

SOMMAIRE GÉNÉRAL

TABLEAU DES GARANTIES	2
EXEMPLES DE REMBOURSEMENT	4
NOTICE D'INFORMATION SANTÉ	5
NOTICE D'INFORMATION HONORAIRES +	16
CONVENTION D'ASSISTANCE	25
CONVENTION TÉLÉCONSULTATION	38
DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ	42
STATUTS AGIS	45
DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE PRODUIT D'ASSURANCE (FICHE IPID)	50

TABLEAU DES GARANTIES VITANEOR2_08.2018

Questionnaire de santé / délai d'attente ►

		HOSPI	F1	F2	F3	F4	F5	F6
		Sans QS / 1 mois	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun
HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ⁽¹⁾								
Exclu si ECO	• Honoraires ▪ dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO ▪ hors OPTAM ou OPTAM-CO	150% 130%	100% 100%	125% 105%	150% 130%	200% 180%	250% 200%	300% 200%
	• Frais de séjour	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	• Forfait journalier hospitalier	illimité	illimité	illimité	illimité	illimité	illimité	illimité
	• Chambre particulière ⁽²⁾	40 €/j	non applicable	40 €/j	45 €/j	55 €/j	65 €/j	80 €/j
	• Frais accompagnant, télévision, téléphone et Internet (20 jours par événement)	5 €/j	5 €/j	5 €/j	10 €/j	10 €/j	15 €/j	20 €/j
	• Hospitalisation à domicile	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	• Transport	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MEDECINE COURANTE								
Exclu si ECO	• Honoraires : médecins généralistes et spécialistes, radiologie, rééducation, actes techniques médicaux ▪ dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO ▪ hors OPTAM ou OPTAM-CO	non applicable non applicable	100% 100%	100% 100%	130% 110%	150% 130%	200% 180%	250% 200%
	• Auxiliaires médicaux, laboratoire	non applicable	100%	100%	130%	150%	200%	250%
	• Médecines complémentaires non prises en charge par le RO : ostéopathes, pédicures, podologues, acupuncteurs, chiropracteurs, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, psychologues, réflexologues, sexologues, sophrologues	non applicable	50€/an	50€/an	75€/an	100€/an	125€/an	150€/an
PHARMACIE								
Exclu si ECO	• Pharmacie et homéopathie remboursées par le RO	non applicable	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	• Pharmacie non remboursée (prescrite ou non), vaccins prescrits non remboursés, glucomètre, autotensiomètre ⁽³⁾	non applicable	non applicable	15€/an	20€/an	30€/an	40€/an	50€/an
OPTIQUE								
	• Equipement optique remboursé par le RO ⁽⁴⁾ ▪ avec au moins 1 verre complexe ou très complexe ▪ avec verres simples	non applicable	100% 100%	200€ tous les 2 ans 100€ tous les 2 ans	250€ tous les 2 ans 150€ tous les 2 ans	300€ tous les 2 ans 200€ tous les 2 ans	350€ tous les 2 ans 250€ tous les 2 ans	450€ tous les 2 ans 300€ tous les 2 ans
	• Lentilles remboursées ou non par le RO	non applicable	100%	100% + 50€/an	100% + 75€/an	100% + 100€/an	100% + 125€/an	100% + 150€/an
	• Chirurgie réfractive	non applicable	non applicable	100€/an	150€/an	200€/an	250€/an	300€/an
DENTAIRE								
	• Soins dentaires, orthodontie, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par le RO	non applicable	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	• Prothèses dentaires, inlays - onlays, inlay-core, implantologie remboursés par le RO	non applicable	100%	150%	175%	225%	275%	325%
		Bonus fidélité	+25% dès la 3 ^{ème} année					
	• Plafond annuel (hors soins et hors dentaire non remboursé) 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année à partir de la 3 ^{ème} année	non applicable non applicable	illimité illimité	illimité illimité	illimité illimité	800 € 1 400 €	1 100 € 1 600 €	1 600 € 2 100 €
	• Forfait dentaire non remboursé par le RO Hors plafond	non applicable	non applicable	non applicable	100 €	150 €	200 €	300 €
APPAREILLAGE (HORS DENTAIRE)								
	• Prothèses auditives	non applicable	100%	100% + 125€ tous les ans	100% + 150€ tous les ans	100% + 200€ tous les ans	100% + 250€ tous les ans	100% + 300€ tous les ans
	• Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...) remboursés ou non par le RO	non applicable	100%	100% + 75€/an	100% + 100€/an	100% + 125€/an	100% + 150€/an	100% + 200€/an
PREVENTION & CURES THERMALES								
	• Forfait prévention ⁽⁵⁾	non applicable	50€/an	50€/an	50€/an	50€/an	50€/an	50€/an
	• Cures thermales remboursées par le RO	non applicable	non applicable	100%	100%	100%	100%	100%
	• Forfait hébergement, transport et dépassements de soins	non applicable	non applicable	75€/an	100€/an	125€/an	150€/an	200€/an
ASSISTANCE - SERVICES								
Nouveau	• Téléconsultation et Assistance 7j/7 24h/24	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
	• Téléransmission des décomptes	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
	• Carte de Tiers Payant ⁽⁶⁾	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
ELIGIBILITÉ RENFORT & OPTION ECO								
	• Renfort Hospitalisation	NON CUMULABLES	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
	• Option ECO		NON	NON	OUI	OUI	OUI	OUI

RO = Régime Obligatoire. OPTAM ou OPTAM-CO = Option Pratique Tarifaire Maîtrisée

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et comprennent le remboursement du régime obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés.

Les forfaits optiques intègrent le Ticket Modérateur.

Les garanties du contrat sont responsables et répondent à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.

Les forfaits sont payables une fois par année d'assurance et par bénéficiaire.

(1) En secteur non conventionné, prise en charge des frais de séjour à hauteur de 100% de la base de la sécurité sociale.

(2) Durée illimitée en médecine, chirurgie. Limités à 30 jours par an pour les séjours en convalescence, rééducation, réadaptation fonctionnelle. **Pas de prise en charge de la chambre particulière en psychiatrie, neuropsychiatrie, diététique, gériatrie.**

(3) Montant maximal accordé au titre de l'ensemble des dépenses listées.

(4) Un équipement optique (monture + verres) par bénéficiaire tous les 2 ans à compter de la date d'effet du contrat, rapportée à 1 an en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs. Monture prise en charge dans le forfait optique à hauteur de 150€ maximum.

(5) Forfait prévention : détartrage, ostéodensitométrie... Liste complète : article 12-1 de la Notice d'information.

(6) Auprès des professionnels de santé accrédités du réseau Carte Blanche (<https://www.carteblanche Partenaires.fr>) et selon formule de garantie.

Dans tous les cas, les exclusions, limitations, conditions prévues aux conditions générales s'appliquent ; se référer à la notice d'information et à la convention d'assistance.

La souscription est déléguée jusqu'à 80 ans, au-delà c'est sur étude de la compagnie.

+ de confort avec le renfort HOSPITALISATION

Renfort HOSPITALISATION

Dès la formule F1

Honoraires OPTAM OU OPTAM CO	+ 25%
Chambre particulière	+ 20 euros par jour
Frais accompagnant	+ 5 euros par jour



Le Renfort Hospitalisation et l'option ECO ne sont pas cumulables.

+ de souplesse avec l'option ECO

Option ECO

Formules F2 à F6 uniquement

-5 % sur le montant total de la cotisation santé

En contrepartie, les garanties indissociables indiquées au tableau des garanties par la mention **Exclu si ECO** ne sont plus prises en charge.

Honoraires +

Renforcez vos remboursements

Dès la formule F1

+ 50%

**Honoraires hospitalisation et consultations
des médecins n'ayant pas souscrit à l'OPTAM / OPTAM CO**



Petit appareillage :

Bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire, attelle, béquille, ceinture lombaire, minerve ...

Médecine complémentaire

Ostéopathes, pédicures, podologues, acupuncteurs, chiropracteurs, étiopathes, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, psychologues, réflexologues, sexologues, sophrologues

Prévention (Articles L. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale)

Détartrage annuel

Premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de moins de 14 ans

Scellement des sillons sur les molaires pour un enfant de moins de 14 ans

Dépistage de l'hépatite B

Vaccinations seules ou combinées :

Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois

Haemophilus influenzae B - infections à l'origine de la méningite de l'enfant

BCG, avant 6 ans

Hépatite B, avant 14 ans

Coqueluche, avant 14 ans,

Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et les femmes non immunisées désirant un enfant

Diphthérie, tétanos et poliomyélite, à tout âge

Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans

Dépistage tous les 5 ans des troubles chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

Audiométrie tonale ou vocale























Audiométrie tonale avec tympanométrie

Audiométrie vocale dans le bruit

Audiométrie tonale et vocale

Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT VITANEOR 2_08.2018

	Frais réels	Régime général		Hospi	F1	F2	F3	F4	F5	F6
Consultation chez un généraliste ayant adhéré à l'OPTAM et OPTAM-CO, sans dépassement d'honoraires	25 €	16,50 €		-	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €	7,50 €
				8,50 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €	1 €
Consultation chez un spécialiste adhérent à l'OPTAM et OPTAM-CO, avec dépassement d'honoraires (secteur 2) sur avis de votre médecin traitant	60 €	18,60 €		-	8,40 €	8,40 €	16,80 €	22,40 €	36,40 €	40,40 €
				41,40 €	33,00 €	33,00 €	24,60 €	19,00 €	5,00 €	1,00 €
Consultation chez un spécialiste non adhérent à l'OPTAM OPTAM-CO, avec dépassement d'honoraires (secteur 2) sur avis de votre médecin traitant	60 €	15,10€		-	6,90 €	6,90 €	9,20 €	13,80 €	25,30 €	29,90 €
				44,90 €	38,00 €	38,00 €	35,70 €	31,10 €	19,60 €	15,00 €
Chirurgie : pose d'une prothèse de hanche par un médecin ayant adhéré à l'OPTAM OPTAM-CO	1 000 €	545,12 €		272,56 €	0 €	136,28 €	272,56 €	454,88 €	454,88 €	454,88 €
				182,32 €	454,88 €	318,60 €	182,32 €	0 €	0 €	0 €
Chambre particulière à 60€ par jour, en secteur conventionné	60 €	0 €		60 €	0 €	40 €	45 €	55 €	60 €	60 €
				0 €	60 €	20 €	15 €	5 €	0 €	0 €
Lunettes : monture + verres complexes pour 2 ans	450€ dont verres : 325€, monture : 125€	14,14€ (verres : 12,44€ monture : 1,70€)		-	9,44 €	200 €	250 €	300 €	350,00 €	435,86 €
				435,86 €	426,42 €	235,86 €	185,86 €	135,86 €	85,86 €	0 €
Pose d'une prothèse dentaire codifiée «SPR50» remboursée par le RO.	750 €	75,25 €		-	32,25 €	86,00 €	112,88 €	166,63 €	220,38 €	274,13 €
				674,75 €	642,50 €	588,75 €	561,88 €	508,13 €	454,38 €	400,63 €
Prothèse auditive remboursée par le RO	1500 €	119,83 €		-	79,88 €	204,88 €	229,88 €	279,88 €	329,88 €	379,88 €
				1 380,17 €	1 300,29 €	1 175,29 €	1 150,29 €	1 100,29 €	1 050,29 €	1 000,29 €
Consultation d'un pédicure (30€) puis d'un ostéopathe (50€)	80 €	0 €		0 €	50 €	50 €	75 €	80 €	80 €	80 €
				80 €	30 €	30 €	5 €	0 €	0 €	0 €
Automédication : 1 boîte de paracétamol + 1 boîte de pastilles pour la gorge + 1 sirop antitussif + 1 boîte d'antispasmodiques + 2 boîtes d'antihistaminiques sans ordonnance	23,23 €	0 €		0 €	0 €	15 €	20 €	23,23 €	23,23 €	23,23 €
				23,23 €	23,23 €	8,23 €	3,23 €	0 €	0 €	0 €
Achat de semelles orthopédiques	120 €	17,32 €		-	11,54 €	86,54 €	102,68 €	102,68 €	102,68 €	102,68 €
				102,68 €	91,14 €	16,14 €	0 €	0 €	0 €	0 €

SOMMAIRE

LEXIQUE	6
PREAMBULE	7
ART.1 - OBJET DU CONTRAT	8
ART.2 - NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT	8
ART.3 - QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT?	8
ART.4 - PERSONNES ASSUREES ET AGE LIMITE D'ADHESION	8
ART.5 - EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION	8
ART.6 - CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DELAIS D'ATTENTE	9
ART.7 - TERRITORIALITE	9
ART.8 - LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS	9
8.1 - Exclusions	9
8.2 - Limitations	9
ART.9 - VOS DECLARATIONS	10
9.1 - A l'adhésion	10
9.2 - En cours d'adhésion	10
9.3 - Les autres documents à nous transmettre	10
9.4 - Validité de vos déclarations	10
ART.10 - VOS COTISATIONS	10
10.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations	10
10.2 - La variation de vos cotisations	10
10.3 - Le paiement de vos cotisations	10
10.4 - Le non-paiement de vos cotisations	10
ART.11 - LA MODIFICATION DE VOS GARANTIES	11
ART.12 - QUELLES SONT VOS GARANTIES ?	11
12.1 - Votre Garantie Santé	11
ART.13 - COMMENT OBTENIR LE REGLEMENT DE VOS PRESTATIONS	12
ART.14 - RESILIATION	12
14.1 - L'adhésion peut être résiliée	12
14.2 - Les modalités de la résiliation	13
14.3 - Les conséquences de la résiliation	13
14.4 - Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation	13
ART.15 - PRESCRIPTION	13
ART.16 - SUBROGATION	14
ART.17 - INFORMATIQUE ET LIBERTE	14
ART.18 – RECLAMATIONS – MEDIATION	15
ART.19 - AUTORITE DE CONTROLE	15
ART.20 - POSSIBILITE DE RENONCIATION	15

NOTICE D'INFORMATION VITANEOR2_08.2018

Notice d'information Relative aux contrats collectifs à adhésion facultative VITANEOR 2 n°A 5706 0001 (Madelin) et n°A 5706 0002 (Non Madelin) et n°A 5707 0001 (Hospi) souscrits par l'**AGIS** (Association Interprofessionnelle de Solidarité, association loi 1901, déclaration à la préfecture de Paris N°546967P - Siège : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret) auprès de **Swiss Life Prévoyance et Santé**, l'Assureur, entreprise régie par le Code des assurances - S.A au capital de 150 000 000 € - Siège : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret - RCS Nanterre 322 215 021.

Le contrat VITANEOR 2 a été développé et négocié par CEGEMA qui le :

- distribue à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires,
- et en assure la gestion par délégation de l'Assureur.

LEXIQUE

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessous a, lorsqu'il (elle) est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

Adhérent :

La personne physique signant la demande d'adhésion au contrat d'assurance souscrit par CEGEMA ou l'Association et désignée au Certificat d'adhésion. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

Accident :

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

Assuré :

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

Année d'assurance :

Période de 12 mois successifs à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion

Base de remboursement :

L'ensemble des tarifs de base utilisés par le Régime Obligatoire pour le calcul de ses remboursements.

On parle de :

- Tarif de Convention (TC) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention.
- Tarif d'Autorité (TA) : pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour les actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de Responsabilité (TR) : pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Catégories de médecins :

Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils aient adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les Régimes Obligatoires d'assurance maladie.

Médecin conventionné en secteur 1 : il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire.

Médecin conventionné en secteur 1 avec Dépassement Permanent (DP) : en raison de ses titres, il a reçu l'autorisation

de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.

Médecin conventionné en secteur 2 : il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.

Médecin conventionné ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) : en souscrivant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (anciennement contrat d'accès aux soins) définie par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

Médecin non conventionné : il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

Centre hospitalier spécialisé (CHS) :

Etablissement hospitalier qui prend en charge les maladies ou déficiences non somatiques (troubles psychiatriques, déficiences mentales, addictions...)

Certificat d'adhésion :

Document envoyé à l'Adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il mentionne entre autres la formule de garanties souscrite et le montant de la cotisation.

Conclusion de l'adhésion :

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion correspond à la date d'édition du certificat d'adhésion.

Conjoint :

Est considéré comme conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ou son cosignataire d'un pacte civil de solidarité, ou son concubin notoire non séparé de corps judiciairement, au sens du code civil.

Délai d'attente :

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur, les dépenses de soins relatives à tout événement survenu pendant le délai d'attente ne seront pas garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au Certificat d'adhésion.

Dépassement d'honoraires :

La partie des honoraires dépassant la base de remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

Échéance principale :

Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

Enfants :

Sont considérés comme tels les enfants à charge de l'Adhérent ou du conjoint, à condition toutefois :

- Qu'ils soient à leur charge au sens de la Sécurité sociale ou
- Qu'ils aient moins de 28 ans et poursuivent des études scolaires ou universitaires, et soient couverts par le Régime de leurs parents ou par leur Régime, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ou
- Qu'ils aient moins de 26 ans, et qu'ils soient en apprentissage ou entrés dans le cadre des contrats de formation, jusqu'au terme de leur cursus, et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55% du Smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ;

• Ou quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs.

Forfait :

Montant payable par assuré une fois par année d'assurance ; seul le forfait optique est versé une fois toutes les deux années d'assurance.

Forfait « dentaire non remboursé par le Régime Obligatoire » annuel :

Forfait exprimé par Assuré par année d'assurance pour tous les produits et prestations dentaires non remboursés par le Régime Obligatoire d'assurance maladie tels que les implants, prothèses et la parodontologie. Le montant de ce forfait n'entre pas en compte dans le calcul du plafond dentaire par année d'assurance et par Assuré.

Franchise médicale :

En vigueur depuis le 1er janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'Aide médicale de l'Etat, des femmes enceintes durant toute la durée de leur grossesse). Elle s'élève à :

- 0.50 euro par boîte de médicaments délivrée en ville ;
- 0.50 euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 2 euros par jour ;
- 2 euros par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 4 euros par jour

Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne.

Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le contrat.

Garantie :

Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue cumulées à celles des renforts éventuellement souscrits, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.

Hospitalisation :

Tout séjour dans un établissement hospitalier en France et dans le monde entier (hôpital ou clinique, public ou privé) d'au moins 24 heures consécutives dû à une maladie ou un accident.

A 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. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin-conseil de l'assureur peut avoir accès.

Les hospitalisations non recommandées par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une maladie ou d'un accident.

Hospitalisation en secteur spécialisé :

Tout séjour prescrit par un médecin pour y recevoir les soins nécessités par une maladie ou un accident en centre de : rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique, sevrage thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

Maladie :

C'est toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale habilitée et qualifiée.

Nullité :

C'est l'annulation pure et simple du contrat qui est censé alors n'avoir jamais existé

Parcours de soins :

Il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés selon la réglementation en vigueur dans le cadre de ce parcours. Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de son médecin

traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres et neuropsychiatres pour les enfants de moins de 26 ans).

Plafond dentaire :

Montant maximum remboursé par année d'assurance, par bénéficiaire, exprimé par formule de garanties choisie. Les remboursements des consultations, actes et soins dentaires et le « forfait dentaire non remboursé » ne rentrent pas dans le calcul du plafond dentaire. Lorsque le plafond dentaire est atteint, les actes dentaires remboursés par le Régime Obligatoire sont pris en charge à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, incluant le remboursement du Régime Obligatoire.

Régime Obligatoire (RO):

Le Régime Obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale Français auprès duquel est affilié l'Adhérent.

Ticket modérateur (TM) :

Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le Régime Obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Transport :

Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté, de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche ou d'un établissement hospitalier à un autre. L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

Verres complexes :

Foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 ou à verres multifocaux ou progressifs.

Verres hypercomplexes :

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

Verres mixtes :

Verres avec au moins un verre complexe ou hypercomplexe.

Verres simples :

Foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.

PREAMBULE

Votre adhésion au contrat est constituée des éléments suivants :

- le bulletin d'adhésion
- la présente **Notice d'information** qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements.
- le **Certificat d'adhésion** qui matérialise l'acceptation de votre adhésion par l'assureur et précise notamment les différentes conditions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
- le **tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé couvertes et
- la **fiche IPID** (document d'information produit d'assurance).

Vous adhérez à l'AGIS. L'AGIS est une association souscriptrice qui a pour objet de conclure en faveur de ses membres des contrats d'assurance de groupe auprès d'organismes assureurs. En sa qualité de souscriptrice, elle veille à la bonne exécution des conventions et les adapte en fonction des intérêts de ses membres.

Chaque membre de l'association dispose d'un droit de vote à l'assemblée générale.

Les contrats entre l'AGIS et l'assureur prennent effet le 1er juillet 2018, et se renouvellent par tacite reconduction le 1er janvier de

chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois.

En cas de résiliation des contrats entre l'AGIS et l'assureur :

- aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée ;
- chaque assuré garanti par ces contrats au moment de la résiliation, pourra le demeurer jusqu'à la fin des garanties.

L'adhésion aux contrats est régie par la loi française, notamment le Code des assurances. L'adhésion est soumise à la réglementation fiscale française. Les parties s'engagent à utiliser, pendant toute la durée de l'adhésion, la langue française.

ART.1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat VITANEOR 2 a pour objet de garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation survenus postérieurement à la prise d'effet des garanties occasionnés par l'un des événements suivants : maladie, maternité, accident constatés médicalement. La garantie intervient en complément des prestations versées par le régime obligatoire ou de prestations non couvertes par le régime obligatoire mais prévues par les garanties souscrites.

Les frais engagés doivent faire l'objet d'une prescription et avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent faire l'objet d'un remboursement s'ils sont prévus à la formule de garantie accordée, indiqués au tableau des garanties et joint au certificat d'adhésion.

Les remboursements de frais de santé doivent correspondre à des dépenses de soins effectués après la date la date d'effet du contrat et à expiration du délai d'attente.

Les remboursements dépendent des garanties choisies. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'Adhérent.

ART.2 - NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT

L'adhésion est viagère dès sa prise d'effet.

A l'exception de la formule Hospi, le contrat VITANEOR 2 respecte l'ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre à la définition de contrat « solidaire » et de contrat « responsable ». De ce fait, il peut bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation.

Par contrat « solidaire », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé pour lequel les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées et pour lequel aucun questionnaire médical n'est demandé aux assurés ni lors de la souscription ni de l'adhésion.

Par contrat « responsable », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application. À ce titre, en termes de garantie il doit prévoir des règles et interdictions de prise en charge.

Règles de prise en charge

- Il doit prendre en charge le ticket modérateur pour tous les actes prévus à l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion :
 - des médicaments remboursés par l'assurance maladie, à hauteur de 30 % ou 15 % du tarif de la Sécurité sociale ;
 - de l'homéopathie ;
 - des cures thermales.
- Il doit prendre en charge, sans limitation de durée, l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale (sauf en établissements médico-sociaux).
- Il doit prévoir un encadrement des dépassements d'honoraires quand ils sont prévus dans le contrat.
- Il doit respecter un plafond et un plancher de remboursement sur les frais d'optique.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais dans le cadre des obligations de couverture précisées ci-dessus.

Interdictions de prise en charge

- Il ne peut pas prendre en charge la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.
- Il ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- Il doit laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévu au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable, sauf refus exprimé de votre part (article L. 112-3 alinéa 5 du Code des assurances).

ART.3 - QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT?

Pour adhérer au contrat, vous devez :

- résider en France
- adhérer à l'AGIS
- être affilié à un Régime Obligatoire Français, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,

Dispositions spécifiques au contrat n°A 5706 0001 (Loi Madelin : Contrat réservé aux seuls Adhérents sous statut TNS, déclarant des revenus au titre des BNC/BIC ou une rémunération au titre de l'article 62 du CGI et souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur adhésion à la complémentaire santé) : pour adhérer à ce contrat vous devez relever d'un Régime Obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non- salariés non agricoles, et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

ART.4 - PERSONNES ASSUREES ET AGE LIMITE D'ADHESION

L'Adhérent, et s'il est désigné sur le Certificat d'adhésion, son conjoint et les enfants sous conditions. Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

Pour la détermination de l'âge de l'assuré dans le cadre de sa demande d'adhésion, nous prenons en compte l'âge qui sera atteint durant l'année de prise d'effet du contrat.

La tarification Enfant s'applique jusqu'aux 19 ans inclus de l'enfant.

Conditions d'adhésion du renfort Hospitalisation et de l'option Eco :

Renfort Hospitalisation

- Le renfort Hospitalisation peut être souscrit pour toutes les formules sauf la formule Hospi.
- Le renfort n'est pas cumulable avec l'option Eco.

Option Eco

- Elle peut être souscrite pour les formules F2, F3, F4, F5 et F6, mais pas pour les formules Hospi et F1.
- L'option Eco n'est pas cumulable avec le renfort Hospitalisation.

ART.5 - EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année (échéance principale) sauf dénonciation dans les conditions mentionnées à l'article 14 : «ART.14 – Résiliation». Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

ART.6 - CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DELAIS D'ATTENTE

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. Elle est matérialisée par l'émission d'un certificat d'adhésion. La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion. En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent. La garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion ou dans l'avenant, à l'égard de chaque personne assurée.

Il n'y a aucun délai d'attente sur l'ensemble des garanties Santé, à l'exception de la formule Hospi pour laquelle le délai est de 1 mois (un mois). Ce délai peut être abrogé en cas de reprise à la concurrence sur présentation d'un certificat de radiation si les garanties sont équivalentes et sans interruption de garanties.

Option ECO :

Au moment de l'adhésion, vous avez la possibilité de souscrire l'option ECO afin de choisir la formule la mieux adaptée à votre situation.

Cette option s'applique sur les formules F2 à F6 et permet de réduire de 5% le montant total de la cotisation du contrat santé pour la formule choisie. Elle concerne la totalité des assurés désignés au Certificat d'adhésion sur le bloc indissociable de garanties mentionnées ci-dessous :

- Chambre particulière,
- Pharmacie non remboursée prescrite ou non, vaccins prescrits non remboursés, glucomètre, autotensiomètre (connectés ou non).

En contrepartie de cette réduction, les garanties concernées par l'option et mentionnées ci-dessus, ne sont plus prises en charge dans la formule de garanties souscrite par l'Adhérent.

Vous conservez la possibilité de résilier ou de souscrire à l'option ECO à l'issue de la première année et de 12 mois complets d'assurance après votre adhésion ou de votre dernière modification de formule de garanties moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1er janvier moyennant un préavis de deux mois au moins.

Suite à première adhésion de l'option, toute résiliation sera définitive. Toute nouvelle adhésion à cette option est exclue.

ART.7 - TERRITORIALITE

La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation, de votre contrat s'exerce dans tous les pays, à partir du moment où le régime obligatoire français intervient.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'État français. Cette extension de garantie ne concerne que les assurés résidant durablement en France.

ART.8 - LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS

8.1 – Exclusions

Cas où la garantie ne s'exerce pas :

Les frais de soins résultant de maladies et accidents ainsi que leurs suites et conséquences consécutifs à :

- une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ;
- l'usage de drogues ou de stupéfiants non médicalement prescrits ;
- l'alcoolisme, l'ivresse ou la démence ;
- la participation de l'assuré à des rixes sauf légitime défense ;
- la guerre étrangère, la guerre civile ;
- la participation active de l'assuré à des émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme et de

sabotage ;

– un cataclysme ;

– la désintégration du noyau atomique, de l'émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité.

Sont également exclus de la garantie les frais de soins résultant :

- des maladies médicalement constatées ou accidents survenus à l'occasion du service national ou de périodes militaires supérieures à un mois ;
- des traitements esthétiques (chirurgie esthétique, plastique ou réparatrice) non remboursés par le RO ;
- des cures de rajeunissement ainsi que leurs suites ;
- des traitements par psychanalyse ;
- des frais de voyage et de séjour en thalassothérapie, en établissement médico-social, en établissement à caractère sanitaire, de vacances, en aérisme, home d'enfants ;
- de la pratique des sports à titre professionnel ou à titre amateur avec compétitions au niveau national ou international ainsi que les entraînements y afférent ;
- de la pratique des sports mécaniques et aériens (y compris alpinisme, spéléologie).
- des frais de chambre particulière et de Télévision lors de séjour en Centre Hospitalier Spécialisé (CHS)
- de la chambre particulière pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie.

Et pour la formule Hospi, sont également exclus de la garantie les frais de soins résultant :

- des hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour ;
- des frais de diététique (hospitalisation et traitements).

Toutefois en cas de survenance d'un des événements mentionnés ci-dessus, donnant lieu à des soins pris en charge par la Sécurité Sociale, la garantie prendra en charge le remboursement des frais prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

8.2 – Limitations

- Pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, la chambre particulière pour la formule choisie est limitée à 30 jours par an et par assuré.

- Pour les consultations de psychiatrie et neuro-psychiatrie : la prise en charge de ces consultations à hauteur des garanties précisées dans le tableau des garanties pour la formule de garantie retenue est limitée à 6 par an et par assuré. Au-delà et dans le respect du parcours de soins coordonné uniquement, la prise en charge de ces consultations se limitera au ticket modérateur.

- Les frais d'optique sont remboursés dans la limite d'un équipement complet (verres + monture) par période de 2

ans. La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de prise d'effet de la garantie de l'adhésion de chaque assuré.

Si le contrat n'offre pas de garantie optique au-delà des tarifs de responsabilité, le ticket modérateur sera couvert systématiquement et il ne sera pas limité à une prise en charge tous les deux ans.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les formules prévoyant un forfait optique peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

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

ART.9 - VOS DECLARATIONS

9.1 - A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat VITANEOR 2, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer. Ces déclarations seront reprises sur votre certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

9.2 - En cours d'adhésion

Vous devrez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,
- les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire,
- les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine.

Pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion, vous devrez procéder aux déclarations prévues. Les conditions d'accès à l'assurance sont les mêmes que celles définies pour l'Adhérent et les éventuels assurés lors de l'adhésion.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

9.3 - Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

9.4 - Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à CEGEMA par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un

autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire CEGEMA (ou nous) en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

ART.10 - VOS COTISATIONS

10.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations

En début d'adhésion :

Le montant de votre cotisation est mentionné sur le certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge des assurés et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du (ou des) Régime(s) obligatoire(s) dont ils relèvent lors de la prise d'effet des garanties et du domicile de l'Adhérent.

En cours d'adhésion :

- En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2 % par an jusqu'à l'âge de 64 ans, de 2,5% de 65 ans à 74 ans, de 3% de 75 à 79 ans et de 4% à partir de 80 ans.
- En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.
- Votre cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des assurés.
- Votre cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a changement de zone géographique tarifaire. Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, nous prenons en compte l'âge de l'assuré au 31 décembre de l'année en cours.

10.2 - La variation de vos cotisations

En dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des assurés, lors de chaque échéance principale votre cotisation pourra évoluer du fait de la réalisation d'un ou plusieurs des événements mentionnés ci-dessous :

- Evolution du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés,
- En cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties,
- Immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements et / ou des remboursements pris en charge par votre Régime Obligatoire et/ou
- Immédiatement en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

10.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est annuelle et payable d'avance à CEGEMA. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.

10.4 - Le non-paiement de vos cotisations

- A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, nous pourrions, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Vos garanties seront suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

Votre adhésion, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés. La suspension des

garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit aux remboursements des frais de soins (se rapportant à des accidents, maladie ou maternité) survenus pendant cette période.

- Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du code des assurances).

ART.11 - LA MODIFICATION DE VOS GARANTIES

L'Adhérent peut modifier ses garanties à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date et sous réserve d'acceptation de la compagnie **et dans la limite des conditions de l'option ECO définies à l'article 6.**

Un avenant sera établi par l'assureur pour marquer son accord sur votre demande de modification.

ART.12 - QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

12.1 – Votre Garantie Santé

- Notre participation en tant qu'Assureur, telle que prévue au sens du présent contrat, intervient sur les dépenses de santé engagées par l'assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux-ci soient expressément mentionnés sur le tableau des garanties annexé au certificat d'adhésion pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants qui sont indiqués.

- Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de garantie choisie ne peuvent donner lieu à participation de notre part.

- La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est celle qui correspond :

- à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui-ci);

- aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire.

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

- Nos remboursements viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les assurés pourraient être garantis.

- Vous ne pourrez percevoir pour vous-même ou pour les membres de votre famille assurés, un remboursement supérieur à celui des frais réellement engagés, tels qu'ils figurent sur le bordereau ou la feuille de soins de la Sécurité Sociale et le cas échéant, ou les factures des professionnels de santé lorsque les frais en cause garantis ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.

- Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

- A l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

- Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent faire l'objet d'un remboursement de notre part, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint au certificat d'adhésion.

• Cas particulier du forfait Optique :

Le forfait optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 années d'assurance et par bénéficiaire.

La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de prise d'effet de la garantie de l'adhésion de chaque assuré.

Le montant du forfait optique inclut le ticket modérateur.

En cas d'évolution du défaut visuel ou pour les mineurs, le forfait optique s'applique pour un équipement par année d'assurance et par bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.

Par dérogation, pour les enfants mineurs ou en cas d'évolution du défaut visuel, le forfait optique s'applique pour un équipement par an et par bénéficiaire.

Si le contrat n'offre pas de garantie optique au-delà des tarifs de responsabilité, le ticket modérateur sera couvert systématiquement et il ne sera pas limité à une prise en charge tous les deux ans.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les formules prévoyant un forfait optique peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

• Cas particulier de la chirurgie réfractive :

Le forfait prévoit le remboursement de l'acte chirurgical seulement (hors matériel et équipement médical).

• Cas particulier de l'Avantage Fidélité :

A partir de la 3ème année d'assurance, les prothèses dentaires sont majorées selon les limites précisées dans la formule de garantie souscrite dans la limite annuelle du plafond dentaire. Ces remboursements ne se cumulent pas avec les remboursements des deux premières années.

• Cas particulier de la Médecine complémentaire :

Séances effectuées par des acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, pédicures, ostéopathes, podologues, psychologues, réflexologues, sexologues et sophrologues. Ces actes non pris en charge par le régime de base sont pris en charge dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

• Cas particulier du forfait Prévention :

La liste prévue au II de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale comprend les prestations de prévention suivantes :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).

3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AM024), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).

5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010)

- b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)

- c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011)

- d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012)

- e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

- a. Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
- b. Coqueluche : avant 14 ans ;
- c. Hépatite B : avant 14 ans ;
- d. BCG : avant 6 ans ;
- e. Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- f. Haemophilus influenzae B
- g. Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

• Cas particulier des Cures thermales :

Il s'agit des cures thermales prises en charge par le régime obligatoire et effectuées dans des stations thermales conventionnées par le régime obligatoire.

L'hébergement, le transport et les dépassements de soins sont remboursés à hauteur des frais engagés sur présentation des justificatifs dans la limite du forfait selon la garantie choisie, pour une Cure thermale telle que définie ci-dessus.

• Cas particulier des Honoraires du renfort Hospitalisation :

En cas d'hospitalisation, les honoraires des médecins conventionnés ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) sont majorés de 25%. Seuls les honoraires au cours du séjour hospitalier sont concernés.

LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ PROPOSÉS

• Tiers payant :

Si ce service est prévu dans le tableau des garanties, une carte de tiers payant peut être délivrée à l'Adhérent par CEGEMA lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, CEGEMA pourra demander à l'Adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'Adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité. Dans le cadre de la formule Hospi, seul le service prise en charge hospitalisation est accessible.

• Les Services d'Assistance Santé :

S'ils sont mentionnés sur le tableau des garanties pour la formule de garantie retenue, les assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Les conditions de votre garantie assistance sont indiquées dans une notice d'information jointe au présent document.

ART.13 - COMMENT OBTENIR LE REGLEMENT DE VOS PRESTATIONS

LES DOCUMENTS QUE VOUS DEVEZ TRANSMETTRE

Pour le remboursement des dépenses de santé : lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à nous transmettre sont les suivants :

- **Hospitalisation** : l'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.
- **La médecine courante, la pharmacie, les frais de transport, les prothèses et les appareillages (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques,...)** : l'original du décompte du régime de base et la facture détaillée.

- **Le dentaire** : l'original du décompte du régime de base. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes.

- **L'optique** : l'original du décompte du régime de base et la facture détaillée acquittée établie par l'opticien.

- **La pharmacie prescrite ou non remboursée, l'achat d'un glucomètre ou d'un autotensiomètre (connectés ou non)** : la facture détaillée précisant les dépenses réelles

- **Les praticiens de la médecine complémentaire** : la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.

- **La prévention** : la note d'honoraires ou la facture détaillée précisant les dépenses réelles.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, CEGEMA pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

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

Contrôle des dépenses - Contrôle médical :

L'Assureur se réserve la possibilité de demander aux assurés :

- tous renseignements ou documents dont nous jugerions utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'assuré doit les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de CEGEMA.

- de se faire examiner par un médecin de notre choix.

L'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause. L'assuré peut se faire assister du médecin de son choix.

Arbitrage :

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'assuré et nous, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3^{ème} médecin chargé de les départager.

En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhérent, à la requête de la partie la plus diligente. Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3^{ème} médecin et des frais de sa nomination.

ART.14 - RESILIATION

14.1 - L'adhésion peut être résiliée :

Par l'Adhérent :

- A l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1er janvier moyennant un préavis de deux mois au moins.

IMPORTANT : reconduction tacite des contrats : conformément à l'article L113.15.1 du Code des assurances, ce contrat n'est pas concerné par la loi 2005-67 du 28/01/2005 (dite Loi Chatel).

- En cas de modification du contrat par l'Assureur, telle que prévu par l'article 112-3 du Code des assurances, l'Adhérent dispose d'un délai de 30 jours pour refuser par écrit la modification de son contrat.

DE PLEIN DROIT :

En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

CONTRACTUELLEMENT :

En cas de perte de la qualité d'assuré social de l'Adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres assurés pourront continuer à être assurés s'ils en effectuent la demande.

14.2 - Les modalités de la résiliation

- La résiliation par l'Adhérent doit être effectuée par courrier recommandé et adressée au siège de CEGEMA, 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre -BP.189 - 06272 Villeneuve Loubet Cedex. Une résiliation est acceptable à partir du moment où elle est adressée par courrier postal recommandé dûment signé par le client ou par recommandé électronique.

Précisions sur l'envoi recommandé électronique :

Art. R. 53-2 : Le prestataire de lettre recommandée électronique délivre à l'expéditeur une preuve du dépôt électronique de l'envoi. Le prestataire doit conserver cette preuve de dépôt pour une durée qui ne peut être inférieure à un an. « Cette preuve de dépôt comporte les informations suivantes :

- 1° Le nom et le prénom ou la raison sociale de l'expéditeur, ainsi que son adresse électronique ;
- 2° Le nom et le prénom ou la raison sociale du destinataire ainsi que son adresse électronique ;
- 3° Un numéro d'identification unique de l'envoi attribué par le prestataire ;
- 4° La date et l'heure du dépôt électronique de l'envoi indiquées par un horodatage électronique qualifié tel que défini par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus ;
- 5° La signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé tels que définis par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus, utilisé par le prestataire de services qualifié lors de l'envoi. »

- La résiliation par l'Assureur sera notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

14.3 - Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation.

14.4 - Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation.

14.4.1 - En cas d'exercice du droit à renonciation, dans le cadre de l'article L 112-9 du Code des assurances

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation. En cas de renonciation l'Assureur procèdera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où l'adhésion a effectivement produit ses effets. L'intégralité de la prime reste due à l'Assureur, si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

14.4.2 - En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L112-2-1 du Code des assurances

- En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'Adhérent est redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.

- Si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

- Si des cotisations ont été perçues, l'Assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

ART.15 - PRESCRIPTION

Délai de prescription

Article L. 114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites

par deux 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 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Causes d'interruption de la prescription

Article L. 114-2

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, adressés 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.

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3

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 visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code

des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 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 interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er juillet 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent

que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée. Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat.

Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'assureur.

ART.16 - SUBROGATION

L'Adhérent ou ses ayants droit conservent leur droit de recours contre tout responsable. Toutefois, si l'Assureur a payé une indemnité au titre des frais de soins, il se substitue à l'Adhérent dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable (article L.121.12 du Code des assurances).

ART.17 - INFORMATIQUE ET LIBERTE

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité filiale de la Holding Swiss Life France (dénommée Groupe Swiss Life France) mentionnée sur ce document.

Les données collectées sont utilisées par les sociétés d'assurance du Groupe Swiss Life France, à savoir Swiss Life Assurance et Patrimoine (SLAP), Swiss Life Prévoyance & Santé (SLPS) et Swiss Life Assurances de Biens (SLAB) :

- pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat ;
- pour être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'application des obligations réglementaires et la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance ;
- pour, éventuellement, être croisées afin d'améliorer nos produits, d'évaluer votre situation ou la prédire et personnaliser les offres qui pourront vous être proposées.

Vos données sont également transmises entre les 3 sociétés d'assurance du Groupe, telles que mentionnées ci-avant, destinataires de l'information ainsi qu'à leurs mandataires, partenaires et réassureurs ou organismes habilités au sein du Groupe Swiss Life France pour les besoins de ces opérations.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données vous concernant. Vous avez aussi la possibilité de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès ou choisir d'en limiter l'usage. Si vous avez consenti de manière expresse à certaines utilisations de vos données, vous pouvez retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application de votre contrat.

Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour un motif légitime.

Vous pouvez également vous opposer à recevoir par SMS et mail des offres commerciales de la part des 3 sociétés d'assurance du Groupe Swiss Life France (Swiss Life Assurance et Patrimoine, Swiss Life Prévoyance & Santé et Swiss Life Assurances de Biens) pour des services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à vos droits, vous pouvez vous adresser à la direction gouvernance et qualité de la donnée : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret. Les demandes médicales doivent être libellées à la même adresse et à l'attention du médecin-conseil. Vous pouvez également écrire à notre Délégué à la Protection des Données (DPO) : 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret (DPOswisslife@swisslife.fr)

Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, vous pouvez vous adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr/>).

Notre politique de protection des données à caractère personnel incarne les valeurs essentielles de Swiss Life : l'attention, la sérénité et la fiabilité. Elle se traduit au quotidien par la mise en œuvre de mesures, de normes et de règles strictes pour en assurer la sécurité physique et logique, conformément aux évolutions réglementaires. Vous pouvez en prendre connaissance sur notre site Internet : <http://www.swisslife.fr/Protection-des-donnees> ou demander que le document vous soit envoyé à l'adresse email que vous nous indiquerez.

ART.18 – RECLAMATIONS – MEDIATION

Litiges et Réclamations :

• Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel ou avec le service client de CEGEMA :

Service Client Cegema 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre
BP 189 06272 Villeneuve-Loubet cedex
Téléphone : 04 92 02 08 50.

• Votre deuxième contact : le Service Réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre Service Réclamations :

Service Réclamations Cegema 679 avenue du Docteur Lefebvre
BP 189 06272 Villeneuve-Loubet Cedex
servicereclamations@cegema.com

• Médiation :

La Médiation de l'Assurance peut être saisie à l'adresse suivante :
La Médiation de l'Assurance TSA 50110
75441 PARIS Cedex 09.

L'assuré a un délai d'un an à compter de l'ouverture de la première réclamation pour saisir le médiateur.

ART.19 - AUTORITE DE CONTROLE

Pour les Sociétés d'Assurance ayant leur Siège en France, l'autorité de tutelle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

ART.20 - POSSIBILITE DE RENONCIATION

Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

« Je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de mon adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L.112-9 du code des assurances ou par les articles L.112-2-1 du Code des assurances et L.222-1 et suivants du Code de la consommation. »

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à CEGEMA - 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP189 - 06 272 Villeneuve Loubet Cedex.

La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la lettre recommandée avec avis de réception par CEGEMA.

Les conséquences du droit à renonciation sont indiquées dans l'article 14.4 de la présente notice d'information.

Article L112-9 premier alinéa du code des assurances :

«Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 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 à renonciation».

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L112-2-1 du code des assurances :

Article L112-2-1 premier alinéa du code des assurances :

« I.-1° La fourniture à distance d'opérations d'assurance à un consommateur est régie par le présent livre et par les articles L. 222-1 à L. 222-3, L. 222-6 et L. 222-13 à L. 222-16, L. 222-18, L. 232-4, L. 242-15 du code de la consommation ;

II.- 1° Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ».

L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur le certificat d'adhésion) à la demande expresse de l'Adhérent.

La cotisation, dont vous êtes redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et la date de réception mon éventuelle renonciation.

En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, je m'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

*Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'Adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat **VITANEOR 2** (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date).*

(Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. (indiquez le lieu, la date et votre signature).

SOMMAIRE

LEXIQUE	17
PREAMBULE	18
ART.1 - OBJET DU CONTRAT	18
ART.2 - NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT	18
ART.3 - QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT?	19
ART.4 - PERSONNES ASSUREES	19
ART.5 - EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION	19
ART.6 - CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DELAIS D'ATTENTE	19
ART.7 - TERRITORIALITE	19
ART.8 - LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS	19
ART.9 - VOS DECLARATIONS	19
9.1 - A l'adhésion	19
9.2 - En cours d'adhésion	19
9.3 - Les autres documents à nous transmettre	20
9.4 - Validité de vos déclarations	20
ART.10 - VOS COTISATIONS	20
10.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations	20
10.2 - La variation de vos cotisations	20
10.3 - Le paiement de vos cotisations	20
10.4 - Le non-paiement de vos cotisations	20
ART.11 - QUELLES SONT VOS GARANTIES ?	20
ART.12 - COMMENT OBTENIR LE REGLEMENT DE VOS PRESTATIONS	21
ART.13 - RESILIATION	21
13.1 - L'adhésion peut être résiliée	21
13.2 - Les modalités de la résiliation	21
13.3 - Les conséquences de la résiliation	22
13.4 - Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation	22
ART.14 - PRESCRIPTION	22
ART.15 - SUBROGATION	23
ART.16 - INFORMATIQUE ET LIBERTE	23
ART.17 – RECLAMATIONS – MEDIATION	24
ART.18 - AUTORITE DE CONTROLE	24
ART.19 - POSSIBILITE DE RENONCIATION	24

NOTICE D'INFORMATION HONORAIRES+_08.2018

Notice d'information Relative au contrat HONORAIRES+ n°A 5707 0001 souscrit par l'Adhérent auprès de **SwissLife Prévoyance et Santé**, l'Assureur, entreprise régie par le Code des assurances - S.A au capital de 150 000 000 € - Siège : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret - RCS Nanterre 322 215 021.

Le contrat HONORAIRES+ a été développé et négocié par CEGEMA qui le :

- distribue à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires,
- et en assure la gestion par délégation de l'Assureur.

LEXIQUE

Pour vous faciliter la compréhension, chaque terme ou expression mentionnée ci-dessous a, lorsqu'il (elle) est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

Adhérent :

La personne physique signant la demande d'adhésion au contrat d'assurance souscrit par CEGEMA ou l'Association et désignée au Certificat d'adhésion. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

Accident :

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

Assuré :

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

Année d'assurance :

Période de 12 mois successifs à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion

Base de remboursement :

L'ensemble des tarifs de base utilisés par le Régime Obligatoire pour le calcul de ses remboursements.

On parle de :

- Tarif de Convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention.
- Tarif d'Autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour les actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Catégories de médecins :

Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils aient adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les Régimes Obligatoires d'assurance maladie.

Médecin conventionné en secteur 1 : il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire.

Médecin conventionné en secteur 1 avec Dépassement Permanent (DP) : en raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces

dépassements ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.

Médecin conventionné en secteur 2 : il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.

Médecin conventionné ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) : en souscrivant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (anciennement contrat d'accès aux soins) définie par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

Médecin non conventionné : il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

Centre hospitalier spécialisé (CHS) :

Etablissement hospitalier qui prend en charge les maladies ou déficiences non somatiques (troubles psychiatriques, déficiences mentales, addictions...)

Certificat d'adhésion :

Document envoyé à l'Adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion au contrat VITANEOR 2. Il mentionne entre autres la formule de garanties santé souscrite avec la garantie Honoraires+ et le montant de la cotisation.

Conclusion de l'adhésion :

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion correspond à la date d'édition du certificat d'adhésion.

Conjoint :

Est considéré comme conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ou son cosignataire d'un pacte civil de solidarité, ou son concubin notoire non séparé de corps judiciairement, au sens du code civil.

Dépassement d'honoraires :

La partie des honoraires dépassant la base de remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

Échéance principale :

date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

Enfants :

Sont considérés comme tels les enfants à charge de l'Adhérent ou du conjoint, à condition toutefois :

- Qu'ils soient à leur charge au sens de la Sécurité sociale ou
- Qu'ils aient moins de 28 ans et poursuivent des études scolaires ou universitaires, et soient couverts par le Régime de leurs parents ou par leur Régime, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ou
- Qu'ils aient moins de 26 ans, et qu'ils soient en apprentissage ou entrés dans le cadre des contrats de formation, jusqu'au terme de leur cursus, et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55% du Smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ;
- Ou quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs.

Garantie :

Elle correspond aux prestations assurées.

Hospitalisation :

Tout séjour dans un établissement hospitalier en France et dans le monde entier (hôpital ou clinique, public ou privé) d'au moins 24 heures consécutives dû à une maladie ou un accident.

A 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. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin-conseil de l'assureur peut avoir accès.

Les hospitalisations non recommandées par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une maladie ou d'un accident.

Hospitalisation en secteur spécialisé :

Tout séjour prescrit par un médecin pour y recevoir les soins nécessités par une maladie ou un accident en centre de : rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique, sevrage thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

Maladie :

C'est toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale habilitée et qualifiée.

Nullité :

C'est l'annulation pure et simple du contrat qui est censé alors n'avoir jamais existé.

Parcours de soins :

Il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés selon la réglementation en vigueur dans le cadre de ce parcours. Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de son médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres et neuropsychiatres pour les enfants de moins de 26 ans).

Participation forfaitaire :

En vigueur depuis le 1er janvier 2005, la participation forfaitaire est une somme de 1 euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide Médicale de l'Etat (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 euro par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

Régime Obligatoire (RO) :

Le Régime Obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale Français auprès duquel est affilié l'Adhérent.

Ticket modérateur (TM) :

Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le Régime Obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Transport :

Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté, de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche ou d'un établissement hospitalier à un autre. L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

PREAMBULE

Votre adhésion au contrat est constituée des éléments suivants :

- le bulletin d'adhésion
- la présente **Notice d'information** qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements.
- le **Certificat d'adhésion** qui matérialise l'acceptation de votre adhésion par l'assureur et précise notamment les différentes conditions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
- le **tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé couvertes avec la formule santé choisie incluant les honoraires de la garantie Honoraires+.

ART.1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat HONORAIRES+ est un contrat complémentaire au contrat santé collectif à adhésion facultative « VITANEOR 2 » n°A 5706 0001 (Madelin) et n°A 5706 0002 (Non Madelin).

Le contrat a pour objet de garantir à l'Adhérent le remboursement des honoraires médicaux et chirurgicaux des médecins n'ayant pas souscrit à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO), suite à maladie, accident ou hospitalisation, dans la limite des garanties souscrites.

La garantie intervient en complément de la Sécurité sociale et des garanties Vitaneor 2 souscrites.

Elle peut être étendue aux membres de la famille de l'Adhérent.

ART.2 - NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT

L'adhésion est viagère dès sa prise d'effet.

Le contrat est « **solidaire** ».

Par contrat « solidaire », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé pour lequel les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées et pour lequel aucun questionnaire médical n'est demandé aux assurés ni lors de la souscription ni de l'adhésion.

Le contrat HONORAIRES+ est un contrat « **non responsable** », c'est-à-dire qu'il ne s'inscrit pas dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'avantages fiscaux et sociaux conformément aux dispositions des articles L871-1 et L862-4 du code de la Sécurité sociale et des articles R871-1 et R871-2 et suivants du code de la Sécurité sociale. Il n'est donc pas éligible au dispositif d'aide pour une complémentaire santé (A.C.S.) ni au régime fiscal prévu par l'article 154 bis du code général des impôts (Loi Madelin).

Les garanties peuvent dépasser les limites définies pour les contrats « responsables ». Par ailleurs, ces garanties prennent en charge les pénalités pour les personnes qui n'ont pas respecté le parcours de soins.

A savoir :

- la prise en charge de la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.
- la prise en charge de la participation forfaitaire prévue au II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale
- la prise en charge de la part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévu au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

ART.3 - QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT?

Pour adhérer au contrat, vous devez :

- résider en France
- être affilié à un Régime Obligatoire Français, en tant qu'assuré social ou ayant-droit
- être adhérent à l'une des formules F1, F2, F3, F4, F5 ou F6 du contrat « Vitaneor 2 » souscrit par l'AGIS (Association Interprofessionnelle de Solidarité) auprès de SwissLife Prévoyance et Santé, l'Assureur.

ART.4 - PERSONNES ASSUREES

L'Adhérent et s'il est désigné sur le Certificat d'adhésion, son conjoint et les enfants sous conditions. Les assurés doivent être affiliés auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

Lorsque l'adhérent souscrit Honoraires+, alors tous les assurés au contrat bénéficient obligatoirement de cette garantie.

ART.5 - EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année (échéance principale) sauf dénonciation dans les conditions mentionnées à l'article 14 : «ART.14 – Résiliation». Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

ART.6 - CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DELAIS D'ATTENTE

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. Elle est matérialisée par l'émission d'un certificat d'adhésion.

La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent.

La garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion ou dans l'avenant, à l'égard de chaque personne assurée.

Il n'y a aucun délai d'attente.

Vous conservez la possibilité de résilier ou de souscrire au contrat Honoraires+ à l'issue de la première année et de 12 mois complets d'assurance après votre adhésion ou de votre dernière modification de formule de garanties santé moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1er janvier moyennant un préavis de deux mois au moins.

ART.7 - TERRITORIALITE

La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation, de votre contrat s'exerce dans tous les pays, à partir du moment où le régime obligatoire français intervient.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'État français. Cette extension de garantie ne concerne que les assurés résidant durablement en France.

ART.8 - LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS

Cas où la garantie ne s'exerce pas :

Les frais de soins résultant de maladies et accidents ainsi que leurs suites et conséquences consécutifs à :

- une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ;
- l'usage de drogues ou de stupéfiants non médicalement prescrits ;

- l'alcoolisme, l'ivresse ou la démence ;
- la participation de l'assuré à des rixes sauf légitime défense ;
- la guerre étrangère, la guerre civile ;
- la participation active de l'assuré à des émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme et de sabotage ;
- un cataclysme ;
- la désintégration du noyau atomique, de l'émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité.

Sont également exclus de la garantie les frais de soins résultant :

- des maladies médicalement constatées ou accidents survenus à l'occasion du service national ou de périodes militaires supérieures à un mois ;
- des traitements esthétiques (chirurgie esthétique, plastique ou réparatrice) non remboursés par le RO ;
- des cures de rajeunissement ainsi que leurs suites ;
- des traitements par psychanalyse ;
- des frais de voyage et de séjour en thalassothérapie, en établissement médico-social, en établissement à caractère sanitaire, de vacances, en aérium, home d'enfants ;
- de la pratique des sports à titre professionnel ou à titre amateur avec compétitions au niveau national ou international ainsi que les entraînements y afférent ;
- de la pratique des sports mécaniques et aériens (y compris alpinisme, spéléologie).
- des frais de chambre particulière et de Télévision lors de séjour en Centre Hospitalier Spécialisé (CHS)
- de la chambre particulière pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie.

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

ART.9 - VOS DECLARATIONS

9.1 - A l'adhésion

Pour souscrire à HONORAIRES + en complément de votre souscription à l'une des formules F1 à F6 du contrat VITANEOR 2, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer. Ces déclarations seront reprises sur votre certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

9.2 - En cours d'adhésion

Vous devrez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,
- les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire,
- les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors

de la France Métropolitaine.

Pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion, vous devrez procéder aux déclarations prévues. Les conditions d'accès à l'assurance sont les mêmes que celles définies pour l'Adhérent et les éventuels assurés lors de l'adhésion.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

9.3 - Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

9.4 - Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à CEGEMA par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire CEGEMA (ou nous) en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

ART.10 - VOS COTISATIONS

10.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations

En début d'adhésion :

Le montant de votre cotisation est mentionné sur le certificat d'adhésion.

En cours d'adhésion :

- En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.

10.2 - La variation de vos cotisations

Lors de chaque échéance principale votre cotisation pourra évoluer du fait de la réalisation d'un ou plusieurs des événements mentionnés ci-dessous :

- Evolution du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés,
- En cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une catégorie de risques ou de garanties,
- Immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements et / ou des remboursements pris en charge par votre Régime Obligatoire et/ou
- Immédiatement en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

10.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est annuelle et payable d'avance à CEGEMA. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.

10.4 - Le non-paiement de vos cotisations

- A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, nous pourrions, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Vos garanties seront suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

Votre adhésion, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés. La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit aux remboursements des frais de soins (se rapportant à des accidents, maladie ou maternité) survenus pendant cette période.

- Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du code des assurances).

ART.11 - QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

Le contrat Honoraires+ garantit le remboursement des honoraires médicaux et chirurgicaux engagés par l'Adhérent et ses assurés auprès des médecins n'ayant pas souscrit à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée OPTAM et OPTAM-CO dans la limite des garanties souscrites.

- Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de garantie choisie ne peuvent donner lieu à participation de notre part.
- La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est celle qui correspond :

- à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui-ci);

- aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire.

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

- Nos remboursements sont toujours effectués en complément de ceux de la Sécurité sociale (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires) et des remboursements du contrat Vitaneor 2 n°A 5706 0001 (Madelin) et n°A 5706 0002 (Non Madelin) dans la limite des garanties souscrites.

- Vous ne pourrez percevoir pour vous-même ou pour les membres de votre famille assurés, un remboursement supérieur à celui des frais réellement engagés, tels qu'ils figurent sur le bordereau ou la feuille de soins de la Sécurité Sociale et le cas échéant, ou les factures des professionnels de santé lorsque les frais en cause garantis ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.

- Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification commune des Actes Médicaux (CCAM).

- A l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

- **Honoraires Hospitalisation en secteur conventionné** : les honoraires des médecins n'ayant pas souscrit à l'Option Pratique

Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) sont pris en charge en cas d'hospitalisation en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité ayant donné lieu à une prise en charge du régime obligatoire. Seuls les honoraires au cours du séjour hospitalier sont concernés.

• **Soins courants (y compris soins externes) :** les honoraires des médecins n'ayant pas souscrit à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO) sont pris en charge, s'ils ont fait l'objet d'un remboursement du régime obligatoire. Sont inclus : les consultations de médecins généralistes et spécialistes, les honoraires pratiqués pour une visite à votre domicile de votre médecin ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes), les honoraires de rééducation, radiologie et actes techniques médicaux (y compris en soins externes).

Le montant de vos remboursements est défini au sein de votre tableau des garanties en fonction de la formule santé VITANEOR 2 souscrite et de la nature de vos dépenses médicales.

Les garanties sont exprimées en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (Base de Remboursement).

LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ PROPOSÉS

• Tiers payant :

Si ce service est prévu dans le tableau des garanties, une carte de tiers payant peut être délivrée à l'Adhérent par CEGEMA lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, CEGEMA pourra demander à l'Adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

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

ART.12 - COMMENT OBTENIR LE REGLEMENT DE VOS PRESTATIONS

LES DOCUMENTS QUE VOUS DEVEZ TRANSMETTRE

Pour le remboursement des dépenses de santé : lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à nous transmettre sont les suivants :

• **Hospitalisation :** l'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.

• **Médecine courante :** l'original du décompte du régime de base et la facture détaillée.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, CEGEMA pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

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

Contrôle des dépenses - Contrôle médical :

L'Assureur se réserve la possibilité de demander aux assurés :

- tous renseignements ou documents dont nous jugerions utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'assuré doit les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de CEGEMA.

- de se faire examiner par un médecin de notre choix.

L'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause. L'assuré peut se faire assister du médecin de son choix.

Arbitrage :

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'assuré et nous, 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 3ème médecin chargé de les départager.

En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhérent, 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 3ème médecin et des frais de sa nomination.

ART.13 - RESILIATION

13.1 - L'adhésion peut être résiliée :

Par l'Adhérent :

- A l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1er janvier moyennant un préavis de deux mois au moins.

IMPORTANT : reconduction tacite des contrats : conformément à l'article L113.15.1 du Code des assurances, ce contrat n'est pas concerné par la loi 2005-67 du 28/01/2005 (dite Loi Chatel).

- En cas de modification du contrat par l'Assureur, telle que prévu par l'article 112-3 du Code des assurances, l'Adhérent dispose d'un délai de 30 jours pour refuser par écrit la modification de son contrat.

DE PLEIN DROIT :

En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

CONTRACTUELLEMENT :

En cas de perte de la qualité d'assuré social de l'Adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres assurés pourront continuer à être assurés s'ils en effectuent la demande.

13.2 - Les modalités de la résiliation

La résiliation par l'Adhérent doit être effectuée par courrier recommandé et adressée au siège de CEGEMA, 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP.189 - 06272 Villeneuve Loubet Cedex. Une résiliation est acceptable à partir du moment où elle est adressée par courrier postal recommandé dûment signé par le client, ou par envoi recommandé électronique.

Précisions sur l'envoi recommandé électronique :

Art. R. 53-2 : Le prestataire de lettre recommandée électronique délivre à l'expéditeur une preuve du dépôt électronique de l'envoi. Le prestataire doit conserver cette preuve de dépôt pour une durée qui ne peut être inférieure à un an. « Cette preuve de dépôt comporte les informations suivantes :

1° Le nom et le prénom ou la raison sociale de l'expéditeur, ainsi que son adresse électronique ;

2° Le nom et le prénom ou la raison sociale du destinataire ainsi que son adresse électronique ;

3° Un numéro d'identification unique de l'envoi attribué par le prestataire ;

4° La date et l'heure du dépôt électronique de l'envoi indiquées par un horodatage électronique qualifié tel que défini par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus ;

5° La signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé tels que définis par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus, utilisé par le prestataire de services qualifié lors de l'envoi. »

La résiliation par l'Assureur sera notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

13.3 - Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation.

13.4 - Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation.

13.4.1 - En cas d'exercice du droit à renonciation, dans le cadre de l'article L 112-9 du Code des assurances

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation. En cas de renonciation l'Assureur procèdera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où l'adhésion a effectivement produit ses effets. L'intégralité de la prime reste due à l'Assureur, si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

13.4.2 - En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L112-2-1 du Code des assurances :

- En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'Adhérent est redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.

- Si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

- Si des cotisations ont été perçues, l'Assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

ART.14 - PRESCRIPTION

Délai de prescription

Article L. 114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux 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 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Causes d'interruption de la prescription

Article L. 114-2

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, adressés 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.

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3

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 visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 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 interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs

héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er juillet 2018 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à

courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée. Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat.

Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'assureur.

ART.15 - SUBROGATION

L'Adhérent ou ses ayants droit conservent leur droit de recours contre tout responsable. Toutefois, si l'Assureur a payé une indemnité au titre des frais de soins, il se substitue à l'Adhérent dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable (Article L.121.12 du Code des Assurances).

ART.16 - INFORMATIQUE ET LIBERTE

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité filiale de la Holding Swiss Life France (dénommée Groupe Swiss Life France) mentionnée sur ce document.

Les données collectées sont utilisées par les sociétés d'assurance du Groupe Swiss Life France, à savoir Swiss Life Assurance et Patrimoine (SLAP), Swiss Life Prévoyance & Santé (SLPS) et Swiss Life Assurances de Biens (SLAB) :

- pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat ;
- pour être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'application des obligations réglementaires et la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance ;
- pour, éventuellement, être croisées afin d'améliorer nos produits, d'évaluer votre situation ou la prédire et personnaliser les offres qui pourront vous être proposées.

Vos données sont également transmises entre les 3 sociétés d'assurance du Groupe, telles que mentionnées ci-avant, destinataires de l'information ainsi qu'à leurs mandataires, partenaires et réassureurs ou organismes habilités au sein du Groupe Swiss Life France pour les besoins de ces opérations.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données vous concernant. Vous avez aussi la possibilité de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès ou choisir d'en limiter l'usage. Si vous avez consenti de manière expresse à certaines utilisations de vos données, vous pouvez retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application de votre contrat.

Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour un motif légitime.

Vous pouvez également vous opposer à recevoir par SMS et mail des offres commerciales de la part des 3 sociétés d'assurance du Groupe Swiss Life France (Swiss Life Assurance et Patrimoine, Swiss Life Prévoyance & Santé et Swiss Life Assurances de Biens) pour des services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à vos droits, vous pouvez

vous adresser à la direction gouvernance et qualité de la donnée : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret. Les demandes médicales doivent être libellées à la même adresse et à l'attention du médecin-conseil. Vous pouvez également écrire à notre Délégué à la Protection des Données (DPO) : 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret (DPOswisslife@swisslife.fr)

Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, vous pouvez vous adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr/>).

Notre politique de protection des données à caractère personnel incarne les valeurs essentielles de Swiss Life : l'attention, la sérénité et la fiabilité. Elle se traduit au quotidien par la mise en œuvre de mesures, de normes et de règles strictes pour en assurer la sécurité physique et logique, conformément aux évolutions réglementaires. Vous pouvez en prendre connaissance sur notre site Internet : <http://www.swisslife.fr/Protection-des-donnees> ou demander que le document vous soit envoyé à l'adresse email que vous nous indiquerez.

ART.17 – RECLAMATIONS – MEDIATION

Litiges et Réclamations :

• Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel ou avec le service client de CEGEMA :

Service Client Cegema 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre
BP 189 06272 Villeneuve-Loubet cedex
Téléphone : 04 92 02 08 50.

• Votre deuxième contact : le Service Réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre Service Réclamations :

Service Réclamations Cegema 679 avenue du Docteur Lefebvre
BP 189 06272 Villeneuve-Loubet Cedex
servicereclamations@cegema.com

• Médiation :

La Médiation de l'Assurance peut être saisie à l'adresse suivante :
La Médiation de l'Assurance TSA 50110
75441 PARIS Cedex 09.

L'assuré a un délai d'un an à compter de l'ouverture de la première réclamation pour saisir le médiateur.

ART.18 - AUTORITE DE CONTROLE

Pour les Sociétés d'Assurance ayant leur Siège en France, l'autorité de tutelle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

ART.19 - POSSIBILITE DE RENONCIATION

Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

« Je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de mon adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L.112-9 du code des assurances ou par les articles L.112-2-1 du Code des assurances et L.222-1 et suivants du Code de la consommation. »

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à CEGEMA - 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP189 - 06 272 Villeneuve Loubet Cedex.

La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la lettre recommandée avec avis de réception par CEGEMA.

Les conséquences du droit à renonciation sont indiquées dans l'article 14.4 de la présente notice d'information.

Article L112-9 premier alinéa du code des assurances :

« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 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 à renonciation ».

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L112-2-1 du code des assurances :

Article L112-2-1 premier alinéa du code des assurances :

« I.-1° La fourniture à distance d'opérations d'assurance à un consommateur est régie par le présent livre et par les articles L. 222-1 à L. 222-3, L. 222-6 et L. 222-13 à L. 222-16, L. 222-18, L. 232-4, L. 242-15 du code de la consommation ;

II.-1° Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ».

L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur le certificat d'adhésion) à la demande expresse de l'Adhérent.

La cotisation, dont vous êtes redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et la date de réception mon éventuelle renonciation.

En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, je m'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'Adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat **HONORAIRES+** (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date).

(Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. (indiquez le lieu, la date et votre signature).

CONVENTION D'ASSISTANCE
N° 922 424

SOMMAIRE

1. EVENEMENTS GARANTIS	26
1.1 ASSISTANCE AU DOMICILE	26
1.2 ASSISTANCE AUX PERSONNES	26
2. RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE	27
ASSISTANCE AU DOMICILE	27
ASSISTANCE AUX PERSONNES	28
3. VALIDITE DE LA CONVENTION	29
4. DEFINITIONS CONTRACTUELLES	29
5. PRESTATIONS	30
5.1 ASSISTANCE AU DOMICILE	30
5.2 ASSISTANCE AUX PERSONNES	33
5.3 PROGRAMMES DE PREVENTION	35
6. RESPONSABILITE	35
7. EXCLUSIONS GENERALES	36
7.1 EXCLUSION GENERALES	36
7.2 EXCLUSIONS SPECIFIQUES A L'ASSISTANCE AUX PERSONNES	36
8. MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS	36
9. COMPETENCE JURIDICTIONNELLE	37
10. PRESCRIPTION	37
11. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	37
12. AUTORITÉ DE CONTROLE	37
13. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE	37

CONVENTION D'ASSISTANCE N° 922 424

Besoin d'assistance ?

- > **Contactez-nous (24h/24)**
- > **Depuis la France au 01 49 93 72 96**
Numéro non surtaxé
Accès sourds et malentendants :
<https://accessibilite.votreassistance.fr> (24h/24)
- > **Veillez nous indiquer :**
 - Le nom et le numéro du contrat souscrit
 - Les nom et prénom du Bénéficiaire
 - L'adresse exacte du Bénéficiaire
 - Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

Les prestations de la présente convention d'assistance souscrite par CEGEMA auprès de :

AWP P&C

SA au capital de 17 287 285 €
519 490 080 RCS Bobigny
Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen
Entreprise régie par le Code des assurances

sont mises en œuvre par :

AWP FRANCE SAS

SAS au capital de 7 584 076,86 €
490 381 753 RCS Bobigny
Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen
Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>

Ci-après désignée sous le nom commercial «**Mondial Assistance**»

1. EVENEMENTS GARANTIS

Les conditions de délivrance des garanties de la présente convention varient selon les prestations :

1.1 ASSISTANCE AU DOMICILE

- Les prestations décrites à l'article 5.1.1 « INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE » peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.
- Les prestations décrites aux articles 5.1.2 et 5.1.4 sont délivrées en cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire ou d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire, précédée ou non d'une Hospitalisation.

La prestation « Aide pédagogique » est délivrée lorsque le Bénéficiaire est un Enfant.

- Les prestations décrites à l'article 5.1.3 sont délivrées en cas d'Hospitalisation ambulatoire.
- Les prestations décrites à l'article 5.1.5 sont délivrées lorsque la cause de l'Hospitalisation ou de l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire est une Affection de longue durée.
- Les prestations décrites à l'article 5.1.6 sont délivrées en cas d'entrée en dépendance d'un Membre de la famille.

1.2 ASSISTANCE AUX PERSONNES

- Les prestations décrites à l'article 5.2 sont délivrées en cas de survenance, lors d'un déplacement à plus de 50 km du Domicile, d'un des événements suivants :
 - o Accident corporel,
 - o Maladie,
 - o Décès.

L'ensemble des prestations est délivré conformément aux conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

2. RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE

ASSISTANCE AU DOMICILE

	Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Article 5.1.1	INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE		
	Conseil santé	• Illimité	Utilisable à tout moment dès la souscription pendant les heures d'ouverture du service. Prestation rendue par téléphone exclusivement.
	Conseil social	• Illimité	
	Services à la personne	• Mise en relation avec le réseau de Prestataires agréés dans le cadre de la loi Borloo, sans prise en charge	
Article 5.1.2	EN CAS D'HOSPITALISATION OU IMMOBILISATION A DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS		
	Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	• Illimité	La demande doit être faite dans les 15 jours après l'Hospitalisation Durée d'Hospitalisation de plus de 24 heures ou durée d'Immobilisation à Domicile de plus de 5 jours. L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation à Domicile. La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.
	Enveloppe de services et d'aide à Domicile	• Forfait de 300 € TTC	
	Livraison en urgence de médicaments	• 100 € TTC maximum	-
	Livraison et mise à disposition de matériel médical	• 100 € TTC maximum	-
	Téléassistance ponctuelle à Domicile	Coût du service pour une durée de 3 mois	-
	Accompagnement psychologique	3 entretiens par tel et/ou remboursement de 12 séances maximum de consultation en cabinet. 80 € TTC maximum par consultation.	La prise en charge vient en complément des remboursements des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.
Article 5.1.3	EN CAS D'HOSPITALISATION AMBULATOIRE SANS IMMOBILISATION AU DOMICILE		
	Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	• Illimité	La demande doit être faite dans les 3 jours après l'Hospitalisation
	Enveloppe de services	• Forfait de 150 € TTC	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 3 jours après l'Hospitalisation ambulatoire. La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.
Article 5.1.4	EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION A DOMICILE DE L'ENFANT		
	Aide pédagogique de l'Enfant dans les matières scolaires principales	• 15 heures maximum par semaine	L'absence scolaire doit être supérieure à 2 semaines calendaires consécutives. Limitée à la durée restant à courir de l'année scolaire en cours.
Article 5.1.5	EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DUREE		
	Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	• Illimité	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation à Domicile. La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.
	Enveloppe de services et d'aide à Domicile	• Forfait de 600 € TTC	
	Assistance aux devoirs	• 10 utilisations maximum	Prestation rendue via Internet ou par téléphone
Article 5.1.6	COMPLEMENT POUR LES AIDANTS		
	Evaluation du besoin et recommandations pour l'utilisation de l'enveloppe de services	• Illimité	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard dans les 3 mois suivant l'entrée en dépendance de l'aidé. La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par personne aidée.
	Enveloppe de services et d'aide à Domicile	• Forfait de 300 € TTC	

ASSISTANCE AUX PERSONNES			
Article 5.2 ASSISTANCE AU BENEFICIAIRE			
	Rapatriement ou transport sanitaire	• Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	Prestations soumises à la décision des médecins de Mondial Assistance
	Transfert d'un Proche accompagnant le Bénéficiaire pendant son rapatriement	• Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	
	Frais médicaux d'urgence à l'étranger	• Remboursement des frais restant à votre charge (hors frais dentaires) : 30 000 € TTC • Remboursement des frais dentaires d'urgence : 350 € • Avance des frais d'hospitalisation : 30 000 € TTC	Une Franchise pécunière de 30 € s'applique au remboursement des frais médicaux et dentaires. Les limites suivantes, s'entendent par Bénéficiaire et par période annuelle garantie
	Prolongation du séjour du Bénéficiaire	• 80 € TTC par nuit et par personne dans la limite de 5 nuits	
	Soutien au Bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé sur place : - Prolongation du séjour d'une personne restée au chevet du Bénéficiaire	• Coût du Transport retour • Frais d'hébergement : 80 € TTC par nuit dans la limite de 5 nuits.	
	Ou - Transfert d'un Proche au chevet du Bénéficiaire	• Coût du Transport aller/retour • Frais d'hébergement : 80 € TTC par nuit dans la limite de 5 nuits.	La durée prévisible de l'hospitalisation ou de l'immobilisation sur place du Bénéficiaire est de 10 jours au moins.
	Retour au Domicile du Bénéficiaire	• Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	
Article 5.2.1 EN CAS DE DECES			
	Transport de corps	• Coût du Transport du corps organisé par Mondial Assistance	
	Frais funéraires	• Prise en charge des frais limité par Bénéficiaire à 1 000 € TTC .	Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille du Bénéficiaire.
	Transfert d'un Proche sur le lieu du décès	• Coût du Transport aller/retour • Frais d'hébergement : 80 € TTC par nuit dans la limite de 5 nuits.	
Article 5.2.2 LES PERSONNES VOYAGEANT AVEC LE BENEFICIAIRE			
	Acheminement d'un Proche ou d'un accompagnateur pour le retour au Domicile des personnes restées sur place handicapés ou de moins de 15 ans	• Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	
Article 5.2.3 RETOUR PREMATURE			
	Retour au Domicile du Bénéficiaire et d'un accompagnant ou Trajet aller-retour du Bénéficiaire	• Coût du Transport aller-simple pour le Bénéficiaire et un accompagnant ou • Coût du Transport aller-retour	
Article 5.2.4 MISE A DISPOSITION DE MEDICAMENTS			
	Recherche et mise à disposition de médicaments	Prise en charge des frais de recherche, de contrôle d'emballage et d'envoi.	Le coût des médicaments et les frais de douane restent à la charge du Bénéficiaire.
Article 5.2.5 ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ETRANGER			
	Avance de la caution pénale	• Dans la limite de 7 500 € TTC	
	Honoraires des représentants judiciaires	• Remboursement dans la limite de 1 000 € TTC	
Article 5.3 PROGRAMMES DE PREVENTION			
	Nutricoach	• Coût de la prestation réalisée par Mondial Assistance	Utilisable à tout moment dès la souscription. Prestation rendue par téléphone exclusivement. Limité à 5 entretiens de suivi ou de coaching sur une durée de 6 mois. Accès au site web et à l'application pendant 1 an Renouvelable par année d'assurance
	Hospizen		Accès au site web dès la souscription pendant 1 an Renouvelable par année d'assurance
	Silvercoach		Accès au site web dès la souscription pendant 1 an Renouvelable par année d'assurance

3. VALIDITE DE LA CONVENTION

VALIDITE TERRITORIALE

Assistance au domicile

Les prestations de la présente convention sont acquises uniquement sur le territoire du Domicile du Bénéficiaire ou du Domicile du Membre de la famille aidé.

Assistance aux personnes

Sauf mention particulière notée à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE », les prestations sont accordées pour les événements garantis survenus en France ou au cours de déplacements privés n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs dans le monde entier, à l'exception des Pays non couverts.

Une Franchise kilométrique de cinquante (50) km est appliquée pour les prestations prévues à l'article 5.2 « ASSISTANCE AUX PERSONNES » pour les événements survenus en France.

DUREE DE VALIDITE

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat VITANEOR 2 et de l'accord liant CEGEMA et AWP P&C pour la délivrance de ces prestations.

4. DEFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la présente Convention d'assistance numéro 922 424 (ci-après la « Convention »), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

AFFECTION DE LONGUE DUREE

Maladie reconnue comme Affection de longue durée par l'Assurance Maladie et prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Il existe trois catégories d'Affection de longue durée :

- les affections inscrites sur la liste fixée par l'article D 322-1 du Code de la sécurité sociale ;
- les affections dites « hors liste » : maladies graves, de forme évolutive ou invalidante, non inscrites sur la liste précédente, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à 6 (six) mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;
- les poly-pathologies : lorsque le patient est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à 6 (six) mois.

AIDANT

Bénéficiaire assuré majeur qui vient en aide à titre non professionnel à un Membre de la famille dépendant.

L'aide apportée peut être permanente ou non, au Domicile du Membre de la famille aidé à condition qu'il soit situé en France, ou au Domicile de l'Aidant.

BENEFICIAIRE

Le terme « Bénéficiaire » se réfère :

- à la personne physique assurée par le contrat VITANEOR 2,
- à son Conjoint
- et/ou à ses Enfants.

CONJOINT

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

DOMICILE

Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

ENFANTS

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous son toit.

FRANCE

France métropolitaine, où se situe le Domicile.

FRAIS DE SOINS DENTAIRES URGENTS

Frais de soins dentaires urgents et considérés comme tels par le service médical de Mondial Assistance.

FRAIS FUNÉRAIRES

Frais de première conservation, de manutention, de mise en bière, d'aménagements spécifiques au transport, de soins de conservation rendus obligatoires par la législation, de conditionnement et de cercueil du modèle le plus simple, nécessaires au transport de corps et conformes aux réglementations locales et internationales applicables sur le lieu du décès et le lieu des obsèques.

Sont exclus les frais d'habillement, d'embaumement, de cérémonie, d'inhumation et de crémation.

Lorsque le transport de corps peut être effectué sans cercueil conformément aux normes en vigueur, les frais de cercueil ne sont pas pris en charge.

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE A L'ETRANGER

Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, de consultation et d'hospitalisation, prescrits par une autorité médicale compétente, nécessaires au diagnostic et au traitement d'une Maladie ou consécutifs à un Accident corporel.

FRANCHISE PECUNIAIRE

Part du remboursement laissée à la charge du Bénéficiaire lors de la mise en œuvre de la prestation. Les montants de Franchise pécuniaire se rapportant à chaque prestation sont précisés à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public avec ou sans nuitée y compris l'hospitalisation ambulatoire.

Dans tous les cas, sont assimilés à une Hospitalisation :

- les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ambulatoire : administration d'un traitement anti-cancer dans un hôpital de jour, à la suite de laquelle le Bénéficiaire peut rentrer chez lui,
- les traitements de chirurgie ambulatoire : traitement de chirurgie permettant la sortie du patient le jour même de son admission dans l'établissement de soins.

Une durée d'Hospitalisation peut être prévue à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.

Sont exclus :

o les hospitalisations dans les centres de réadaptation fonctionnelle, maisons de convalescence ou établissements psychiatriques,

o les hospitalisations à domicile,

o les hospitalisations chirurgicales à but esthétique non remboursé par le régime obligatoire ,

o les traitements de chimiothérapie orale à Domicile, sauf protocole de soins particulier et après évaluation par les médecins de Mondial Assistance.

HOSPITALISATION D'URGENCE

Séjour de plus de 48 (quarante-huit) heures consécutives dans un établissement hospitalier public ou privé, pour une intervention d'urgence, c'est-à-dire non programmée et ne pouvant être reportée

IMMOBILISATION A DOMICILE

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches ménagères habituelles, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos au Domicile prescrit par un médecin. Une durée d'Immobilisation peut être prévue à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE » pour la délivrance de certaines prestations.

MALADIE

Altération subite de l'état de santé, constatée par une autorité médicale compétente

MEMBRE DE LA FAMILLE

Conjoint de droit ou de fait, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire.

MEMBRE DE LA FAMILLE DEPENDANT A CHARGE

Membre de la famille fiscalement à charge du Bénéficiaire, dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré.

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

PAYS NON COUVERTS

Corée du Nord. La liste, mise à jour, de l'ensemble des Pays non couverts est disponible sur le site de Mondial Assistance à l'adresse suivante : <http://paysexclus.votreassistance.fr>

PRESTATAIRE

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

PROCHE

Toute personne physique, membre de la famille ou non, résidant sur le territoire où se situe le Domicile et désignée par le Bénéficiaire.

TRANSPORT

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2^{de} classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

5. PRESTATIONS

Les montants de prise en charge figurent dans l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE »

Mondial Assistance se réserve le droit, préalablement à toute intervention, de vérifier la qualité de Bénéficiaire du demandeur ainsi que la matérialité de l'événement ouvrant droit aux prestations.

5.1 ASSISTANCE AU DOMICILE

5.1.1 INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine), Mondial Assistance communique des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

• Conseil santé

Un médecin de Mondial Assistance répond aux questions du Bénéficiaire relatives à sa santé, à sa maladie, à son hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant ou à son suivi.

Le Bénéficiaire peut également obtenir des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les questions générales sur la santé, les facteurs de risques, les questions de médecine générale, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives, les centres de prise en charge de la douleur.

Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

En conséquence, ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours

d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises à la législation sociale et au secret médical.

• Conseil social

L'équipe médico-sociale de Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue ses besoins et lui fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

• Services à la personne

Mondial Assistance peut :

o fournir au Bénéficiaire toute l'information utile sur les services à la personne,

o mettre le Bénéficiaire en relation avec un Prestataire de son réseau de services à la personne entrant dans le cadre de la loi Borloo (assistance administrative, bricolage, soutien scolaire, etc.) et hors cadre de la loi Borloo (esthéticienne, coiffure à Domicile, pédicure, manucure, massages - hors soins thérapeutiques).

Les Prestataires délivrant des prestations de services à la personne dans le cadre des activités définies comme telles par la loi Borloo sont agréés, afin que le Bénéficiaire puisse profiter d'avantages fiscaux.

Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à la charge du Bénéficiaire.

Pour toute mise en place de prestation, le Prestataire dispose d'un délai minimum de 72 (soixante-douze) heures pour prendre contact avec le Bénéficiaire.

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

5.1.2 EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24H OU IMMOBILISATION A DOMICILE DE PLUS DE 5 JOURS

Sur simple appel téléphonique, suite à l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

• Evaluation des besoins et recommandations

telle que décrite au 5.1.7 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

• Enveloppe de services et d'aide à Domicile

telle que décrite au 5.1.7 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

• Livraison en urgence au Domicile de médicaments

immédiatement nécessaires prescrits par un médecin.

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

• Livraison et mise à disposition du matériel médical

prescrit par le médecin traitant. Le Prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente.

Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, fax ou email.

Le coût d'achat ou de location du matériel reste à la charge du Bénéficiaire.

• Téléassistance ponctuelle à Domicile

Le dispositif de téléassistance au Domicile composé d'un appareil

de télécommunication automatique et d'un service d'écoute permet au Bénéficiaire, en cas de besoin, de lancer une alerte de n'importe quel endroit du Domicile et d'être immédiatement pris en charge par un Prestataire spécialisé qui mobilisera les moyens adaptés pour lui venir en aide.

La mise en place du dispositif de téléassistance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.

- **Accompagnement psychologique**

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de **3 (trois) entretiens maximum**.

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le Bénéficiaire vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son Domicile ou de son lieu de travail. Ces consultations sont prises en charge dans les limites prévues à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

5.1.3 EN CAS D'HOSPITALISATION AMBULATOIRE SANS IMMOBILISATION AU DOMICILE

Sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

- **Evaluation des besoins et recommandations**

telle que décrite au 5.1.7 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

- **Enveloppe de services**

telle que décrite au 5.1.7 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

5.1.4 EN CAS D'HOSPITALISATION OU IMMOBILISATION A DOMICILE DE L'ENFANT

Lorsque le Bénéficiaire est un Enfant, Mondial Assistance met en œuvre, la prestation ci-après :

- **Aide pédagogique de l'Enfant**

Lorsque l'Immobilisation à Domicile de l'Enfant entraîne une absence scolaire de longue durée, Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention au Domicile d'un Prestataire répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'Enfant.

L'aide pédagogique est accordée pour les Enfants scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire uniquement.

Elle est dispensée pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi et hors jours fériés, par tranches de 3 (trois) heures de cours au minimum dans la journée, par matière et par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'Enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire en cours.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'Hospitalisation de l'Enfant.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 2 (deux) jours ouvrés minimum à compter de la demande.

Sont exclues les phobies scolaires.

5.1.5 EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DUREE

Lorsque l'Hospitalisation ou l'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire est due à la survenance d'une Affection de longue durée, Mondial Assistance met en œuvre, les prestations ci-après :

- **Evaluation des besoins et recommandations**

telle que décrite au 5.1.7 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES

A DOMICILE ».

- **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**

telle que décrite au 5.1.7 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

- **Assistance aux devoirs**

Lorsque le Bénéficiaire assuré ou son Conjoint est atteint d'une Affection de longue durée, Mondial Assistance met l'Enfant en contact avec un Prestataire enseignant qui l'aidera à faire ses devoirs.

La prestation d'assistance aux devoirs est disponible pour le français, les mathématiques, la physique, la chimie, l'anglais, et les S.V.T.

Elle est délivrée via une classe virtuelle sur internet ou par téléphone et/ou par échange de messages électroniques avec un professeur du lundi au jeudi de 17h00 à 20h00 et sans interruption du jeudi 20h00 au dimanche 20h00.

5.1.6 COMPLEMENT POUR LES AIDANTS

Lorsque le Bénéficiaire assuré se retrouve en situation de devoir aider un Membre de la famille devenu dépendant, Mondial Assistance met en œuvre, les prestations ci-après :

- **Evaluation des besoins et recommandations**

telle que décrite au 5.1.7 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

- **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**

telle que décrite au 5.1.7 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

5.1.7 DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE

- **Evaluation des besoins et recommandations**

Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Le Bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

- **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**

Mondial Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après,».

La mise en œuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation.

Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible.

Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire.

Le montant maximum indiqué à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISE EN CHARGE » ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le Bénéficiaire est encore couvert au titre de la Convention et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, Mondial Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et

aides proposés,

- lui communiquer les coordonnées de Prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge du Bénéficiaire.

Ci-après la description des services et aides à Domicile proposés :

Transport

Mondial Assistance prend en charge le Transport non médicalisé du Bénéficiaire valide.

Aide à Domicile : Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,
- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Préparation du retour au Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.

Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des

Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé au Domicile. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue **dans la limite des disponibilités locales** par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant **(à l'exclusion des soins médicaux).**

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extrascolaires des Enfants de moins de 15 ans

Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à leurs activités extrascolaires, Mondial Assistance prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants à charge

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

Portage des repas

Mondial Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de **4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.**

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation « **Aide à Domicile** ».

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse et DOM-ROM.

Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

Fermeture du Domicile quitté en urgence

En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire et s'il a quitté son Domicile précipitamment, Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire aide-ménagère afin de fermer les accès du Domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

Cette prestation s'effectuera sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport aller-retour de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Livraison de courses

Mondial Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile. Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Bien-être à domicile: coiffure et esthétique

Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants :

- esthéticienne, coiffeur,
 - prothésiste capillaire,
- y compris ceux réalisés à Domicile.

- **Enveloppe de services en cas d'Hospitalisation ambulatoire sans Immobilisation au Domicile du 5.1.3**

Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé..

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue **dans la limite des disponibilités locales** par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant **(à l'exclusion des soins médicaux)**.

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants à charge

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

Portage des repas

Mondial Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de **4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.**

Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation « **Aide à Domicile** ».

Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse et DOM-ROM.

Livraison de courses

Mondial Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

5.2 ASSISTANCE AUX PERSONNES

Mondial Assistance organise et prend en charge les prestations ci-après :

- **Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire**

o Transport, sanitaire si nécessaire, du Bénéficiaire vers le centre hospitalier le mieux adapté à son état de santé (soit dans le pays où il se trouve soit en France métropolitaine) par les moyens les plus appropriés.

o Lorsque l'hospitalisation n'a pas pu se faire à proximité du Domicile, le transfert vers un hôpital plus proche est pris en charge dès que l'état du Bénéficiaire le permet.

o Si l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport du Bénéficiaire, sanitaire si nécessaire, est pris en charge jusqu'à son Domicile.

Les décisions sont prises en considération du seul intérêt médical du Bénéficiaire et appartiennent exclusivement aux médecins de Mondial Assistance en accord avec les médecins traitants locaux.

Les médecins de Mondial Assistance se mettent en rapport avec les structures médicales sur place et, si nécessaire, avec le médecin traitant habituel du Bénéficiaire afin de réunir les informations permettant de prendre les décisions les mieux adaptées à son état de santé.

Le rapatriement du Bénéficiaire est décidé et géré par un personnel médical titulaire d'un diplôme légalement reconnu dans le pays où ce personnel médical exerce habituellement son activité professionnelle.

Seuls, l'intérêt médical du Bénéficiaire et le respect des règlements sanitaires en vigueur, sont pris en considération pour arrêter la décision de transport, le choix du moyen de transport et le choix du lieu d'hospitalisation éventuelle.

En raison des risques pouvant mettre en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse, les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les compagnies et susceptibles d'être modifiées sans préavis : examen médical au maximum 48 heures avant le départ, certificat médical, accord médical de la compagnie, etc. Le transport par avion est subordonné à l'obtention des autorisations accordées par la compagnie aérienne. Mondial Assistance ne saurait être tenue responsable d'un retard ou d'un empêchement dans l'exécution de la prestation « **Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire** » du fait de toute restriction d'une compagnie aérienne.

Si le Bénéficiaire refuse de suivre les décisions prises par le service médical de Mondial Assistance, il dégage Mondial Assistance de toute responsabilité des conséquences d'une telle initiative, notamment en cas de retour par ses propres moyens ou d'aggravation de son état de santé, et perd tout droit à prestation et indemnisation de la part de Mondial Assistance.

- **Transfert (Transport aller-simple) d'un Proche accompagnant le Bénéficiaire pendant son rapatriement.**

- **Frais médicaux d'urgence à l'étranger**

Remboursement des Frais médicaux d'urgence à l'étranger sur prescription médicale restant à la charge du Bénéficiaire après intervention des organismes de sécurité sociale, d'assurance

maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le Bénéficiaire est affilié.

Cette prestation cesse le jour où le service médical de Mondial Assistance estime que le rapatriement du Bénéficiaire est possible.

Pour bénéficier de cette prestation, le Bénéficiaire doit relever obligatoirement d'un régime primaire d'assurance maladie le couvrant au titre des Frais médicaux d'urgence à l'étranger, pendant toute la durée du voyage.

Mondial Assistance peut également procéder à l'avance des frais d'hospitalisation imprévus et urgents, après accord de son service médical, dans la limite du plafond figurant à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGE ».

Dans ce cas, le Bénéficiaire s'engage à rembourser cette avance à Mondial Assistance dans un délai de 3 (trois) mois à compter de la date de mise à disposition des fonds. Passé ce délai, Mondial Assistance sera en droit d'exiger, outre le montant de l'avance consentie, les frais et les intérêts légaux.

Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette.

Ne donnent pas lieu à prise en charge complémentaire ou à l'avance de frais :

les frais d'implant, de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres, ainsi que les frais d'appareillage,

les frais engagés en France métropolitaine et dans les Départements d'outre-mer, qu'ils soient consécutifs ou non à un Accident corporel ou une Maladie survenu en France ou à l'étranger,

les frais de vaccination,

les frais résultant de soins ou de traitements dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,

les frais de rééducation, de cure thermale ou de séjour en maison de repos, ainsi que les frais de soins ou traitements ne résultant pas d'une urgence médicale.

- **Prolongation du séjour du Bénéficiaire** immobilisé sur place à l'hôtel.
- **Soutien du Bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé sur place**
 - Prolongation du séjour d'une personne restée au chevet du Bénéficiaire :
 - o Hébergement sur place et
 - o Transport retour.

Ou

- **Transfert d'un Proche au chevet du Bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé sur place :**
 - o Transport (aller et retour) et
 - o Hébergement sur place.
- **Retour au Domicile du Bénéficiaire dès que son état de santé le permet.**

5.2.1 EN CAS DE DECES

Sous réserve de l'obtention du permis d'inhumation, Mondial Assistance organise et prend en charge les prestations ci-après :

- **Transport du corps** depuis le lieu du décès jusqu'à l'établissement de l'opérateur funéraire du lieu d'inhumation ou de crémation en France, choisi par le défunt ou les Membres de la famille.

- **Frais funéraires** afférents à ce transport.

- **Transfert d'un Proche (Transport aller-retour et Hébergement) sur le lieu du décès :**

- o soit pour remplir les formalités administratives avant le transport du corps,
- o soit pour assister à l'inhumation ou la crémation sur place.

5.2.2 COMPLEMENT POUR LES PERSONNES VOYAGEANT DANS LE VEHICULE

Lorsque l'indisponibilité du Bénéficiaire, en raison d'un événement garanti, rend impossible le retour au Domicile des autres personnes voyageant dans le Véhicule dans les conditions initialement prévues, Mondial Assistance organise et prend en charge les prestations définies ci-après :

- **Acheminement d'un Proche ou d'un accompagnateur** (Transport aller-retour) pour le retour au Domicile des personnes handicapées ou de moins de 15 ans restées seules sur place.

Le nombre de personnes destinataires de ces prestations est limité au nombre de places indiquées sur le certificat d'immatriculation du Véhicule. Sont exclus les auto-stoppeurs.

5.2.3 RETOUR PREMATURE

En cas :

- o d'Hospitalisation d'urgence d'un Membre de la famille en France suite à une Maladie ou un Accident corporel engageant le pronostic vital,
- o de décès d'un Membre de la famille ne participant pas au déplacement et vivant en France,
- o de sinistre atteignant la résidence principale, l'exploitation agricole ou le local professionnel du Bénéficiaire et rendant sa présence indispensable pour la mise en œuvre de mesures conservatoires et des démarches administratives

- **Retour au Domicile**

- o Transport aller-simple pour le Bénéficiaire et un accompagnant.

ou

- o Transport aller-retour pour le Bénéficiaire.

5.2.4 MISE A DISPOSITION DE MEDICAMENTS

En cas d'impossibilité pour le Bénéficiaire de se procurer sur place des médicaments prescrits avant le départ, indispensables à un traitement curatif en cours, introuvables sur son lieu de séjour :

- **Recherche sur place et mise à disposition du Bénéficiaire de médicaments équivalents**, sous réserve de l'accord du médecin prescripteur,

ou

- **Mise en place d'un dispositif permettant au Bénéficiaire de suivre le traitement dont il a besoin.**

Mondial Assistance ne peut être tenue pour responsable des délais d'acheminement des médicaments ni d'une éventuelle indisponibilité des médicaments.

Les frais d'achat des médicaments et/ou de suivi d'un traitement restent à la charge du Bénéficiaire.

Mondial Assistance peut avancer ces frais. Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette. Le Bénéficiaire s'engage à les lui rembourser dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de la réception des médicaments. Passé ce délai, Mondial Assistance serait en droit d'exiger le montant de l'avance consentie augmentée des intérêts légaux.

5.2.5 ASSISTANCE JURIDIQUE A L'ETRANGER

En cas d'infraction involontaire à la législation du pays où séjourne le Bénéficiaire :

- **Avance de la caution pénale**, si le Bénéficiaire est incarcéré ou menacé de l'être, à condition que les poursuites dont il fait l'objet ne soient pas relatives :
 - o au trafic de stupéfiants et/ou de drogues,
 - o à une participation à des mouvements politiques.

Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette.

Le Bénéficiaire s'engage à rembourser cette avance à Mondial Assistance dans un délai de 3 (trois) mois à compter de la date de son retour de voyage. Passé ce délai, Mondial Assistance sera en droit d'exiger, outre le montant de l'avance consentie, les frais et les intérêts légaux.

- **Remboursement des honoraires** des représentants judiciaires à la suite d'une action judiciaire engagée à l'encontre du Bénéficiaire, à condition que les faits reprochés :
 - o ne soient pas relatifs à l'activité professionnelle du Bénéficiaire,
 - o ne soient pas susceptibles de sanctions pénales selon la législation du pays où le Bénéficiaire où l'infraction a été commise.

5.3 PROGRAMMES DE PREVENTION

Un accès aux programmes Nutricoach, Silvercoach et Hospizen :

- **« Nutricoach » (programme d'éducation et d'accompagnement nutritionnel et aide à la perte pondérale) - Accessible à compter du 1^{er} octobre 2018**

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine) Mondial Assistance met en oeuvre, dans les conditions et limites indiquées à l'article 2 « RESUME DES PRESTATIONS ET PRISES EN CHARGES », le programme Nutricoach ci-après :

Mondial Assistance fournit au Bénéficiaire :

- o un bilan d'évaluation des pratiques alimentaires par rapport aux normes du Programme National Nutrition Santé,
- o des informations sur les bonnes pratiques préventives et les règles hygiéno-diététiques pour une alimentation équilibrée et la gestion des écarts alimentaires,
- o un accompagnement téléphonique à la mise en oeuvre et au maintien d'une stratégie de perte pondérale.

Le programme «Nutricoach» s'appuie sur un site internet proposant un module de suivi et un générateur de menus adaptés à la situation et aux objectifs déclarés par le Bénéficiaire.

Un programme d'envoi de SMS est également proposé au Bénéficiaire pendant toute la durée de l'accompagnement.

Ce programme d'information, d'éducation et d'accompagnement nutritionnel s'adresse aux Bénéficiaires âgés de 16 (seize) ans au moins avec, pour les Bénéficiaires de moins de 18 (dix-huit) ans, l'accord préalable des parents.

- **Accès au site « Hospizen » – Accessible à compter du 1^{er} octobre 2018**

En cas d'hospitalisation, et en complément des moyens mis à sa disposition pour contacter Mondial Assistance, le Bénéficiaire peut accéder à Hospizen.

Le site Hospizen, www.hospizen.fr/cegema, lui permet, préalablement à une hospitalisation, de consulter en ligne des informations relatives à la préparation pratique de son hospitalisation et de son retour au Domicile. De plus le Bénéficiaire peut également via ce site présélectionner, préalablement ou postérieurement à son Hospitalisation, les prestations d'assistance dont il souhaite bénéficier à son retour au Domicile.

Mondial Assistance contactera le Bénéficiaire pour finaliser l'organisation des prestations d'assistance dont les conditions et limites de mise en oeuvre sont prévues à l'Article 5.

- **« Silvercoach » - Accessible à compter du 1^{er} octobre 2018**

En cas de perte d'autonomie du Bénéficiaire ou d'un Proche, le Bénéficiaire peut accéder au site web Mon SilverCoach.

Le site, www.cegema.monsilvercoach.fr, lui permet

- o d'accéder à des modules de prévention, d'informations sociales, d'informations sur nos services d'assistance ;
- o d'être rappelé par des infirmiers, des chargés médicaux sociaux ou travailleurs sociaux pour obtenir des précisions sur les informations à disposition sur le site, sur les horaires d'ouverture des services (lundi au samedi hors jours fériés de 8h à 20h (fuseau horaire France Metropolitaine).

Mondial Assistance met à disposition un accès par adhésion au contrat Vitaneor 2. Cet accès est désactivé à la résiliation de l'adhésion.

6. RESPONSABILITE

Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du Ministère de l'Économie et des Finances : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Une information pour chaque pays est également disponible dans la rubrique « Conseil aux voyageurs » du site internet du Ministère des Affaires étrangères et du Développement international <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays/>

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en oeuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance concerne uniquement les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. Elle ne sera pas tenue responsable des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité. Elle ne sera pas tenue

responsable de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

7. EXCLUSIONS GENERALES

7.1 EXCLUSION GENERALES

Outre les exclusions prévues à la Convention, ainsi que celles figurant éventuellement dans les définitions contractuelles, sont toujours exclus :

- les frais engagés sans l'accord préalable de Mondial Assistance ;

- le suicide ou la tentative de suicide du Bénéficiaire ;

- les frais non justifiés par des documents originaux ;

- les conséquences :

- o des situations à risques infectieux en contexte épidémique,

- o de l'exposition à des agents biologiques infectants,

- o de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,

- o de l'exposition à des agents incapacitants,

- o de l'exposition à des agents radioactifs,

- o de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,

qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales ;

- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense ;

- les conséquences de :

- o la guerre civile ou étrangère, des émeutes, des mouvements populaires, des grèves, des prises d'otage, de la manipulation d'armes ;

- o la consommation d'alcool par un Bénéficiaire et/ou l'absorption par un Bénéficiaire de médicaments et de toute substance stupéfiante mentionnée au Code de la santé publique, non prescrits médicalement ;

- o la participation à tout sport exercé à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires ;

- les événements survenus lors de la participation du Bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires.

7.2 EXCLUSIONS SPECIFIQUES A L'ASSISTANCE AUX PERSONNES

Outres les Exclusions Générales figurant au 7.1, sont exclus :

- les conséquences :

- o de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,

- o de maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,

- o des affections de longue durée, de maladies chroniques

ou de l'invalidité, antérieurement avérées/constituées, o des interventions chirurgicales de confort ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, de jour ou ambulatoire, dans les six (6) mois précédant la demande d'assistance ;

- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique) ;

- les conséquences de tout incident du transport aérien réservé par le Bénéficiaire, opéré par une compagnie figurant sur la liste noire établie par la Commission européenne, quelle que soient sa provenance et sa destination ;

- les affections survenant au cours d'un voyage entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement ;

- les suites éventuelles (contrôle, compléments de traitement, récidives) d'une affection ayant donné lieu à un rapatriement dans les six (6) mois précédant la demande d'assistance ;

- l'organisation et la prise en charge d'un transport visées à l'article «Rapatriement ou transport sanitaire » pour des affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas le Bénéficiaire de poursuivre son voyage ;

- la participation du Bénéficiaire à tout sport exercé en compétition officielle ou à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération, ainsi que les entraînements préparatoires;

- l'inobservation par le Bénéficiaire d'interdictions officielles, ainsi que le non-respect par le Bénéficiaire des règles officielles de sécurité, liées à la pratique d'une activité sportive ;

- les conséquences d'un Accident corporel survenu lors de la pratique par le Bénéficiaire de l'un des sports ou loisirs suivants, qu'il soit pratiqué à titre individuel ou dans le cadre d'une activité encadrée par une fédération sportive : le kite-surf, le skeleton, le bobsleigh, le saut à ski, toute glisse hors-piste, l'alpinisme à plus de 3 000 m, la varappe, la spéléologie, le delta-plane, planeur, parapente, toute activité de parachutisme ainsi que tout sport effectué avec ou à partir d'aéronefs ultralégers motorisés au sens du Code de l'aviation civile ;

- les conséquences d'un Accident corporel survenu lors de la pratique par le Bénéficiaire du saut à l'élastique et de la plongée sous-marine avec appareil autonome lorsque l'activité n'est pas encadrée par un professionnel habilité;

8. MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante :

reclamation@votreassistance.fr

(ou envoyer un courrier à l'adresse : AWP FRANCE SAS, Service

Réclamations, TSA 70002 – 93488 Saint Ouen Cedex.)

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les dix (10) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les deux (2) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont l'assureur le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, après la réponse de l'assureur ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance

<http://www.mediation-assurance.org>

LMA
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFA ont mis en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par la Charte de la Médiation de l'Assurance.

9. COMPETENCE JURIDICTIONNELLE

Mondial Assistance fait élection de domicile en son siège social : 7 rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen.

Les contestations qui pourraient être élevées contre Mondial Assistance à l'occasion de la mise en œuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

10. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

• Article L114-1 du Code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance **sont prescrites par deux 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, notwithstanding 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 du Code des assurances

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut,

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

• Article L114-3 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. »

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code Civil, parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice même en référé, l'acte d'exécution forcée.

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription, se reporter aux articles du Code civil précités.

11. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et le Règlement UE 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.

AWP P&C et AWP France SAS sont les responsables du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données le Bénéficiaire peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant :

informations-personnelles@votreassistance.fr.

Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente a été remise au Bénéficiaire lors de la souscription du contrat.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

12. AUTORITÉ DE CONTROLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09 - www.acpr.banque-france.fr

13. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la convention est le français.

CONVENTION TÉLÉCONSULTATION

N° 922 425

SOMMAIRE

1. VALIDITE DE LA CONVENTION	39
2. DEFINITIONS CONTRACTUELLES	39
3. PRESTATIONS	39
4. RESPONSABILITE	40
5. MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS	40
6. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	41
7. AUTORITE DE CONTROLE	41
8. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE	41

CONVENTION TÉLÉCONSULTATION

N° 922 425

Besoin d'assistance ?

- > **Contactez-nous (24/24)**
au 01 40 25 52 35
ou sur le site
www.mondial-assistance-teleconsultation.fr
- > **Veillez nous indiquer :**
 - Le nom et le numéro du contrat souscrit
 - Les nom et prénom du Bénéficiaire
 - L'adresse exacte du Bénéficiaire
 - Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

Les prestations de la présente convention d'assistance souscrite par CEGEMA auprès de :

FRAGONARD ASSURANCES

SA au capital de 37 207 660 €
479 065 351 RCS Paris
Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris
Entreprise régie par le Code des assurances

Fragonard Assurances est un organisme de télémedecine au sens des dispositions de l'article L.6316-1 et R.6316-1 1° du Code de la santé publique, ayant conclu un contrat de télémedecine avec l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France (ARS) portant sur la fourniture d'un service de téléconsultation.

Les prestations de la présente convention sont mises en œuvre par :

AWP FRANCE SAS

SAS au capital de 7 584 076,86 €
490 381 753 RCS Bobigny
Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen
Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669
- <http://www.orias.fr/>

Ci-après désignée sous le nom commercial «**Mondial Assistance**»

1. VALIDITE DE LA CONVENTION

VALIDITE TERRITORIALE

Assistance aux personnes

Sauf mention particulière notée à l'article 3 « PRESTATIONS », les prestations sont accordées pour les événements garantis survenus en France ou au cours de déplacements privés n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs dans le monde entier, à l'exception des Pays non couverts.

DUREE DE VALIDITE

Les prestations sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat **VITANEOR 2** et de l'accord liant **CEGEMA** et **FRAGONARD ASSURANCES** pour la délivrance de cette prestation.

2. DEFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la présente Convention d'assistance numéro 922 425 (ci-

après la « Convention »), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

BENEFICIAIRE

Le terme « Bénéficiaire » se réfère :

- à la personne physique assurée par le contrat VITANEOR II,
- à son Conjoint
- et/ou à ses Enfants.

CONJOINT

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

DOMICILE

Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

ENFANTS

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous son toit.

FRANCE

France métropolitaine, où se situe le Domicile.

3. PRESTATIONS

Le service de téléconsultation est un service de télémedecine.

Si l'état de santé du Bénéficiaire le nécessite et que son médecin traitant est indisponible ou absent, le Bénéficiaire peut, sous conditions d'authentification forte et d'acceptation des Conditions Générales d'Utilisation, de la Notice d'information-consentement et de la Déclaration de confidentialité, bénéficier d'une téléconsultation en contactant Mondial Assistance.

La téléconsultation, réalisée par un médecin de Mondial Assistance inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins, s'effectue à distance, via une plateforme téléphonique ou en audioconférence ou en visioconférence, 24h/24 et 7j/7.

A l'issue de la téléconsultation, le médecin de Mondial Assistance pourra, dans le respect du parcours de soins et de la législation locale en vigueur (notamment réglementation relative au secret médical) :

- orienter le Bénéficiaire vers son médecin traitant, notamment lorsqu'un examen clinique est nécessaire pour établir le diagnostic ;
- transmettre au Bénéficiaire une prescription écrite médicamenteuse ou une prescription écrite d'examens complémentaires le cas échéant,
- proposer la livraison de médicaments au Bénéficiaire.

• Livraison en urgence au Domicile de médicaments

immédiatement nécessaires prescrits par un médecin

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

Mondial Assistance prend en charge le service de livraison de médicaments.

Si à la suite de la délivrance d'une ordonnance nécessitant l'achat de médicaments indispensables, le Bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer, Mondial Assistance recherche, achète et apporte au Domicile ces médicaments, **sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.**

Mondial Assistance ne peut être tenu pour responsable des délais imputables aux organismes de transport sollicités pour l'acheminement des médicaments.

Le Coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire. Cette prestation est accessible uniquement en France.

A l'issue de la Téléconsultation et avec l'autorisation du

Bénéficiaire, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à son médecin traitant.

Limitations

Le service de téléconsultation ne peut en aucun cas remplacer une prise en charge médicale globale et personnalisée auprès du médecin traitant et de manière générale de tout médecin désigné par le Bénéficiaire.

Les services de téléconseil santé et de téléconsultation ne peuvent se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises au secret médical, aucune donnée n'étant transmise à l'Assureur, sous réserve de données statistiques exclusives de toute identification directe ou indirecte des Bénéficiaires.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements, conseils, consultations et de manière générale dans le cadre du Service Téléconseil Santé et Téléconsultation mis en œuvre auprès de l'Assuré.

Mondial Assistance ne saurait être tenu responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques ;
- de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne leur auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation ;
- d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

Le nombre de Téléconsultations pour le Bénéficiaire est de **maximum 10 consultations par an, multiplié par deux (20 consultations par Bénéficiaire)** si le bénéficiaire justifie d'une affection longue durée.

Sont exclus du service de téléconsultation :

- les consultations pour pathologies psychiatriques
- les prescriptions de certificats médicaux
- les prescriptions de prolongation d'arrêt de travail,
- les prescriptions particulières, telles que :
 - > les médicaments soumis à prescription restreinte :
 - médicament réservé à l'usage hospitalier ;
 - médicament à prescription hospitalière ;
 - médicament à prescription initiale hospitalière ;
 - médicament à prescription réservée à certains médecins spécialistes ;
 - médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.
 - > les médicaments soumis à accord préalable. La liste exhaustive est accessible sur http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/list_APcl.pdf
 - > les médicaments d'exception : la liste des médicaments d'exception est disponible sur le site Meddispar, le site de référence des médicaments réglementés, proposé par l'Ordre national des pharmaciens.

4. RESPONSABILITE

Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations

qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du Ministère de l'Économie et des Finances : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Une information pour chaque pays est également disponible dans la rubrique « Conseil aux voyageurs » du site internet du Ministère des Affaires étrangères et du Développement international <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays/>

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance concerne uniquement les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. Elle ne sera pas tenue responsable des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité. Elle ne sera pas tenue responsable de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

5. MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante :

reclamation@votreassistance.fr

(ou envoyer un courrier à l'adresse : AWP FRANCE SAS, Service Réclamations, TSA 70002 – 93488 Saint Ouen Cedex.)

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les dix (10) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les deux (2) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont l'assureur le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, après la réponse de l'assureur ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance

<http://www.mediation-assurance.org>

LMA

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

Entreprise adhérente de la LMA propose un dispositif permettant aux

assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par la Charte de la Médiation de l'Assurance.

6. PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 et le Règlement UE 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.

Fragonard Assurances et AWP France SAS sont les responsables du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données le Bénéficiaire peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : informations-personnelles@votreassistance.fr.

Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente a été remise au Bénéficiaire lors de la souscription du contrat.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

7. AUTORITE DE CONTROLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09. www.acpr.banque-france.fr

8. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISEE

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

SOMMAIRE

LA SÉCURITÉ DE VOS DONNÉES PERSONNELLES NOUS IMPORTE	43
1. Qui est le responsable du traitement des données ?	43
2. Quelles données personnelles sont collectées ?	43
3. Comment vos données personnelles sont-elles collectées et traitées ?	43
4. Qui peut accéder à vos données personnelles ?	43
5. Où sont traitées vos données personnelles ?	44
6. Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?	44
7. Comment vous opposer au traitement de vos données personnelles ?	44
8. Combien de temps conserverons-nous vos données personnelles ?	44
9. Comment nous contacter ?	44
10. À quelle fréquence mettons-nous à jour la présente déclaration de confidentialité ?	44

LA SÉCURITÉ DE VOS DONNÉES PERSONNELLES NOUS IMPORTE

AWP France SAS, est un courtier d'assurance immatriculé à l'ORIAS, agissant au nom et pour le compte d'**AWP P&C** et de **Fragonard Assurances**, deux compagnies d'assurance agréées par l'**Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)**, proposant des produits et services d'assurance. Protéger votre vie privée est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment nous collectons les données personnelles, quel type de données nous collectons et pourquoi, avec qui nous les partageons et à qui nous les divulguons. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

1. Qui est le responsable du traitement des données ?

Le responsable du traitement des données est la personne, physique ou morale, qui contrôle et est responsable de la conservation et de l'utilisation des données personnelles, au format papier ou électronique. **AWP P&C** et de **Fragonard Assurances** et **AWP France SAS** (« Nous », « Notre ») sont les responsables du traitement des données, tels que définis par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

2. Quelles données personnelles sont collectées ?

Nous collecterons et traiterons différents types de données personnelles vous concernant, conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, nous pourrions être amenés à collecter et traiter les « données personnelles sensibles » vous concernant.

3. Comment vos données personnelles sont-elles collectées et traitées ?

Nous collecterons et traiterons les données personnelles que vous nous transmettez et celles que nous recevons de tiers (comme expliqué plus bas) pour un certain nombre de finalités et sous réserve de votre consentement exprès, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Consentement exprès ?
• Administration du contrat d'assurance (ex. : devis, souscription, traitement des réclamations)	• Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
• Gestion du recouvrement de créances	• Non
• Prévention et détection de la fraude	• Non
• Respect de toute obligation légale (obligations fiscales, comptables et administratives)	• Non
• Redistribution des risques par la réassurance et la coassurance	• Non

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, nous traiterons les données personnelles vous concernant que nous recevons de notre partenaire commercial **CEGEMA**

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre consentement exprès n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou de la gestion de votre sinistre, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales.

Vos données personnelles seront nécessaires pour tout achat de nos produits et services. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces données, nous ne serons pas en mesure de vous garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles de vous intéresser, ou encore de vous proposer des offres adaptées à vos exigences spécifiques.

4. Qui peut accéder à vos données personnelles ?

Nous nous assurons que vos données personnelles sont traitées dans le respect des finalités indiquées plus haut.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que tiers, responsables du traitement des données :

- organismes du secteur public, autres sociétés de notre groupe, autres assureurs, réassureurs.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que préposés au traitement des données, opérant sous notre responsabilité :

- autres sociétés de notre groupe, consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégués de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents)

En définitive, nous pourrions être amenés à partager vos données personnelles dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et

- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

5. Où sont traitées vos données personnelles ?

Vos données personnelles pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section 4, toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Nous ne divulguons pas vos données personnelles à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert de vos données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société de notre groupe, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend notre groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés de notre groupe. Vous pouvez prendre connaissance de ces règles internes d'entreprise et des pays concernés, en dehors de l'UE, en nous contactant comme indiqué dans la section 9. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, nous prendrons des mesures afin de garantir que le transfert de vos données personnelles hors UE sera effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Vous pouvez prendre connaissance des mesures de protection que nous mettons en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en nous contactant comme indiqué dans la section 9.

6. Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit :

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsables(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;
- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et
- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente.

Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant comme indiqué à la section 9.

7. Comment vous opposer au traitement de vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement desdites données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis dans la section 6.

8. Combien de temps conserverons-nous vos données personnelles ?

Nous conserverons vos données personnelles pour une durée de deux (2) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance ou selon les conditions spécifiques énoncées ci-après :

- En cas de sinistre – deux (2) ans à compter du règlement du sinistre.
- En cas de sinistre avec dommages corporels – dix (10) ans à compter du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations – deux (2) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat – deux (2) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Nous vous informons que les durées spécifiques peuvent s'appliquer dans le cadre des obligations fiscales et comptables, conformément à la réglementation en vigueur.

Nous ne conserverons pas vos données personnelles plus longtemps que nécessaire. Elles seront conservées uniquement pour les finalités pour lesquelles elles auront été obtenues.

9. Comment nous contacter ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS
Département Protection des Données Personnelles
7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen
E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

10. À quelle fréquence mettons-nous à jour la présente déclaration de confidentialité ?

Nous procédons régulièrement à la révision de cette déclaration de confidentialité.

SOMMAIRE

TITRE PREMIER : CLAUSES GENERALES	46
ARTICLE 1 : CRÉATION	46
ARTICLE 2 : DÉNOMINATION ET SIÈGE SOCIAL	46
ARTICLE 3 : DURÉE – EXERCICE SOCIAL	46
ARTICLE 4 : OBJET	46
ARTICLE 5 : COMPOSITION – MEMBRES	46
ARTICLE 6 : PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE	46
ARTICLE 7 : COTISATION	46
TITRE DEUXIEME ADMINISTRATION	46
ARTICLE 8 : CONSEIL D'ADMINISTRATION	46
Article 8-1 : Composition	46
Article 8-2 : Pouvoirs du Conseil d'Administration	47
Article 8-3 : Président du Conseil d'Administration – Bureau du Conseil d'Administration	47
Article 8-4 : Réunions du Conseil d'Administration	47
Article 8-5 : Défraiement et indemnisation des administrateurs	47
ARTICLE 9 : RÈGLEMENT INTÉRIEUR	47
TITRE TROISIEME : ASSEMBLEES GENERALES	47
ARTICLE 10 : ASSEMBLÉES GÉNÉRALES (ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE)	47
Article 10-1 : Assemblée Générale Ordinaire	47
Article 10-2 : Assemblée Générale Extraordinaire	48
ARTICLE 11 : COMMISSAIRES AUX COMPTES	48
TITRE QUATRIEME : RESSOURCES – DEPENSES – AVOIR DE L'ASSOCIATION	49
ARTICLE 12 : RESSOURCES	49
ARTICLE 13 : DÉPENSES	49
ARTICLE 14 : AVOIR	49
TITRE CINQUIEME : DISSOLUTION	49
ARTICLE 15 : DISSOLUTION	49

TITRE PREMIER
CLAUSES GENERALES

Article 1 : Création

Entre les membres fondateurs soussignés, il est créée une Association régie par la loi du 1er juillet 1901 et par les textes qui l'ont modifiée ainsi que par les présents Statuts.

Article 2 : Dénomination et siège social

L'association prend la dénomination de : ASSOCIATION GENERALE INTERPROFESSIONNELLE de SOLIDARITE («A.G.I.S.») et sera dénommée dans le cadre des présents Statuts comme : («Association»).

Son siège social est établi : 7 rue Belgrand – 92300 Levallois Perret. Le siège social pourra être déplacé sur le territoire français sur décision du Conseil d'Administration, qui dispose à cet effet, du pouvoir de modifier les Statuts.

Le Conseil d'Administration pourra créer, s'il le juge opportun, pour la bonne gestion ou pour le développement de l'Association, des sections locales ou professionnelles.

Article 3 : Durée – Exercice social

L'Association est fondée pour une durée illimitée.

L'exercice social de l'Association commence le 1er janvier et s'achève le 31 décembre de chaque année civile.

Article 4 : Objet

L'Association a pour but, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur :

- 1°) de développer l'esprit de solidarité et d'entraide,
- 2°) de défendre les intérêts de ses membres,
- 3°) de coordonner l'action des différentes institutions avec lesquelles elle aura passé un accord à cette fin, d'assurer leur promotion et la gestion de leurs oeuvres ou services,
- 4°) de négocier et de proposer à ses membres un ou plusieurs contrats, bons, garanties ou couvertures permettant la garantie des risques de prévoyance, le financement de la retraite, l'optimisation de placements. En particulier, de proposer à ses membres l'adhésion facultative à des contrats collectifs d'assurance vie ou des bons collectifs de capitalisation,
- 5°) d'assurer la gestion desdits contrats, bons, garanties ou couvertures proposés à ses membres ou d'autres contrats d'assurance, bons ou couvertures,
- 6°) d'apporter à tous ses membres l'aide matérielle et morale dont ils peuvent avoir besoin en toutes circonstances, en particulier les informer sur les possibilités qui leur sont offertes dans les domaines de la prévoyance, de la retraite, des placements et en matière d'assurance vie et de capitalisation,
- 7°) plus largement tout acte entrant dans le cadre de cet objet social ou permettant sa réalisation.

Article 5 : Composition – Membres

L'Association se compose des personnes physiques adhérant à un contrat d'assurance ou de capitalisation, garantie, bon ou couverture souscrit par l'Association. L'adhésion à l'Association et à ses Statuts résulte automatiquement de l'adhésion à tout contrat, garantie, bon ou couverture souscrit par l'Association auprès d'un organisme habilité.

Article 6 : Perte de la qualité de membre

La qualité de membre se perd :

- automatiquement, à compter de la date à laquelle le membre cesse

d'être partie à un contrat, bon, garantie ou couverture souscrit par l'Association, quelle qu'en soit la raison, y compris en cas de décès. Dans ce dernier cas, les droits et obligations pris antérieurement par le membre décédé pourront, le cas échéant, perdurer auprès de ses ayants droits en fonction de la nature des engagements,

- à compter de l'exclusion d'un adhérent, notamment pour défaut de paiement des primes relatives à son adhésion dans les conditions de l'article L. 141-3 du Code des assurances ou pour atteinte grave aux intérêts de l'Association. Dans ce dernier cas, le membre concerné sera invité à fournir des explications ou produire tout élément matériel préalablement à la réunion au cours de laquelle sera décidée l'exclusion. Le membre pourra être assisté lors de cette réunion par un autre membre de l'Association. La décision d'exclusion sera, le cas échéant, notifiée à l'intéressé par lettre recommandée avec AR.

Article 7 : Cotisation

Il est institué une cotisation à la charge des membres de l'Association. Le montant et les modalités de règlement de cette cotisation sont fixés par le Conseil d'Administration.

TITRE DEUXIEME
ADMINISTRATION

Article 8 : Conseil d'administration

Article 8-1 : Composition

L'Association est administrée par un Conseil d'Administration composé de 12 administrateurs maximum élus par l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration doit être composé, pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt, ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des conventions d'assurance souscrites par l'Association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes.

Tout Administrateur venant en cours de mandat à détenir un mandat ou à recevoir une rétribution quelconque de la part de l'un des organismes d'assurance signataire d'une convention d'assurance avec l'Association, s'engage à en informer immédiatement le Président par lettre recommandée avec accusé de réception.

Pour le cas où cette déclaration venait à faire passer le taux d'administrateurs dits indépendants à moins de 51%, l'Administrateur en question perdrait automatiquement sa qualité d'Administrateur et il serait procédé à son remplacement au cours de la plus prochaine Assemblée Générale.

Les administrateurs sont élus pour une durée de six ans, et renouvelés par 1/3 tous les 2 ans. L'ordre de sortie est déterminé d'après l'ancienneté des nominations. Les administrateurs sortants sont rééligibles.

Les candidatures doivent être adressées au Président du Conseil d'Administration au plus tard 15 jours avant la date de l'Assemblée. Le Conseil d'Administration arrête les propositions de candidature soumises à l'Assemblée Générale Ordinaire, sans pouvoir n'en écarter aucune.

Tout administrateur peut être révoqué *ad nutum* sur proposition de trois administrateurs au moins, lesquels doivent alors solliciter du Président ou du Conseil d'Administration la convocation, dans

un délai raisonnable, d'une Assemblée Générale Ordinaire de l'Association qui statuera sur cette révocation et élira un nouvel administrateur en lieu et place de l'administrateur révoqué.

Le Conseil d'Administration procède à l'élection de son Président et à sa révocation *ad nutum*, ce dernier ne prenant pas part au vote.

Article 8-2 : Pouvoirs du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour prendre toutes décisions se rapportant à l'objet de l'Association, à son fonctionnement et à ses réalisations à la condition que celles-ci ne soient pas réservées à l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration est notamment habilité à décider la souscription d'un contrat, bon, garantie ou couverture offert à l'adhésion des membres de l'Association.

Sur délégation de l'Assemblée Générale, conformément aux dispositions de l'article 10-1, le Conseil d'Administration peut également décider la signature d'un avenant.

Le Conseil d'Administration autorise tous achats, aliénations, contrats ou locations nécessaires au fonctionnement de l'Association et à l'atteinte de ses objectifs. D'une manière générale, le Conseil peut déléguer une partie de ses pouvoirs à un administrateur, un membre du Bureau ou un tiers. Cette délégation sera limitée dans son champ et dans sa durée. Le Conseil d'Administration surveille la gestion courante opérée par les membres du Bureau et dispose de la faculté de se faire rendre des comptes des actes et décisions prises.

En cas de besoin, le Conseil d'Administration ou le Président peut s'assurer les services d'un conseiller technique ou expert nommé parmi les administrateurs ou non.

Le Conseil d'Administration peut convoquer les Assemblées Générales en cas de carence du Président. Le Conseil d'Administration sera convoqué à la diligence du Vice-président ou à défaut par un autre membre du Bureau.

Article 8-3 : Président du Conseil d'Administration – Bureau du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration choisit un Bureau comprenant :

- un Président,
- un Vice-président,
- un Secrétaire,
- un Trésorier.

Les membres du Bureau du Conseil d'Administration sont nommés pour deux ans. Ils sont rééligibles. Sous la responsabilité du Conseil d'Administration, le Bureau du Conseil d'Administration assure l'expédition des affaires courantes ou urgentes.

Le Bureau du Conseil d'Administration peut se faire assister de toutes personnes qu'il jugera utile, membres de l'Association ou non.

Le Président représente l'Association dans tous les actes de la vie civile et en justice, et est investi de tous pouvoirs à cet effet. Il a également pour rôle d'assurer la gestion courante de l'Association en liaison avec le Bureau du Conseil d'Administration. Il a qualité pour ester en justice, peut former tous appels et pourvois et transiger sans autorisation.

Il ne peut en revanche procéder à tous achats, aliénations, contrats ou locations nécessaires au fonctionnement de l'Association et à l'atteinte de ses objectifs sans autorisation du Conseil d'Administration.

Le Président convoque les Assemblées Générales et le Conseil d'Administration.

Il rend compte de sa gestion et de celle du Bureau du Conseil d'Administration à l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle de l'Association.

Il peut déléguer pour des questions et un temps limité une partie

de ses pouvoirs à un membre du Conseil d'Administration, à un membre du Bureau du Conseil d'Administration, soit à un tiers.

Le Président, au nom du Conseil d'Administration, est chargé de remplir toutes les formalités de déclaration et de publication prescrites par la législation et la réglementation en vigueur.

Article 8-4 : Réunions du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se réunit au moins une fois par an et toutes les fois qu'il est convoqué par le Président à son initiative ou à celle de la moitié des administrateurs au moins.

Il délibère valablement à la majorité simple, quel que soit le nombre d'administrateurs présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Article 8-5 : Défraiement et indemnisation des administrateurs

Les frais entraînés par l'exercice de leurs fonctions sont remboursés aux administrateurs. Ils peuvent également recevoir des indemnités ou rétributions fixées chaque année par l'assemblée générale.

Article 9 : Règlement intérieur

S'il le juge nécessaire, le Conseil d'Administration pourra adopter un Règlement Intérieur qui précise les modalités d'application des présents Statuts. Le Conseil d'Administration peut modifier le Règlement Intérieur à tout moment. Ce Règlement Intérieur, ainsi que ses modifications éventuelles, devra être soumis à la ratification de la prochaine Assemblée Générale Ordinaire de l'Association.

Le Président, au nom du Conseil d'Administration, est chargé de remplir toutes les formalités de déclaration et de publication du Règlement Intérieur prescrites par la législation et la réglementation en vigueur.

TITRE TROISIEME ASSEMBLEES GENERALES

Article 10 : Assemblées Générales (Ordinaire et Extraordinaire)

Article 10-1 : Assemblée Générale Ordinaire

L'Assemblée Générale Ordinaire comprend tous les membres de l'Association présents ou représentés.

L'Assemblée Générale Ordinaire est seule compétente pour :

- nommer, renouveler et révoquer les membres du Conseil d'Administration (le ou les administrateurs concernés s'abstenant),
- contrôler la gestion du Président ou du Conseil d'Administration et par délégation celle du Bureau du Conseil d'Administration et leur en donner quitus,
- statuer au moins une fois par an sur les comptes de l'Association et voter le budget de l'exercice suivant de l'Association,
- autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe au sens de l'article L. 141-1 du Code des assurances souscrits par l'Association. L'Assemblée Générale peut toutefois déléguer au Conseil d'administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit. Le Conseil d'Administration exerce alors ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, en fait rapport à la plus proche Assemblée. En application de l'article L 141-7 du Code des assurances, l'Assemblée Générale a seule qualité pour autoriser la modification des dispositions essentielles des contrats d'assurance de groupe sur la vie ou de capitalisation souscrits par l'association.

- ratifier les avenants signés par le Conseil d'Administration sur délégation de l'Assemblée
- et généralement pour délibérer sur les questions mises à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale Ordinaire se réunit au moins une fois par an, dans les six mois de la clôture de l'exercice précédent.

Les membres sont informés de la tenue de l'Assemblée Générale Ordinaire :

- uniquement les membres de l'Association titulaires d'une adhésion à un contrat d'assurance de groupe sur la vie ou de capitalisation : sur convocation individuelle écrite adressée par lettre simple ou par courrier électronique,
- pour les autres membres de l'Association : au moyen d'une insertion dans un journal d'annonces légales du ressort du siège social ou par tout autre moyen décidé par le Conseil d'administration.

La convocation est effectuée, par le recours à un (des) moyen(s) susvisé(s), à l'initiative du Président ou du Conseil d'Administration trente (30) jours au moins avant la date de la tenue de l'Assemblée.

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale Ordinaire est arrêté par l'auteur de la convocation.

Tout projet de résolution communiqué au Conseil d'Administration soixante (60) jours au moins avant la date de l'Assemblée Générale Ordinaire par le dixième des membres titulaires de droit de vote au moins, ou si ce nombre excède cent, par au moins cent (100) membres titulaires de droit de vote, sera soumis au vote de l'Assemblée Générale. Tout projet de résolution présenté par la moitié au moins des administrateurs et déposé auprès du Conseil au moins soixante (60) jours avant la réunion sera également soumis à l'Assemblée Générale Ordinaire.

La convocation mentionne l'ordre du jour, les projets de résolution, le lieu et l'heure de l'Assemblée Générale Ordinaire.

L'Assemblée Générale Ordinaire entend les rapports sur la gestion du Président ou du Conseil d'Administration et par délégation celle du Bureau du Conseil d'Administration, sur la situation financière et morale de l'Association.

L'Assemblée Générale Ordinaire délibère à la majorité simple des membres titulaires de droit de vote, présents ou représentés, à raison d'une voix par membre, quel que soit le nombre d'adhésions à un(des) contrat(s) de groupe sur la vie ou de capitalisation du même membre.

Cependant, concernant les délibérations relatives aux contrats d'assurance, ont voix délibérative, uniquement les membres de l'Association titulaires d'une adhésion à un contrat d'assurance de groupe sur la vie ou de capitalisation, tels que visés par l'article L 141-7 du Code des assurances. Les autres membres n'ont voix délibérative que pour les délibérations relatives à la modification des contrats auxquels ils ont adhéré.

Chaque membre peut se faire représenter par son conjoint ou un membre de l'Association, ce dernier disposant à son tour de la capacité de remettre le pouvoir confié à son conjoint ou à un autre membre, étant précisé qu'il n'est pas possible d'être porteur de plus d'un pouvoir. Le pouvoir donné vaut pour une seule Assemblée Générale, ou deux si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint. Le cas échéant, le pouvoir vaut pour une Assemblée Générale Mixte (Assemblées Ordinaire et Extraordinaire tenues le même jour) ou deux, si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint. Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au Président et donnent lieu à un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

L'Assemblée Générale Ordinaire ne peut valablement délibérer que si mille membres titulaires du droit de vote ou un trentième desdits membres au moins sont présents, représentés ou ont

fait usage de la faculté de vote par correspondance. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres titulaires du droit de vote présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance.

La convocation de l'Assemblée Générale peut mentionner qu'en l'absence de quorum sur première convocation, une seconde Assemblée est convoquée à une autre date que ladite convocation précise, et qui est postérieure d'au moins 15 jours à la date fixée pour la première Assemblée. La convocation précise que dans ce cas, une information serait communiquée, après la première Assemblée, sur un site internet indiqué dans la convocation ainsi que dans un Journal d'Annonces Légales du département du siège de l'association AGIS.

La Présidence de l'Assemblée Générale Ordinaire est assurée par le Président du Conseil d'Administration ou, à défaut, par un administrateur désigné par le Conseil d'Administration.

Toutes les délibérations de l'Assemblée Générale Ordinaire sont prises à la main levée. Le scrutin secret est de droit s'il est demandé par le Président ou le Conseil d'Administration. Sur demande du Conseil d'Administration, le vote pourra être recueilli au moyen de procédés de communication à distance. Dans ce cas, tous les votes (à distance et à main levée) sont comptabilisés ensemble.

Les délibérations de l'Assemblées font l'objet d'un procès-verbal rédigé sur un registre spécial signé par le Président, le scrutateur et le secrétaire, puis sont transcrites sur un registre spécial signé par le Président et par un administrateur. Une copie du procès-verbal de l'Assemblée peut être consultée au siège de l'Association au plus tôt quinze (15) jours après la tenue de l'Assemblée.

Article 10-2 : Assemblée Générale Extraordinaire

L'Assemblée Générale Extraordinaire comprend tous les membres de l'Association.

Elle est convoquée dans les mêmes conditions de forme et de délais que l'Assemblée Générale Ordinaire à l'initiative du Président du Conseil d'Administration, ou sur proposition du Conseil d'Administration ou de 9% des membres titulaires de droit de vote au moins.

L'Assemblée Générale Extraordinaire a seule compétence pour décider :

- de modifier les statuts de l'Association sous réserve des clauses particulières concernant le transfert du siège,
- de fusionner l'Association avec une autre association ayant le même objet,
- de dissoudre l'Association.

Les délibérations proposées par des membres dans les conditions visées ci-dessus concernant les Assemblées Générales Ordinaires devront également être soumises au vote de l'Assemblée Générale Extraordinaire.

L'Assemblée Générale Extraordinaire statue à la majorité simple des membres titulaires de droit de vote présents ou représentés pour toutes les décisions de modification des Statuts et à la majorité des deux tiers des membres titulaires de droit de vote présents ou représentés pour toutes les autres décisions.

Sauf clause contraire, le déroulement de l'Assemblée Générale Extraordinaire obéira aux règles prévues pour les Assemblées Générales Ordinaires, en particulier en ce qui concerne les règles de quorum et de présidence.

ARTICLE 11 : COMMISSAIRES AUX COMPTES

Il est prévu la faculté pour le Conseil d'Administration de désigner un ou plusieurs commissaires aux comptes. Cette désignation est soumise à la ratification de l'Assemblée Générale.

TITRE QUATRIEME

RESSOURCES – DEPENSES – AVOIR DE L'ASSOCIATION

Article 12 : Ressources

Les ressources de l'Association comprennent :

- les cotisations de ses membres dans les conditions fixées par le Conseil d'Administration,
- les subventions publiques qui pourront lui être accordées,
- les revenus des biens qu'elle possède,
- les sommes perçues en contrepartie des prestations qu'elle fournit,
- de toutes autres ressources (subventions ou versements) autorisées par les textes législatifs et réglementaires

L'Association n'a pas de but lucratif.

Article 13 : Dépenses

Les dépenses de l'Association comprennent toutes les sommes destinées à faire face aux charges découlant de son activité et son fonctionnement. Ces dépenses sont décidées par le Conseil d'Administration ou par toute autre personne que le Conseil d'Administration aura délégué expressément à cet effet.

L'Association répond de ses engagements sur ses propres ressources, sans aucune responsabilité personnelle de ses membres.

Article 14 : Avoir

L'avoir de l'Association est employé en toutes valeurs ou tous placements autorisés par la législation en vigueur.

TITRE CINQUIEME

DISSOLUTION

Article 15 : Dissolution

La dissolution de l'Association est décidée par l'Assemblée Générale Extraordinaire. L'Assemblée désigne alors un administrateur ou un tiers pour prendre l'ensemble des décisions pour procéder à sa dissolution et en particulier liquidé les biens de l'Association.

Elle détermine les conditions de cette liquidation dans le cadre des lois et règlements en vigueur. En cas d'existence d'un actif net, ce montant sera versé à toute association ayant un objet similaire. En aucun cas, les membres de l'Association ne peuvent se voir attribuer une part quelconque des actifs de l'Association.

Conformément à l'article L. 140-6 du Code des assurances, en cas de liquidation ou de dissolution de l'Association, les adhésions en cours au jour de la dissolution ou de la liquidation, se poursuivront de plein droit entre les organismes assureurs et les personnes antérieurement adhérentes au contrat.

DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE PRODUIT D'ASSURANCE (FICHE IPID) VITANEOR 2

SOMMAIRE

DE QUEL TYPE D'ASSURANCE S'AGIT-IL ?	51
QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?	51
QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?	51
Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?	51
OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?	52
QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?	52
QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?	52
QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?	52
COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?	52

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : SwissLife Prévoyance et Santé – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances – 322 215 021 RCS Nanterre

Produit : VitaneoR 2

Le contrat VitaneoR 2 a été développé et négocié par CEGEMA qui le distribue à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires et en assure la gestion par délégation de l'Assureur.

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit VitaneoR 2 est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables. Il peut être souscrit dans le cadre de la loi Madelin pour les personnes éligibles.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

Formules F1 à F6

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Hospitalisation : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, frais accompagnant - télévision - Internet - téléphone, hospitalisation à domicile, transport
- ✓ Médecine : honoraires, auxiliaires médicaux, laboratoires, médecines complémentaires
- ✓ Pharmacie : pharmacie et homéopathie remboursés
- ✓ Frais optiques : lunettes (monture et verres)
- ✓ Frais dentaires : soins dentaires, inlays-onlays, orthodontie, prothèses et inlay-cores (couronnes, bridges, appareils amovibles) remboursés par le Régime Obligatoire
- ✓ Appareillage (hors dentaire) : prothèses auditives, gros et petit appareillage (prothèse capillaire, semelles orthopédiques, bas de contention)
- ✓ Prévention et cures thermale : forfait prévention (dépenses de dépistage et de prévention)

AUTRES GARANTIES PREVUES SELON FORMULE CHOISIE

Chambre particulière
Pharmacie non remboursée
Lentilles, chirurgie réfractive
Dentaire non remboursé par le régime obligatoire (implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie)
Bonus fidélité prothèses dentaires, inlays - onlays, inlay-core, implantologie remboursés par le régime obligatoire
Cures thermale remboursées par le régime obligatoire

GARANTIES OPTIONNELLES

Renfort Hospitalisation dès la formule F1 : supplément de remboursement des honoraires OPTAM et OPTAM-CO, chambre particulière et frais accompagnant / télévision / Internet et téléphone.

Option ECO dès la formule F2 (non cumulable avec renfort Hospitalisation) : réduction de 5% moyennant la suppression de la chambre particulière et de la pharmacie non remboursée.

Formule Hospi

LES GARANTIES PREVUES

Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, frais accompagnant - télévision - Internet - téléphone, hospitalisation à domicile, transport

LES SERVICES PREVUS

Réseau de soins Carte Blanche (hors formule Hospi) : qualité des équipements et tarifs négociés chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes

- ✓ Espace clients Cegema pour le suivi des remboursements

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

Parmi les nombreux services en inclusion :

- ✓ téléconsultation jusqu'à 10 consultations par an par bénéficiaire
- ✓ aide-ménagère et/ou auxiliaire de vie en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile
- ✓ rapatriement sanitaire en cas de maladie, accident ou décès à l'étranger

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Toutes formules

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'Hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD),
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ Les cures de rajeunissement, sommeil et amaigrissement ainsi que leurs suites
- ✗ Les traitements par psychanalyse
- ✗ Les frais de voyage et de séjour en thalassothérapie, en établissement médico-social, en établissement à caractère sanitaire, de vacances, en aérisme, home d'enfants ;
- ✗ Les frais de chambre particulière et de télévision lors de séjour en Centre Hospitalier Spécialisé (CHS)

Formule Hospi

- ✗ Le délai d'attente est de 1 mois. Il peut être abrogé en de reprise à la concurrence sur présentation d'un certificat de radiation si les garanties sont équivalentes et sans interruption de garanties.
- ✗ Les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour
- ✗ Les frais de diététique (hospitalisation et traitements)



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

Formule Hospi et F1 à F6

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Formule Hospi et F1 à F6

- ! Frais accompagnant, télévision, téléphone et Internet : les remboursements sont limités à 20 jours par hospitalisation.

Formules F1 à F6

- ! Frais dentaires : les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient fonction du niveau de garantie choisi. Outre les plafonds définis pour chaque type de prestations remboursées par la Sécurité sociale (soins dentaires, inlays-onlays, orthodontie, prothèses et inlay-cores) et non remboursés par la Sécurité Sociale (implantologie, prothèses, orthodontie et la parodontologie), il existe sur les niveaux de garantie les plus importants un plafond global annuel par an et par bénéficiaire soit de 800€, 1 100€ ou 1 600€ les deux premières années, portées à 1 400€, 1 600€ ou 2 100€ à compter de la 3ème année.
- ! Frais optiques : la prise en charge est limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Forfait prévention : sont remboursés les actes de prévention prévus au contrat responsable dans la limite de 50€ par an.
- ! Renfort Hospitalisation : les remboursements sont limités aux médecins ayant adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO).



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France et à l'étranger, à partir du moment où le régime français intervient.
- ✓ Dans les cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties, vous devez,

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude la proposition d'assurance fournie par l'assureur,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité Sociale (si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si l'assureur n'a pas directement réglé auprès du professionnel de santé)
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'assuré en a connaissance :
 - o Changement de situation : adresse ou fixation hors de France métropolitaine, composition familiale (naissance, mariage, décès), situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - o Changement de profession : l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat.

Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au contrat, auprès de votre centre de gestion Cegema dans les dix jours à compter de l'échéance.
- Paiement fractionné (mensuel, trimestriel ou semestriel) possible sans frais.
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en fractionnement mensuel) ou par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est définie d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion.
- En cas de contrat conclu à distance ou en cas de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat.
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A la date d'échéance principale du contrat, par lettre recommandée au moins 2 mois avant cette date,
- En cas de modification de la situation de votre entreprise ayant une influence directe sur les risques garantis,
- En cas de révision des cotisations ou de modification du contrat suite à une évolution réglementaire.
- Votre demande de résiliation doit nous être adressée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique.

SwissLife Prévoyance et Santé

Siège social : 7, rue Belgrand-92300 Levallois-Perret SA au capital social de 150 000 000 €

Entreprise régie par le Code des assurances 391 277 878 RCS Nanterre www.swisslife.fr

Cegema

Siège social : 679, avenue du Docteur Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex.

SA de gestion et de courtage au capital de 300 000 euros – RCS B 378 966 485 Antibes – www.cegema.com

