

ASSISTANCE PROTECTION JURIDIQUE

Notice d'information

Préambule

Fidélia assistance réalisera la réception des appels, du lundi au vendredi du 9h à 19h dans le cadre de la « protection juridique santé » établie avec Covéa protection juridique, aux numéros de téléphone suivants :

- en France : 09 69 32 05 28 (appel non surtaxé) ;
- depuis l'étranger : 00 33 1 47 11 25 63.

La « protection juridique santé » est régie par le code des assurances et la présente notice contractuelle.

Elle s'exerce en France.

Elle cesse de plein droit en cas de résiliation par l'adhérent de son adhésion au contrat d'assurance santé de la mutuelle SMI. Les litiges déclarés et en cours avant la résiliation de l'adhésion demeurent pris en charge jusqu'à leur clôture.

I – Lexique

Acte médical

Consultation, traitement, intervention chirurgicale, soin y compris prestation de nature hôtelière, délivrance de prescription ou vente de médicaments, dispensé(e) ou effectué(e) :

- par un professionnel de santé libéral ou salarié, dont le diplôme est régulièrement enregistré auprès de la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations, ou exerçant son activité dans le cadre du service de santé des armées françaises : médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage femme, infirmier, infirmier du secteur psychiatrique, masseur-kinésithérapeute, orthoptiste, orthophoniste, audioprothésiste, pédicure-podologue, opticien-lunetier, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, psychomotricien ;
- par un établissement de santé (hôpital, clinique, centre de rééducation fonctionnelle, centre de cure, maison de retraite médicalisée, etc.) : analyse médicale effectuée par un laboratoire d'analyses de biologie médicale.

Assureur

Covéa protection juridique - Société anonyme d'assurance au capital de 88 077 090, 60 euros entièrement versé - Entreprise régie par le code des assurances.

RCS Le Mans 442 935 227 - APE 6512 Z - Siège social : 33 rue de Sydney – 72045 Le Mans Cedex 2.

Sous le contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

Souscripteur

SMI, mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité - SIREN 784 669 954.

Siège social : Cœur Défense - Tour A - 90-110 esplanade du Général-de-Gaulle 92931 Paris La Défense Cedex.

Bénéficiaire

L'adhérent chef de famille de SMI et, pour autant qu'il bénéficie de sa garantie santé, son conjoint de droit ou de fait, ou toute personne liée au bénéficiaire par un PACS, leurs enfants célibataires âgés de moins de 25 ans vivant au domicile et fiscalement à charge ainsi que les ascendants vivant au domicile de l'adhérent.

Conflits d'intérêts

Lorsque l'assureur doit simultanément défendre les intérêts du bénéficiaire et ceux du (des) tiers.

Déchéance

Perte du droit à la garantie.

Juridiquement insoutenable

Caractère non défendable de la position ou du litige du bénéficiaire au regard de la loi et de la jurisprudence en vigueur.

Litige

Situation conflictuelle causée par un événement préjudiciable ou un acte répréhensible opposant le bénéficiaire à un (des) tiers et le conduisant à faire valoir un droit contesté, à résister à une prétention ou à le défendre devant toute juridiction.

Produit de santé

Produits utilisés dans le cadre d'activités de diagnostic, de prévention ou de soins (exemples : médicaments, prothèses, produits sanguins, etc.).

Seuil d'intervention

Enjeu financier du litige en principal en dessous duquel l'assureur n'intervient pas et dont le montant est fixé à 200 €.

Tiers

Personne physique ou morale non assurée par le présent contrat et qui est opposée au bénéficiaire.

Dépens

Frais de justice entraînés par le procès, ne comprenant pas les honoraires d'avocat.

Frais irrépétibles

Sommes exposées par une partie dans une instance judiciaire, non comprises dans les dépens et compensées par une indemnité au titre de l'article 700 du code de procédure civile ou de l'article 475-1 du code de procédure pénale ou de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

France

France métropolitaine, principautés de Monaco, d'Andorre ainsi que les départements et régions d'outre-mer (DROM).

II – Protection des données à caractère personnel

À qui sont transmises les données personnelles du bénéficiaire ?

Les données personnelles du bénéficiaire sont traitées par l'assureur et par le groupe Covéa auquel il appartient, responsables de traitement.

Le bénéficiaire trouvera les coordonnées de l'assureur sur les documents contractuels et précontractuels qui lui ont été remis ou mis à sa disposition. Le groupe Covéa est représenté par Covéa, société de groupe d'assurance mutuelle régie par le code des assurances, RCS Paris 450 527 916, dont le siège social se situe 86-90 rue Saint-Lazare - 75009 Paris. Pour obtenir des informations sur le groupe Covéa, le bénéficiaire peut consulter le site <https://www.covea.eu>.

Les données personnelles du bénéficiaire peuvent être transmises aux personnels des responsables de traitement, à leurs partenaires et sous-traitants contractuellement liés, réassureurs, organismes professionnels, organismes d'assurance ou organismes sociaux des personnes impliquées, intermédiaires d'assurance, experts, ainsi qu'aux personnes intéressées au contrat.

Ces destinataires peuvent être situés en dehors de l'Union européenne sur la base d'une décision d'adéquation ou de conditions contractuelles négociées. Ces dispositifs sont disponibles auprès du délégué à la protection des données.

Pourquoi l'assureur a-t-il besoin de traiter les données personnelles du bénéficiaire ?

Les données personnelles du bénéficiaire sont traitées par l'assureur et par le groupe Covéa afin de :

- conclure, gérer et exécuter les garanties de son contrat d'assurance ;
- réaliser des opérations de prospection commerciale ;
- permettre l'exercice des recours et la gestion des réclamations ;
- conduire des actions de recherche et de développement ;
- mener des actions de prévention ;
- élaborer des statistiques et des études actuarielles ;
- lutter contre la fraude à l'assurance ;
- mener des actions de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- exécuter les obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Ces traitements ont pour bases légales l'intérêt légitime des responsables de traitement pour les finalités de prospection commerciale, de lutte contre la fraude à l'assurance, de recherche développement ainsi que d'actions de prévention, et son contrat pour les autres finalités citées, hors données de santé. Lorsque la base légale est le contrat, le refus de fournir ses données de la part du bénéficiaire entraîne l'impossibilité de conclure celui-ci.

Les responsables de traitement ont pour intérêt légitime leur développement commercial, le développement de nouvelles offres et de nouveaux services, et la maîtrise de leur sinistralité.

Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, l'assureur peut, en cas de détection d'une anomalie, d'une incohérence ou d'un signalement, inscrire le bénéficiaire sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, afin de maîtriser ses coûts et protéger sa solvabilité. Avant toute inscription, une information individuelle préalable sera notifiée au bénéficiaire.

Quelle protection particulière pour les données de santé du bénéficiaire ?

L'assureur et le groupe Covéa traitent des données personnelles relatives à la santé du bénéficiaire aux fins de conclusion et gestion de son contrat et/ou d'instruction et de gestion de son sinistre. Ces données sont également utilisées à des fins de lutte contre la fraude à l'assurance.

Ces données de santé sont nécessaires à l'assureur pour évaluer les risques. En aucun cas ces données de santé ne seront utilisées à des fins de prospection commerciale.

Compte tenu de leur particulière sensibilité, le traitement de ces données de santé est soumis à l'obtention du consentement du bénéficiaire. Pour garantir la confidentialité de ces données de santé et le respect du secret médical, elles sont destinées exclusivement au service médical de l'assureur ainsi qu'au seul personnel spécifiquement formé à leur traitement par le service médical.

Le bénéficiaire a la possibilité de ne pas donner son consentement ou de le retirer à tout moment. En cas de refus ou de retrait de son consentement, l'assureur ne pourra pas évaluer le risque. Par conséquent, la conclusion du contrat du bénéficiaire ou l'instruction et la gestion de son sinistre seront impossibles.

Le bénéficiaire peut exercer son droit de retrait auprès du délégué à la protection des données à l'adresse suivante :

Covéa protection juridique - Protection des données personnelles - « Le Neptune » - 1 rue Galilée - 93195 Noisy-le-Grand cedex, ou par email à protectiondesdonnees-pjng@covea.fr.

Pendant combien de temps les données personnelles du bénéficiaire sont-elles conservées ?

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données personnelles sont conservées trois ans à compter de leur collecte ou du dernier contact avec la personne concernée resté sans effet. Les données personnelles traitées dans le cadre de la conclusion et de la gestion du contrat du bénéficiaire sont conservées conformément aux délais légaux de prescription, fixés selon la nature du contrat.

En cas d'inscription sur une liste de lutte contre la fraude, les données personnelles du bénéficiaire sont conservées cinq ans. En l'absence de conclusion d'un contrat, ses données de santé sont conservées pendant cinq ans.

Quels sont les droits dont dispose le bénéficiaire ?

Le bénéficiaire dispose :

- **d'un droit d'accès**, qui lui permet d'obtenir :
 - la confirmation que des données le concernant sont (ou ne sont pas) traitées ;
 - la communication d'une copie de l'ensemble des données personnelles détenues par le responsable de traitement le concernant. Ce droit concerne l'ensemble des données qui font l'objet (ou non) d'un traitement de la part de l'assureur ;
- **d'un droit de demander la portabilité de certaines données**. Plus restreint que le droit d'accès, il s'applique aux données personnelles que le bénéficiaire a fournies (de manière active, ou qui ont été observées dans le cadre de son utilisation d'un service ou dispositif) dans le cadre de la conclusion et la gestion de son contrat ;
- **d'un droit d'opposition**, qui lui permet de ne plus faire l'objet de prospection commerciale de la part de son assureur ou de ses partenaires ou, pour des raisons tenant à sa situation particulière, de faire cesser le traitement de ses données à des fins de recherche et développement, de lutte contre la fraude et de prévention ;
- **d'un droit de rectification** qui lui permet de faire rectifier une

information le concernant lorsque celle-ci est obsolète ou erronée. Il lui permet également de faire compléter des informations incomplètes le concernant ;

- **d'un droit d'effacement** qui lui permet d'obtenir l'effacement de ses données personnelles sous réserve des durées légales de conservation. Il peut notamment trouver à s'appliquer dans le cas où ses données ne seraient plus nécessaires au traitement ;
- **d'un droit de limitation** qui lui permet de limiter le traitement de ses données (ne faisant alors plus l'objet d'un traitement actif) :
 - en cas d'usage illicite de ses données ;
 - s'il conteste l'exactitude de celles-ci ;
 - s'il lui est nécessaire de disposer des données pour constater, exercer ou défendre ses droits ;
- **d'un droit d'obtenir une intervention humaine** : l'assureur peut avoir recours à une prise de décision automatisée en vue de la souscription ou de la gestion du contrat du bénéficiaire pour l'évaluation du risque. Dans ce cas, le bénéficiaire peut demander quels ont été les critères déterminants de la décision auprès du délégué à la protection des données.

Le bénéficiaire peut exercer ses droits par courrier à l'adresse postale de Covéa protection juridique - Protection des données personnelles - « Le Neptune » - 1 rue Galilée - 93195 Noisy-le-Grand cedex ou par email à l'adresse protectiondesdonnees-pjng@covea.fr.

À l'appui de sa demande d'exercice des droits, il lui sera demandé de justifier de son identité.

Le bénéficiaire peut s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur www.bloctel.gouv.fr. Dans ce cas, il ne sera pas démarché par téléphone sauf s'il a communiqué son numéro de téléphone à son assureur afin d'être recontacté ou sauf s'il est titulaire auprès de celui-ci d'un contrat en vigueur.

Le bénéficiaire peut définir des directives générales auprès d'un tiers de confiance ou particulières auprès du responsable de traitement concernant la conservation, l'effacement et la communication de ses données personnelles après son décès. Ces directives sont modifiables ou révocables à tout moment.

En cas de désaccord sur la collecte ou l'usage de ses données personnelles, l'assuré a la possibilité de saisir la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Comment contacter le délégué à la protection des données ?

Pour toute information complémentaire, le bénéficiaire peut contacter le délégué à la protection des données :

- par mail, à deleguealaprotectiondesdonnees@covea.fr ;
- par courrier, à l'attention du délégué à la protection des données - 86-90 rue Saint-Lazare - 75009 Paris.

III – Protection juridique dès la souscription

1) Domaine d'intervention

L'assureur met à disposition du bénéficiaire les moyens juridiques et financiers qui lui sont nécessaires pour le renseigner, l'assister et le défendre, afin de faire valoir ses droits et les faire exécuter, en cas de litiges énumérés ci-après, se rapportant ou découlant de sa situation. L'assureur intervient quand un litige survient dans les domaines suivants : litige se rapportant ou découlant d'un acte médical et/ou d'un produit de santé, et opposant le bénéficiaire à un professionnel de santé, à un établissement de santé, un laboratoire d'analyses de biologie médicale, ou à une entreprise de transport sanitaire agréée, à un producteur, exploitant ou distributeur de produits de santé.

La langue utilisée est le français.

2) Service d'information juridique

À titre informatif et préventif ou en cas de litige, l'assureur met à disposition du bénéficiaire son service d'information.

Ses juristes répondent par téléphone aux questions d'ordre juridique à caractère documentaire relevant du droit français que le bénéficiaire se pose, du lundi au vendredi, de 9h à 19h.

3) Service de protection juridique

a) Déclaration du litige

Le bénéficiaire doit adresser sa déclaration par écrit à :

Covéa protection juridique dossier SMI - « Le Neptune » - 1 rue

Galilée - 93195 Noisy-le-Grand Cedex.

dès qu'il a connaissance du litige ou du refus opposé à une réclamation dont il est l'auteur ou le destinataire, conformément à l'article L. 113-2 du code des assurances, en communiquant immédiatement et ultérieurement, à la demande de l'assureur, toutes pièces, informations, justificatifs ou éléments de preuve nécessaires à la vérification des garanties, à la localisation du tiers, à l'instruction du dossier et à la recherche de sa solution.

Cette déclaration devra parvenir à l'assureur avant tout engagement d'action judiciaire et avant toute saisine d'un mandataire (avocat, huissier, expert, etc.), sauf mesures conservatoires urgentes et appropriées. Dans le cas contraire, l'assureur serait fondée à ne pas prendre en charge les frais et honoraires engagés sans son accord préalable.

En cas de déclaration volontairement inexacte ou de mauvaise foi sur les faits, les événements ou la situation qui sont à l'origine du litige ou plus généralement sur tout élément pouvant servir à sa solution, le bénéficiaire encourt une déchéance de garantie.

b) Gestion amiable du dossier

Après son instruction, l'assureur renseignera le bénéficiaire sur ses droits et mettra en œuvre, avec son accord, toutes interventions ou démarches tendant à permettre une issue amiable. Concernant spécifiquement les litiges relatifs à la santé du bénéficiaire, l'assureur fera appel à son médecin conseil, dont la démarche sera d'optimiser le recours amiable et de contribuer à la mise en œuvre du recours, y compris dans le cadre des échanges avec un médecin expert.

Les frais que le bénéficiaire pourrait engager sans l'accord préalable de l'assureur resteront à sa charge. Conformément aux dispositions de l'article L. 127-2-3 du code des assurances, si le bénéficiaire est informé que le tiers est assisté d'un avocat ou si l'assureur en est lui-même informé, il devra également être assisté par un avocat. Le bénéficiaire a le libre choix de son avocat.

Si l'assureur ne parvient pas à une issue amiable, il guidera le bénéficiaire vers la procédure judiciaire qui pourra être engagée.

c) Accompagnement en cas de procédure

Si le litige entre en phase judiciaire, l'assureur proposera au bénéficiaire de choisir librement un avocat chargé de défendre ses intérêts. Par ailleurs, l'assureur pourra à sa demande écrite mettre le bénéficiaire en relation avec un avocat.

Conseillé par son avocat, le bénéficiaire aura la direction du procès, c'est-à-dire la maîtrise des directives ou des mesures pouvant s'avérer nécessaires durant la procédure, avec l'assistance de l'assureur s'il le souhaite.

Dans tous les cas, il sera nécessaire d'obtenir l'accord préalable de l'assureur sur la prise en charge des frais ou honoraires liés aux actions ou voies de recours que le bénéficiaire entendra exercer afin de lui permettre, au travers la communication de toutes pièces utiles, d'en examiner le bien-fondé et l'opportunité. Il en sera de même pour l'acceptation d'une transaction.

À défaut d'un tel accord préalable, l'assureur ne prendra pas en charge ces frais et honoraires.

d) Indemnisation et subrogation

L'assureur prendra en charge et réglera ou remboursera les honoraires et frais des mandataires, à concurrence des montants indiqués dans le tableau ci-après concernant l'avocat intervenant pour le compte du bénéficiaire, et tous autres frais nécessaires à la résolution du litige.

Il appartiendra au bénéficiaire de son côté de verser toutes sommes, provisions ou cautions qui seraient éventuellement requises pour faire face à des charges non garanties.

S'il est nécessaire de faire appel à un médecin expert, afin de compléter le dossier du bénéficiaire ou de l'assister dans le cadre d'une expertise (amiable ou judiciaire), **la prise en charge au titre de ses honoraires et frais de cabinet interviendra dans la limite de 800 € TTC par intervention.**

L'ensemble de ces règlements ne pourra excéder un montant de 8 000 € TTC par sinistre.

S'agissant des sommes allouées au titre des frais et dépens ainsi que des frais irrépétibles, elles seront affectées prioritairement aux frais que le bénéficiaire aurait personnellement exposés. Au-delà de ses propres frais, l'assureur sera subrogé dans les droits

du bénéficiaire et actions pour la récupération de ces sommes à concurrence des sommes réglées par les soins de l'assureur, conformément à l'article L. 127-8 du code des assurances.

Ce que l'assureur réglera à l'avocat intervenant pour le compte du bénéficiaire	
Assistance au stade amiable (en cas d'assistance du tiers par un avocat) :	
- règlement amiable conclu ;	450 €
- règlement amiable non conclu ;	200 €
- tribunaux d'instance, de grande instance, administratif, pôle social du tribunal de grande instance et cours d'appel (au fond) ;	800 €
- constitution de partie civile ;	380 €
- liquidation des intérêts civils ;	460 €
- assistance à expertise, mesure d'instruction ;	245 €
- référé ;	440 €
- toutes autres juridictions, procédures ou commissions.	380 €
Transactions amiables au stade judiciaire	
*Plafond prévu pour la juridiction concernée	
Cour d'assises, Cour de cassation, Conseil d'État	2 000 €
Ces montants incluent, outre les honoraires et la TVA, les frais, droits divers, débours ou émoluments (notamment de postulation devant le tribunal de grande instance).	
Ils n'incluent pas les frais d'actes d'huissier de justice.	
Ces montants sont applicables par ordonnance, jugement ou arrêt ainsi qu'en cas de pluralité d'avocats, c'est-à-dire lorsqu'un avocat succède, à la demande du bénéficiaire, à un autre avocat pour la défense de ses intérêts, ou si le bénéficiaire fait le choix de plusieurs avocats.	

Ce que l'assureur ne réglera pas
Les amendes et les sommes de toute nature que le bénéficiaire serait dans l'obligation de régler ou rembourser au(x) tiers.
Les frais et dépens engagés par le(s) tiers et mis à la charge du bénéficiaire.
Les honoraires de résultats.
Les frais et interventions rendus nécessaires ou aggravés du seul fait du bénéficiaire.
Les enquêtes pour identifier ou retrouver le(s) tiers.
Les frais engagés sans l'accord de l'assureur.

4) Réclamation médiation

Si le bénéficiaire est mécontent des modalités d'application des garanties de protection juridique, il peut s'adresser en premier lieu à son interlocuteur habituel. La demande du bénéficiaire sera examinée et une réponse lui sera faite.

Si malgré les explications fournies, le différent persiste, le bénéficiaire peut alors s'adresser au département qualité clientèle de l'assureur qui lui apportera une réponse définitive :

▪ par courrier à Covéa protection juridique - Réclamation relations clients - « Le Neptune » - 1 rue Galilée - 93195 Noisy-le-Grand Cedex ;

▪ par téléphone au 01 49 14 84 44 ;

▪ par email à contactdqc-pjng@covea.fr.

Dans tous les cas il sera accusé réception de la réclamation du bénéficiaire dans les dix jours ouvrables à compter de sa réception, sauf si une réponse lui est apportée entre-temps.

L'assureur s'engage en outre à tenir informé le bénéficiaire si la durée du traitement de sa réclamation devait être dépassée.

La durée totale de traitement de la réclamation du bénéficiaire par l'interlocuteur habituel et le département qualité clientèle, si le bénéficiaire l'a sollicité, n'excèdera pas deux mois, sauf circonstances particulières.

Après épuisement de toutes les voies de recours internes ou si aucune réponse n'a été apportée au bénéficiaire dans les délais impartis, le bénéficiaire a la possibilité, si le désaccord persiste, de saisir le médiateur de l'assurance :

- directement sur le site internet www.mediation-assurance.org ;
- par courrier à la médiation de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

* La charte « La médiation de l'assurance » précisant les conditions d'intervention du médiateur de l'assurance, est disponible sur ce site. »

5) Arbitrage en cas de désaccord

Si le désaccord est relatif aux mesures à prendre pour régler le litige, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne, arbitre désigné d'un commun accord parmi les professionnels habilités à donner du conseil juridique (notaires, avocats, professeur de faculté, etc.) ou, à défaut d'accord, par le président du tribunal de grande instance statuant en la forme des référés.

L'assureur prendra en charge les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté, dans la limite de 800 € TTC.

Toutefois, le président du tribunal de grande instance, statuant en la forme des référés, peut en décider autrement lorsque le bénéficiaire a mis en œuvre cette faculté dans des conditions abusives. Si le bénéficiaire a engagé à ses frais une procédure contentieuse et qu'il obtient une solution plus favorable que celle proposée par l'assureur ou la tierce personne arbitre, l'assureur indemnise le bénéficiaire des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite de ses obligations contractuelles.

6) Conflit d'intérêts

En cas de conflit d'intérêts entre la bénéficiaire et l'assureur (hypothèse qui peut apparaître lorsque l'assureur assure les deux parties opposées d'un même litige), le bénéficiaire a la liberté de choisir son avocat ou, s'il le préfère, une personne qualifiée pour l'assister conformément aux règles et aux garanties du présent contrat.

IV – Exclusions de la garantie protection juridique

L'assureur n'intervient pas :

- lorsque l'événement préjudiciable à l'origine du litige est connu par le bénéficiaire avant la prise d'effet ou après la cessation des effets de sa garantie ;
- lorsque la demande du bénéficiaire est juridiquement insoutenable, prescrite ou lorsque son enjeu est inférieur au seuil d'intervention ;
- lorsque le litige découle :
 - de l'accomplissement d'un acte médical par une personne non titulaire d'un diplôme régulièrement enregistré auprès de la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations, excepté s'il s'agit d'un professionnel exerçant son activité dans le cadre du service de santé des armées françaises ;
 - d'une rixe ou d'injures dans laquelle (lesquelles) le bénéficiaire a joué un rôle actif ou provocateur ;
 - d'une guerre civile ou étrangère ;
 - de l'application du contrat de santé SMI ;
- de manière générale, pour tout ce qui n'est pas expressément garanti.

V – Prescription

Toute action découlant de ce contrat est prescrite au terme d'un délai de deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance dans les conditions déterminées par les articles L. 114-1 et L. 114-2 du code des assurances.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- en cas de sinistre, que du jour où le bénéficiaire en a eu connaissance, s'il prouve qu'il l'a ignoré jusque-là.

Quand l'action du bénéficiaire 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 le bénéficiaire ou

a été indemnisé par ce dernier.

La prescription peut être interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci :

- citation en justice, même en référé ;
- actes d'exécution forcée à l'encontre de celui que l'on veut empêcher de prescrire ;
- reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer, ainsi que dans les cas ci-après ;
 - désignation d'experts à la suite d'un litige ;
 - envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur au bénéficiaire en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, par le bénéficiaire à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L. 114-3 du code des assurances, 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.

La prescription peut aussi être suspendue par la mise en œuvre des procédures de réclamation et d'arbitrage en cas de désaccord décrites ci-dessus.



Siège social – Agence de Paris
Cœur Défense - Tour A
90-110 esplanade du Général-de-Gaulle
92931 Paris La Défense Cedex

Agence de Lyon
33, rue Maurice Flandin
69003 LYON

Agence de Guyane
2, rue du Capitaine Bernard
97300 CAYENNE

www.mutuelle-smi.com

Document à caractère informatif