

Novéa

PRÉAMBULE

Novéa est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative géré dans le cadre de la convention CUCR2403 (le contrat groupe) souscrit par l'ADPM (Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste) auprès d'INSUREM (ci-après dénommé « l'Assureur ») société anonyme d'assurances au capital de 20 181 440 d'euros, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social se situe 92-98 Boulevard Victor Hugo 92110 Clichy, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 922 053 053.

La distribution et la gestion de ce Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative a été confiée à UCR (ci-après dénommée « le Gestionnaire »), situé au 1 bis, bd Faidherbe, 59400 Cambrai, RCS Douai 345 083 588, Orrias 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 chargée du contrôle de l'Assureur et d'UCR est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 place Budapest -CS 92459-75436 Paris Cedex 09.

Le contrat groupe est soumis au droit français et est régi par le Code des assurances. Il se compose des présentes Conditions Générales valant Notice d'Information, du Certificat d'adhésion et du tableau des garanties.

La langue utilisée dans le cadre de l'exécution de ce contrat est la langue française.

Le Contrat groupe ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (articles L871-1, R871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale).

Les différentes formules de garanties du contrat sont dites « non responsables ». Elles ne respectent pas l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables ». De ce fait, elles ne peuvent pas bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation actuelle en vigueur.

Les différentes formules de garanties du contrat sont dites « solidaires ». Aucun questionnaire médical n'est demandé, ni à l'adhésion, ni en cours de contrat et les cotisations ne sont donc pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

DÉFINITIONS

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure dont l'assuré est victime pendant la période de validité des garanties.

Adhérent

Personne physique à partir de 18 ans et jusqu'à 80 ans inclus, membre de l'Association qui bénéficient des prestations.

Assuré

Personnes physiques majeures, habilitées à percevoir les prestations garanties, à savoir l'Adhérent lui-même et le ou les Ayants droit désigné(s) par celui-ci le cas échéant.

Ayants-droits

Le conjoint de l'Adhérent : personne avec laquelle il est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement ; son concubin ou son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

Les enfants de l'Adhérent ou ceux de son conjoint :

- De moins de 21 ans à charge fiscale de l'assuré ;
- De moins de 28 ans :
 - S'ils poursuivent leurs études (certificat de scolarité)
 - S'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité professionnelle (sauf emplois occasionnels rémunérés à moins de 65% du SMIC)
 - S'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage

- S'ils sont inscrits à France Travail comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un 1er emploi rémunéré

- Sans limite d'âge s'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation en faveur des handicapés sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire ou leur 28ème anniversaire s'ils poursuivaient des études.

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 1^{ère} et la 2^{ème} année soient identiques.

Certificat d'adhésion

Document constatant l'adhésion au contrat et précisant notamment le nom de l'Adhérent et des personnes Assurées, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, et le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

Délai de carence

Période qui suit l'adhésion au contrat et pendant laquelle l'Assuré ne peut bénéficier de tout ou partie des garanties souscrites.

Echéance

Date fixée à la date anniversaire du contrat soit douze mois après la prise d'effet du contrat.

Hospitalisation

Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilitée à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire).

Est également considérée comme une Hospitalisation au sens du contrat les actes

chirurgicaux codifiés en ADC/KC prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (Hospitalisation ambulatoire) et les Hospitalisations à domicile (H.A.D.) prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Maladie

Altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente pendant la période de garantie.

Régime Obligatoire

Régime français d'assurance maladie obligatoire auprès duquel est affilié l'assuré.

Télétransmission

Le système de Télétransmission Noémie est un échange d'informations automatisé entre les caisses d'assurance maladie et l'Assureur. Il permet d'assurer des remboursements de frais médicaux dans un délai très rapide puisque les décomptes de l'assurance maladie sont transmis à l'Assureur sans que l'Assuré n'ait besoin de lui adresser.

Ticket Modérateur

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

Tiers payant

Système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux. Il est matérialisé par une carte Vitale qui atteste des droits de l'Assuré à l'assurance maladie. L'Assureur délivre à l'Adhérent une carte de Tiers Payant santé qui lui permet, à lui ou ses Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur

Article 1. Objet du contrat

Le Contrat a pour objet le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux ou d'Hospitalisation engagés par les Assurés à l'occasion d'un Accident, d'une Maladie ou d'une maternité, en complément des prestations versées par un Régime obligatoire d'assurance maladie français.

Article 2. Adhésion au contrat

Pour adhérer au Contrat, l'Adhérent doit :

- Être une personne physique âgé d'au moins 18 ans et de 80 ans au plus (l'âge étant calculé par la différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance) ;
- Résider en France métropolitaine, en Corse ou dans l'un des départements d'Outre-Mer suivants : Guadeloupe, Martinique, La Réunion et la Guyane ;
- Être membre de l'Association ADPM

Relever du Régime Obligatoire français et être à jour des cotisations aux régimes légaux de Sécurité sociale.

Le Contrat n'est pas éligible aux dispositifs de la Loi Madelin.

Article 3. Personnes assurées

Peuvent être assurés au titre du Contrat :

- L'Adhérent
- Ses Ayants droits éventuels :
 - Son conjoint, personne avec laquelle il est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement ; son concubin ou son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) âgé d'au moins 18 ans et de 80 ans au plus (l'âge étant calculé par la différence entre le millésime de l'année et le millésime de l'année de naissance) ;
 - Ses enfants ou ceux de son conjoint
 - De moins de 21 ans à charge fiscale de l'assuré
 - De moins de 28 ans :
 - S'ils poursuivent leurs études (certificat de scolarité)

➤ S'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité professionnelle (sauf emplois occasionnels rémunérés à moins de 65% du SMIC)

➤ S'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage

➤ S'ils sont inscrits à France Travail comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un 1er emploi rémunéré

➤ Sans limite d'âge s'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation en faveur des handicapés sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire ou leur 28ème anniversaire s'ils poursuivaient des études

Article 4. Formalités d'adhésion

Le candidat à l'assurance, après avoir reçu et pris connaissance du devis, de la présente Notice, du document d'information normalisé sur le produit et du tableau de garanties complète une demande d'adhésion en indiquant le niveau de garantie choisi. Ce niveau sera identique pour tous les Ayants droit.

Le candidat à l'assurance joint à sa demande :

- Une photocopie de son attestation de droits adressée par l'organisme de Sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, celle de ses Ayants droit qui sont assurés sociaux à titre personnel.
- Un relevé d'identité bancaire
- Un mandat de prélèvement SEPA (en cas de paiement des cotisations par prélèvement)

Dématérialisation de la relation

L'Adhérent est informé de la poursuite de la relation commerciale et contractuelle sur un support durable autre que le papier, et accepte lors de son adhésion que l'ensemble des informations, documents et communications destinés à la souscription et à l'exécution de celle-ci lui soient envoyés exclusivement par voie électronique.

L'Adhérent est informé qu'il peut s'opposer à l'utilisation du support électronique et demander qu'un support papier soit utilisé pour la poursuite de la relation commerciale ou contractuelle. Dans ce cas, l'Adhérent peut réaliser les formalités, déclarations, qui lui incombent en lui adressant celles-ci par courrier aux adresses indiquées dans la présente Notice.

Article 5. Déclaration de l'Assuré

Le contrat est établi d'après les déclarations de chaque Assuré lors de l'adhésion.

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.

En cours d'adhésion, et conformément à l'article L 113-2 du code des assurances, l'Assuré doit informer l'Assureur de tout changement de situation au plus tard dans les 15 jours :

- Tout changement de la composition de la famille (naissance, mariage, décès) ;
- Toute modification des éléments renseignés à l'adhésion ;
- La cessation ou le changement d'affiliation d'un des assurés au régime obligatoire ;
- La survenance d'un évènement entraînant la cessation de qualité d'Ayant droit ;
- Un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle ;
- Le changement de domicile ou la fixation hors de France métropolitaine, en Corse ou dans l'un des départements d'Outre-Mer suivants : Guadeloupe, Martinique, La Réunion et la Guyane.
- Un changement de compte bancaire ou postal pour le prélèvement des cotisations et/ou le virement des prestations ;
- L'existence ou la cessation de garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

Ces événements doivent être signalés dans un délai de quinze (15) jours calendaires suivant leur survenance selon les modalités suivantes :

- Par l'envoi par l'Adhérent d'une lettre d'information transmise sur tout support durable avec les justificatifs correspondants à la situation de l'Adhérent.

L'inobservation de ce délai, si elle cause un préjudice à l'Assureur, entraîne la perte de tout droit aux garanties liées à la modification.

Conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle modifiant l'appréciation du risque assuré, l'Adhésion est nulle et la prime payée demeure acquise à titre de pénalité.

Conformément à l'article L113-9 du Code des assurances, en cas d'omission ou déclaration inexacte non intentionnelle, constatée avant sinistre, l'Assureur pourra résilier l'Adhésion avec un préavis de 10 jours en restituant à l'Adhérent le prorata de prime ou en augmentant la prime à due proportion. Si cette omission ou fausse déclaration non intentionnelle est constatée après un sinistre, l'indemnité sera réduite à proportion de la part de prime payée rapportée à ce qu'elle aurait dû être si l'Assureur avait eu connaissance exacte de la situation de l'Assuré. Si, en cours d'adhésion, un Assuré fait volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, s'il utilise sciemment des documents inexacts comme justificatifs, l'Assureur est en droit de le déchoir de tout droit à indemnisation. Dès lors, le paiement des prestations afférentes à cette fausse déclaration de sinistre lui est refusé et toute prestation indument versée peut-être réclamée à l'Adhérent. L'Assureur est également en droit de résilier son Adhésion tel que prévu à l'article 6 de la présente Notice d'information. La résiliation prend effet trente (30) jours à compter de la notification par l'assureur de la résiliation.

Article 6. Effet, durée et cessation du contrat

L'adhésion est soumise à l'accord préalable de l'Assureur. L'acceptation de l'Assureur se matérialise par l'émission d'un certificat d'adhésion qui reprend la formule de garantie choisie, le montant de la cotisation et la date de son exigibilité. Le document est accompagné du tableau de garantie qui reprend les différents plafonds et limites de garantie.

La date de conclusion de l'adhésion est celle de l'acceptation par l'Assureur qui est indiquée sur le Certificat d'adhésion. L'adhésion produira ses effets à compter de la date d'effet indiquée sur le Certificat d'adhésion et sous réserve de l'encaissement de la première cotisation. La date d'effet de l'adhésion ne peut être ni antérieure ni égale à la date de signature de la demande d'adhésion par l'Adhérent.

6.1 – Durée

L'adhésion est conclue pour une période de douze (12) mois à compter de sa date d'effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction à la date anniversaire du contrat par périodes successives d'un an.

6.2 – Renonciation

L'adhérent peut renoncer à son adhésion dans les quatorze (14) jours calendaires suivant la date de réception des conditions particulières.

Si l'Adhérent souscrit le contrat à la suite d'un démarchage à domicile : les dispositions suivantes issues de l'article L. 112-9.-I. du Code des assurances s'appliquent : *"Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. (...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation".*

Si l'Adhérent a souscrit le contrat à distance : Conformément à l'article L112-2-1 du code des assurances, l'Adhérent a la possibilité de renoncer à la souscription dans un délai de 14 jours à compter du jour où le contrat à distance est conclu. Ce délai commence à courir soit à compter de la date de signature du contrat, soit à compter du jour où l'Adhérent a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure. Si un sinistre survient pendant ce délai de 14 jours, la cotisation doit avoir été réglée au plus tard lors de la déclaration du sinistre

Dans tous les cas, pour exercer le droit à renonciation :

L'Adhérent devra adresser la lettre de renonciation en recommandé avec avis de réception ou par lettre recommandée électronique à contact@ucr.fr ou à l'adresse postale suivante : UCR 1 bis Boulevard Faidherbe 59400 CAMBRAI rédigée sur le modèle ci-dessous :

« Je soussigné(e) M.....
(Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat « xxxxxxxx » que j'avais

souscrit le

Je souhaite donc qu'il soit résilié à compter de la date de réception de la présente lettre.

Fait à le
Signature :

A réception de la lettre de renonciation, l'Assureur remboursera à l'Adhérent les cotisations versées dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

Si l'Adhérent demande la mise en jeu des garanties pendant le délai de 14 jours, le droit de renonciation n'est plus applicable.

6.3 – Résiliation

Le contrat cesse et plus aucune garantie n'est due par l'Assureur dans les cas suivants :

A l'initiative de l'Adhérent :

- A chaque échéance anniversaire par notification adressée au plus tard deux (2) mois avant la date d'échéance. Le délai de préavis est décompté à partir de la date de notification ;
- À tout moment, après au moins douze (12) mois d'Adhésion. La résiliation prendra alors effet un mois à compter de la date de réception de la notification. L'Adhérent recevra un avis de réception précisant la date de prise d'effet de la résiliation ;
- En cas de modification des conditions du Contrat groupe à l'initiative de l'Assureur, l'Adhérent dispose d'un délai de trente (30) jours à compter de la notification pour résilier son Adhésion en raison de ces modifications ;
- En cas de révision de la cotisation dans les conditions déterminées au paragraphe 7.2.

A l'initiative de l'Assureur :

- En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions déterminées par le paragraphe 7.3.
- 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.

A l'initiative de l'Adhérent ou de l'Assureur :

- L'Adhérent ou l'Assureur peut résilier l'Adhésion en cas de changement de domicile en dehors de la France métropolitaine, Corse ou de l'un des départements d'Outre-Mer suivants : Guadeloupe, Martinique, La Réunion et la Guyane, de situation matrimoniale ou de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle, ou de 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). Si elle émane de l'Adhérent, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent le changement sus-évoqué. Si elle émane de l'Assureur, la demande de résiliation doit être effectuée dans les trois (3) mois qui suivent la notification du changement par l'Adhérent à l'Assureur. Dans tous les cas, la résiliation prend effet un (1) mois après la notification de la lettre recommandée.

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 ; La résiliation prend effet le premier jour qui suit la cessation d'affiliation au Régime Obligatoire d'assurance maladie ;

Modalités de résiliation

L'adhérent doit notifier sa demande de résiliation selon les modalités suivantes :

- Par courrier électronique adressé à UCR au service résiliation à contact@ucr.fr
- Par lettre simple ou recommandée à l'adresse suivante à UCR, Service Résiliation, 1 bis Boulevard Faidherbe 59400 CAMBRAI
- A l'aide du formulaire mis à disposition sur l'espace client

La résiliation peut également être adressée par tout autre moyen prévu par le Code des assurances.

L'Adhérent sera redevable de la part de cotisation correspondante à la période jusqu'à laquelle le contrat est en vigueur. En cas de trop versé, l'assureur remboursera l'Adhérent sous un délai de trente (30) jours à compter de la date de résiliation des garanties.

Les garanties issues de l'adhésion restent acquises aux assurés pour tous les soins et traitements jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation, la date de facturation prise en compte par le régime obligatoire ou la date de soins faisant foi.

Disposition relative au contrat groupe :

Les droits et obligations de l'Adhérent peuvent être modifiés par des avenants au Contrat groupe, conclus entre l'Assureur et l'Association ADPM. Conformément à l'article L.141-4 du Code des assurances, l'Adhérent est préalablement informé de ces modifications.

Article 7. Cotisations

7.1 – Détermination de la cotisation

Le montant de la cotisation est déterminé en fonction :

- De la formule de garantie choisie,
- De l'âge de l'assuré (par différence de millésime),
- De la composition de la famille assurée,
- Du département de Résidence de l'Adhérent,
- Du Régime Obligatoire de chaque assuré.

7.2 – Evolution des cotisations

Le montant de la cotisation évolue à chaque échéance en fonction de l'âge des assurés.

En cours d'Adhésion, la cotisation peut varier en cas de : modification de la législation sociale et/ou fiscale, changement de garanties, changement ou modification du Régime Obligatoire d'assurance maladie, ajout ou sortie d'un ayant droits, changement de domicile entraînant un changement de zone tarifaire. En outre, en cas de modification des niveaux de remboursement du Régime Obligatoire, l'Assureur peut être amené, en cours d'année, à procéder à une réactualisation des cotisations.

Tout changement du taux des taxes ou toute instauration de nouvelles impositions applicables au contrat, toute évolution de la réglementation ou de la législation applicable au contrat, entraînera une modification du montant de la cotisation.

L'Assureur peut également être amené à réviser le montant des cotisations, notamment en fonction des résultats techniques des garanties de même nature et/ou de l'évolution prévisionnelle des

dépenses de santé.

Les augmentations de cotisations seront notifiées à l'Adhérent par écrit au moins deux mois avant la date prévue de l'entrée en vigueur. L'Adhérent pourra être informé par courrier simple, l'Assureur étant expressément dispensé de recourir à un envoi recommandé.

Toutefois, l'Adhérent est en droit de résilier le contrat dans les 30 jours suivant la notification de cette révision en cas de désaccord.

De convention expresse, le paiement de la cotisation majorée vaut acceptation irrévocable de la majoration proposée. La possibilité de résiliation ci-dessus ne s'applique pas à l'augmentation des taxes ou tout autre élément de la cotisation qui serait ajouté en application de dispositions légales.

7.3 – Paiement des cotisations

La 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. Elle est due à partir de la date d'effet de l'adhésion. Les modalités et périodicités de paiement des cotisations figurent sur la Demande d'adhésion.

A défaut du paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur adressera à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. Si la cotisation reste impayée 30 jours après l'envoi de la mise en demeure, la garantie sera suspendue.

Après un nouveau délai de 10 jours, l'Assureur résiliera de plein droit le contrat et pourra réclamer le paiement des cotisations restant dues. En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi le lendemain du jour du paiement.

Les frais de recouvrement et de procédure seront à la charge de l'Adhérent.

Article 8. Territorialité des garanties

Les garanties du contrat groupe ne bénéficient qu'aux seuls Assurés résidant à titre principal en France métropolitaine, Corse ou dans l'un des départements d'Outre-Mer suivants : Guadeloupe, Martinique, La Réunion et la Guyane pour des frais engagés en France.

Les garanties s'étendent aux soins inopinés intervenus au cours d'un séjour temporaire ne dépassant pas 2 mois et réalisés hors de France dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les soins inopinés s'entendent des soins qui ne font pas l'objet d'une programmation. Ils s'appliquent aux personnes qui, lors d'un séjour à l'étranger tombent malades ou se blessent et doivent de ce fait engager des dépenses médicales.

Les actes hors nomenclatures effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge.

La prise en charge de ces soins s'effectue sur la Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire française après intervention du l'Assurance Maladie Obligatoire et exclut tout autre remboursement.

Les remboursements sont effectués en France et en euros.

Article 9. Garanties

Les garanties du contrat Novéa sont accordées dans

les conditions et limites fixées au tableau des garanties.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré ou de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date d'adhésion. Dans cette limite, le bénéficiaire du Contrat peut obtenir des indemnisations de plusieurs organismes assureurs, dans la limite du reste à charge, en s'adressant aux organismes dans l'ordre de son choix.

La contribution de chaque assureur est ensuite déterminée conformément aux dispositions de l'article L 121-4 du Code des assurances, en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

En conséquence, si les assurés bénéficient de garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, ils doivent en informer le Gestionnaire immédiatement et faire connaître le nom du ou des assureur(s) concerné(s) ainsi que les garanties souscrites. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'adhésion au contrat.

Les taux de remboursement et les bases de remboursement du régime de Sécurité sociale pris en considération sont ceux applicables à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription.

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.

Le niveau de garanties retenu pour les Assurés est indiqué sur le Certificat d'adhésion.

Les garanties sont exprimées :

- Soit en pourcentage de la base de remboursement du Régime obligatoire, incluant le remboursement de la Sécurité Sociale ;
- Soit sous forme d'un forfait en euro
- Soit en Frais réels.

Les montants de remboursements s'entendent :

- Après déduction du remboursement du Régime Obligatoire lorsqu'il intervient ;
- Dans la limite de la formule choisie et indiqué dans le tableau de garanties.

Ces montants représentent des plafonds de garanties qui incluent la prise en charge du Ticket Modérateur.

Forfaits

A l'exclusion du poste Optique, les forfaits sont valables par année d'Adhésion et par Assuré, ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle.

Hospitalisation

- Les forfaits lit accompagnant et confort hospitalier sont limités à dix (10) jours par année d'adhésion et par assuré.

• Le forfait Lit accompagnant » est pris en charge lorsque l'hospitalisation concerne un enfant de moins de 16 ans.

• **Le forfait Chambre particulière est limité à trente (30) jours par année d'adhésion et par assuré dans les établissements de santé (médecine, chirurgie ou maternité), en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, et à dix (10) jours par année d'adhésion et par assuré pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés. Le forfait Chambre particulière ne s'applique pas en cas d'hospitalisation ambulatoire.**

- Un Délai de carence de 60 jours à compter de la prise d'effet des garanties s'applique pour l'ensemble des actes du poste Hospitalisation s'il s'agit d'une hospitalisation pour un motif psychiatrique ou assimilé (frais de séjour, forfait journalier, chambre particulière...).

Optique

Les prestations optiques concernant l'acquisition d'un équipement (1 monture + 2 verres) s'expriment par un forfait en euros et par équipement incluant le Ticket Modérateur.

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.

Conformément au Tableau des garanties, les montants de remboursement d'un équipement dépendront du forfait applicable :

- Forfait équipement « verres simples » ou « verre simple + verre complexe ou très complexe » ;
- Forfait équipement « verres complexes ou très complexes ».

Forfaits verres - Correction simple

Définitions des verres

- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ;
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptrie et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Forfaits verres - Correction complexe

Définitions des verres

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la

sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptrie et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;

- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ;

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptrie et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Forfaits verres - Correction très complexe

Définitions des verres

- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la

- Sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;

- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptrie et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;

- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Il est à noter que le forfait applicable, déterminé selon le niveau de dioptries, est susceptible d'être modifié en fonction d'éventuelles évolutions législatives et/ou réglementaires.

Les prestations optiques sont limitées à un (1) équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux (2) ans par Assuré. Cette période s'apprécie à compter de la dernière acquisition d'un équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'équipement optique.

Lorsque l'Assuré effectue des demandes de remboursement en deux temps, c'est-à-dire d'une part la monture et d'autre part les verres, l'appréciation du délai de deux (2) ans s'effectue à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.

Par dérogation, pour l'acquisition d'un équipement optique (1 monture + 2 verres), cette période est réduite :

- À un (1) an, pour les Assurés de moins de seize (16) ans ;

- À un (1) an, pour les Assurés de plus de seize (16) ans en cas d'évolution de la vue justifiée soit par la production d'une nouvelle prescription médicale qui sera comparée à la prescription médicale précédente, soit par la prescription médicale adaptée par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance en application de l'article D. 4362-12-1 du Code de la santé publique.

- À six (6) mois, pour les Assurés de moins de six (6) ans, lorsque la monture est mal adaptée à la

morphologie du visage de l'Assuré entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, pour l'acquisition de verres correcteurs, aucun délai de renouvellement minimal n'est applicable :

- Pour les Assurés de moins de seize (16) ans, en cas d'évolution de la vue justifiée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique ;
- Quel que soit l'âge de l'Assuré, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières listées à l'Arrêté du 3 décembre 2018 (publié au Journal Officiel du 13 décembre 2018) portant modification des modalités de prise en charge d'optique médicale et justifiée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

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).

Dentaire

A partir de la formule Essentielle, l'ensemble des prestations du poste dentaire fait l'objet d'un plafonnement par année d'adhésion et par assuré. Au-delà du plafond, la prise en charge est limitée à la prise en charge du Ticket Modérateur.

A partir de la formule Confort, les prestations prescrites non remboursées listées ci-dessous sont remboursées sous forme de forfait selon le niveau de garantie choisi :

- Prothèses non remboursées
- Parodontologie
- Implantologie
- Orthodontie non remboursée

Bonus fidélité : Après la première année d'adhésion et selon le niveau de garantie souscrit, le plafond de prise en charge augmente dans les conditions prévues au tableau de garantie.

Bonus fidélité

Après la première année d'adhésion et selon le niveau de garantie souscrit, le forfait alloué pour la chambre particulière pour les séjours en médecine, chirurgie ou maternité en secteur conventionné augmente dans les conditions prévues au tableau de garantie.

Après la première année d'adhésion et selon le niveau de garantie souscrit, un forfait pour les médicaments prescrits et non remboursés par le Régime Obligatoire et pour les lentilles prescrites remboursées ou non par le Régime Obligatoire est alloué dans les conditions prévues au tableau de garantie.

Après la première année d'adhésion et selon le niveau de garantie souscrit, le forfait alloué pour les soins dentaires non remboursés augmente dans les conditions prévues au tableau de garantie.

Article 10. Exclusions

Sont exclus du contrat :

- Les soins effectués hors de la période de validité du contrat
- Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes

Médicaux (CCAM) :

- La participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux ;
- La diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonné ;
- Les cures d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication et de thalassothérapie ;
- Les traitements et interventions chirurgicales à visée esthétique,
- Les séjours en centres, services ou établissements dits de longs séjours (USLD), de gérontologie, de gériatrie ;
- Les séjours psychopédagogiques, pédagogiques, à visée diététique ou de rééducation alimentaire ;
- Les séjours en maisons d'accueil spécialisé (MAS) ;
- Les séjours en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD) ;
- Les frais liés aux paniers 100% Santé ;
- Les prothèses capillaires de classes 1 et 2 ;
- Les aides auditives ;
- Le grand appareillage y compris les véhicules pour personne en situation de handicap (100% santé ou non) ;
- Le dispositif Mon soutien psy.

service permet à l'assuré de ne pas régler les frais de soins pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, dans la limite des garanties souscrites, auprès des professionnels de santé acceptant le Tiers payant. Pour bénéficier de ce service, les assurés devront présenter au professionnel de santé leur carte Tiers Payant. En cas de cessation des garanties, les bénéficiaires du « Tiers Payant » devront retourner leur carte de Tiers Payant. À défaut, il pourra être demander le remboursement des éventuelles prestations payées pour des frais engagés après la date de cessation des garanties.

13.2 – Télétransmission et pièces justificatives

La transmission des décomptes de remboursements des Assurés bénéficiaires peut être effectuée directement par les caisses d'assurance maladie, sous forme d'échange de données informatiques.

En cas de rejet de la Télétransmission ou lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission, l'Assuré devra transmettre son décompte de remboursement accompagné des documents suivants :

Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

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 :

- Soins pris en charge par le régime obligatoire (si télétransmission non active) : Décompte du régime obligatoire (la facture acquittée du professionnel de santé peut être demandée en complément ainsi que la prescription médicale)
- Soins non pris en charge par le régime obligatoire : Facture acquittée du professionnel de santé
- Pharmacie prescrite non remboursée : Facture acquittée + prescription médicale
- Hospitalisation (dépassements d'honoraires) : Bordereau de facturation acquitté

L'Assureur pourra demander toutes autres pièces en possession de l'Assuré ou auxquelles celui-ci peut avoir légalement accès, nécessaires à l'instruction de sa demande de prestations.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à UCR dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance des garanties.

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

L'Assuré qui emploie ou produit intentionnellement des documents inexacts ou frauduleux sera déchu de tout droit à garantie pour le sinistre concerné.

Article 14. Contrôle médical

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 d'UCR – 1 Bis Boulevard

Faidherbe, 59400 Cambrai.

L'assuré s'engage à se soumettre à ces contrôles sous peine d'être déchu du droit aux prestations.

Article 15. 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 3e médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix, la désignation sera faite par le Président du Tribunal Judiciaire 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 3e médecin y compris les frais de sa nomination.

Article 16. Subrogation

En vertu de l'article L.121-12 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé dans les droits et actions des Assurés envers tout responsable jusqu'à concurrence de l'indemnité qu'il a versée.

Article 17. Prescription

Toute action dérivant de la présente adhésion est irrecevable au terme d'un délai de DEUX (2) ans à compter de l'événement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L.114-1 et L.142 du code des assurances qui prévoient :

Article L114-1 : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».

Article L114-2 : « 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressé 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 ».

Article L114-3 : « 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. ».

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- La demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (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 (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).

Article 18. Informatique et Libertés

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, les données à caractère personnel recueillies pour le compte de l'Assureur font l'objet d'un traitement informatisé pour permettre à notre déléguaire et à son réseau d'apporteurs de vous contacter et/ou de vous adresser toute proposition ou documentation dans le cadre de votre recherche d'une solution d'assurance, puis le cas échéant pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance.

Les co-responsables de traitement sont : INSUREM - Siège social : 92-98 boulevard Victor Hugo 92110 CLICHY Société anonyme d'assurance au capital de 20 181 440 € entièrement versé. - 922 053 053 RCS NANTERRE et UCR - Siège social : 1 bis Boulevard Faidherbe - 59400 CAMBRAI - SAS de courtage d'assurances au capital de 50.000 € - RCS Douai 345 083 588 N° OrIAS 07 000 616.

Les bases légales du traitement de vos données personnelles sont la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance ou votre consentement explicite recueilli lors de la collecte des données. Pour les mêmes finalités que celles énoncées ci-dessus, ces données pourront être utilisées par les entités de notre groupe et pourront le cas échéant être transmises à nos partenaires, mandataires, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garantie, sous-traitants missionnés ainsi qu'aux organismes d'assurance des personnes impliquées et aux organismes et autorités publics.

Vos données personnelles sont conservées dans le cadre des finalités mentionnées ci-dessus et

conformément aux obligations légales en vigueur pour une durée de 5 ans à compter du terme de votre contrat d'assurances.

Vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement et d'opposition relativement à l'ensemble des données vous concernant. Vous disposez également du droit à la limitation du traitement et du droit de demander le transfert de vos données (droit à la portabilité). Vous pouvez retirer à tout moment le consentement accordé à l'utilisation de vos données. Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à ces demandes si le traitement des données est nécessaire à l'exécution du contrat, au respect d'une obligation légale ou à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Vous pouvez exercer vos droits à la protection de vos données en nous adressant votre demande à l'attention du DPO à : UCR, 1 bis Boulevard Faidherbe 59400 Cambrai ou par courriel à : dpo@ucr.fr.

Vous avez également la faculté d'introduire une réclamation sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 75334 PARIS CEDEX 07.

Nous accordons la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité des données personnelles de nos assurés et prospects et nous engageons à traiter vos données personnelles en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et au niveau de l'organisation.

En cas de violation de vos données à caractère personnel, nous vous informons dans les meilleurs délais, lorsqu'elle est susceptible d'engendrer un risque élevé pour vos droits et libertés.

Nous vous informons, en des termes clairs et simples, de la nature de la violation de données à caractère personnel et vous communiquons :

- La description de la nature de la violation de données à caractère personnel y compris, si possible, les catégories et le nombre approximatif de personnes concernées par la violation et les catégories et le nombre approximatif d'enregistrements de données à caractère personnel concernés ;
- Le nom et les coordonnées du délégué à la protection des données ou d'un autre point de contact auprès duquel des informations supplémentaires peuvent être obtenues ;
- La description des conséquences probables de la violation de données à caractère personnel ;
- La description des mesures prises ou que les coresponsables du traitement proposent de prendre pour remédier à la violation de données à caractère personnel, y compris, le cas échéant, les mesures pour en atténuer les éventuelles conséquences négatives.

Article 19. Opposition au démarchage téléphonique

En vertu des articles L223-1 et L223-2 du code de la consommation, le prospect ne souhaitant pas faire l'objet de démarchage téléphonique dispose d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site :

<https://www.bloctel.gouv.fr/inscription>

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste

n'interdit pas à UCR ou INSUREM de joindre téléphoniquement le Souscripteur dans le cadre des relations contractuelles existantes.

Article 20. Réclamation - Médiation

Pour toute réclamation, nous vous recommandons dans un premier temps de contacter votre interlocuteur habituel ou le service relation client. Vous pouvez saisir le service réclamation à l'adresse email suivante : contact@ucr.fr ou par courrier à : UCR - Service réclamation 1 bis Boulevard Faidherbe - 59400 CAMBRAI ou via le formulaire disponible sur le site internet : www.ucr.fr

UCR s'engage à accuser réception de votre réclamation dans les dix (10) jours ouvrables et à vous apporter une réponse dans les deux (2) mois après l'envoi de votre première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou lorsque l'Assureur ou gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, vous pouvez vous adresser par voie postale à l'adresse suivante : Médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS cedex 09. Ou par voie électronique : <http://www.mediation-assurance.org>

Dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de votre réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

Article 21. 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.

Article 22. Sanctions internationales

L'assureur ne sera tenu à aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligé de payer aucune somme au titre du contrat et de l'adhésion dès lors que la mise en œuvre d'une telle garantie, la fourniture d'une telle prestation ou tel paiement l'exposerait à une sanction, prohibition ou restriction résultant d'une résolution de l'Organisation des Nations Unies et/ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois et/ou règlements édictés par l'Union européenne, la France, le Royaume-Uni, et les États-Unis d'Amérique ou par tout autre droit national applicable au présent contrat prévoyant de telles mesures.

Article 23. Autorité de contrôle

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

