret – 10000 TROYES ;

- soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : bloctel.gouv.fr

Cette inscription permet à l'Assuré de ne pas être sollicité par démarchage. En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas Mutuelle Bleue ou UCR de le joindre téléphoniquement dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de son contrat, y compris lorsqu'il s'agit de lui proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

#### **ARTICLE 20 - RÉCLAMATIONS**

Le Bénéficiaire peut formuler toute réclamation en s'adressant à son interlocuteur habituel. En cas de difficultés persistantes, il peut adresser sa réclamation à UCR – Service réclamations – 1 bis boulevard Faidherbe – 59400 Cambrai. UCR s'engage à l'informer :

- des modalités de saisine de chacun des niveaux de traitement des réclamations mis en place, notamment les coordonnées de la (des) personne(s) ou du service en charge du traitement des réclamations,

- des délais de traitement de la réclamation auxquels le délégataire s'engage (étant entendu que le délai maximal est de 10 (dix) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation pour un accusé de réception, et de 2 (deux) mois (entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse) pour le traitement de la réponse.

et que le Bénéficiaire n'a pas saisi les tribunaux, il a la faculté de faire appel au Médiateur de la consommation de la Mutualité Française, dont les coordonnées sont les suivantes :

**Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) - Médiateur de la consommation de la Mutualité Française - 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS CEDEX 15**

**Accès au site internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr>**

et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales. La proposition du Médiateur de la consommation de la Mutualité Française sera communiquée à UCR, écrite et motivée.

#### **ARTICLE 21 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME**

Mutuelle Bleue et UCR s'engagent à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. A ce titre, ils sont tenus de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans leurs livres ou les opérations portant sur des sommes dont ils savent, soupçonnent ou ont de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou sont liées au financement du terrorisme.

#### **ARTICLE 22 - CONTRÔLE**

Mutuelle Bleue et UCR sont soumis au contrôle administratif de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 Place de Budapest - 75436 Paris Cedex 09.

En dernier recours après épuisement de toutes les procédures internes d'UCR si un désaccord subsiste