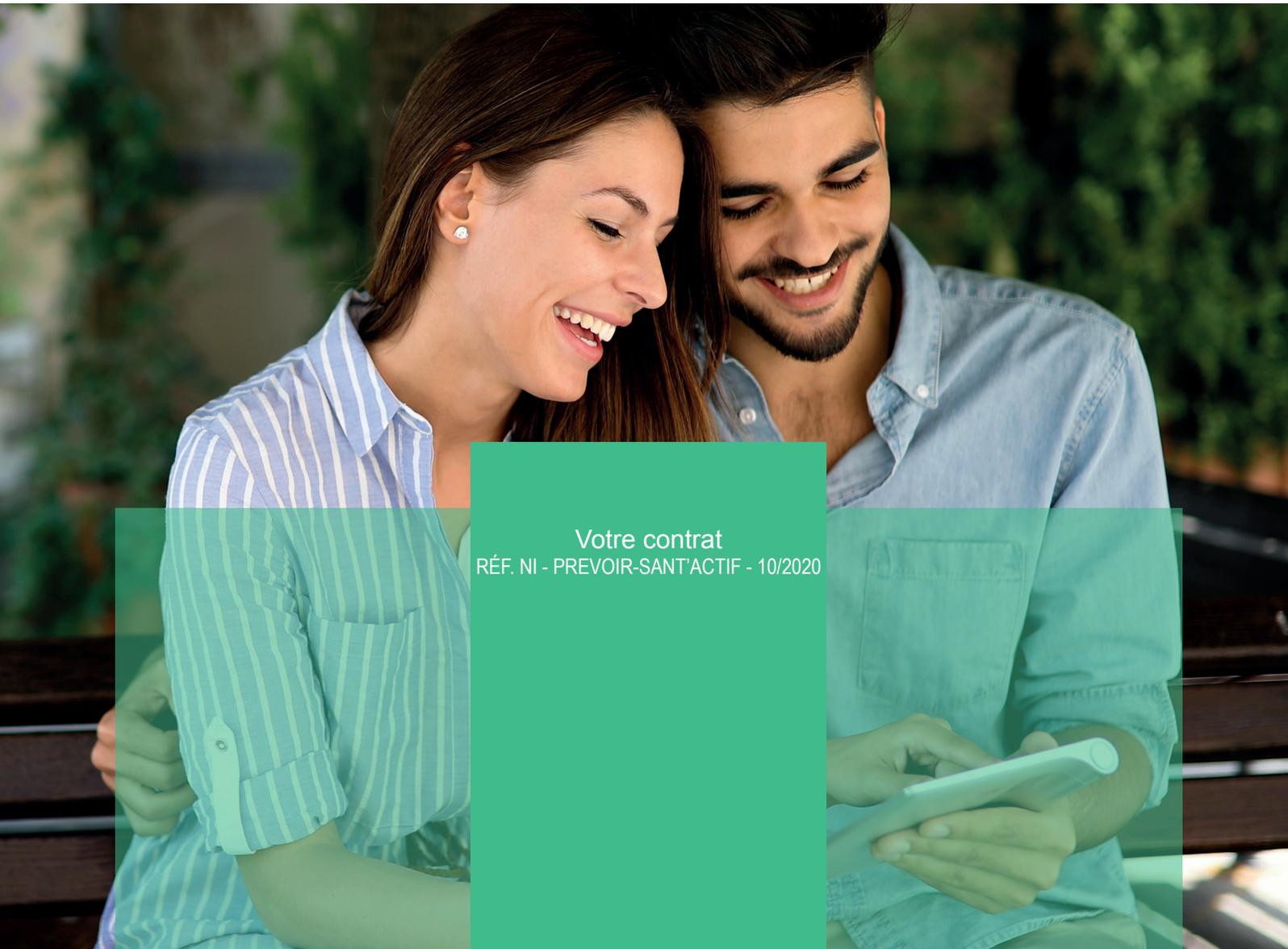




Notice d'information

COMPLEMENTAIRE SANTE ACTIF

SANT'ACTIF



Votre contrat
RÉF. NI - PREVOIR-SANT'ACTIF - 10/2020

SOMMAIRE

1. DISPOSITIONS GENERALES COMPLEMENTAIRE SANTE	p.5
1.1 Objet de la convention	p.5
1.2 Dispositions propres aux relations entre l'association et l'assureur	p.5
1.3 Conditions et modalités d'adhésion	p.5
1.3.1 Conditions d'adhésion au Contrat	p.5
1.3.2 Modalités d'adhésion au Contrat	p.5
1.3.2.1 Adhésion par écrit sur support papier	p.5
1.3.2.2 Adhésion par voie téléphonique	p.6
1.3.2.3 Adhésion par internet	p.6
1.3.3 Convention sur la preuve	p.6
2. GARANTIES	p.6
2.1 Dispositions générales	p.7
2.2 Contenu des garanties	p.7
2.2.1 Hospitalisation en secteur conventionné	p.7
2.2.2 Hospitalisation en secteur non conventionné	p.8
2.2.3 Honoraires et soins courants	p.8
2.2.3.1 Consultations, visites généralistes et spécialistes, actes de radiologie, actes techniques médicaux, actes de spécialistes, auxiliaires médicaux, analyses médicales	p.8
2.2.4 Dentaire	p.8
2.2.5 Appareillage et prothèses non dentaires	p.8
2.2.6 Cures thermales	p.8
2.2.7 Optique	p.8
2.2.8 Médecine douce	p.8
2.2.9 Pharmacie	p.8
2.3 Tableau des garanties	p.8
2.4 Délai de carence des garanties	p.12
2.5 Étendue des garanties	p.12
2.5.1 Étendue territoriale des garanties	p.12
2.5.2 Exclusions	p.12
2.6 Garantie Assistance	p.12
2.6.1 Documents à adresser	p.12
2.6.2 Modalités de remboursement	p.12
2.6.3 Subrogation	p.12
3. FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION	p.12
3.1 Date d'effet de l'adhésion	p.12
3.2 Durée de l'adhésion	p.12
3.3 Terme de l'adhésion suivant l'exclusion de l'adhérent par l'association	p.12
3.4 Modifications au cours de l'adhésion	p.13
3.4.1 Adjonction ou suppression d'un Assuré	p.13
3.4.2 Augmentation ou diminution du niveau de garantie	p.13
3.4.3 Changement de situation en cours d'adhésion	p.13
3.5 Suspension de l'adhésion	p.13
3.6 Résiliation de l'adhésion	p.13
3.6.1 Résiliation par l'Adhérent	p.13
3.6.1.1 Résiliation annuelle	p.13
3.6.1.2 Modification de la cotisation ou révision tarifaire	p.13
3.6.2 Résiliation par l'Assureur	p.14
3.6.3 Conséquences de la résiliation	p.14



RÉF. NI - PREVOIR- SANT'ACTIF - 10/2020

4. COTISATION	p.14
4.1 Montant de la cotisation	p.14
4.2 Evolution de la cotisation	p.14
4.3 Révision tarifaire	p.14
4.4 Paiement de la cotisation	p.14
4.5 Non-paiement de la cotisation	p.14
5. RÉTICENCE, FAUSSE DÉCLARATION, OMISSION OU DÉCLARATION INEXACTE	p.15
6. CONTRÔLE MÉDICAL - EXPERTISE AMIABLE	p.15
7. DISPOSITIONS DIVERSES	p.15
7.1 Faculté de renonciation	p.15
7.2 Prescription	p.15
7.3 Traitement et protection des données personnelles	p.16
7.4 Réclamation/médiation	p.17
7.5 Information de l'adhérent	p.17
7.6 Loi applicable et tribunaux compétents	p.17
7.7 Autorité de contrôle	p.17
8. LEXIQUE	p.18

1. DISPOSITIONS GENERALES COMPLEMENTAIRE SANTE

Les termes commençant par une majuscule correspondent à la définition qui leur est donnée à l'Article 8 « Lexique » de la présente Notice d'information.

1.1 Objet de la convention

La Complémentaire Santé SANT'ACTIF (ci-après le « Contrat ») est un contrat d'assurance collective à adhésion facultative souscrit par l'Association Lafayette Patrimoine & Épargne (A.L.P.E), ci-après l'« Association », au profit de ses membres auprès de Prevoir-Vie Groupe prevoir société anonyme au capital de 81 000 000 euros. Siège Social au 19 rue d'Aumale 75009 Paris. Inscrite au RCS de Paris, N° 343 286 183. entreprise régie par le Code des assurances.

La distribution et la gestion de votre adhésion est effectuée par le Gestionnaire.

Les garanties et services d'assistance sont assurés et gérés par l'Assureur. Les prestations d'assistance accordées aux bénéficiaires sont présentées dans la Convention d'assistance annexée à la présente Notice d'information.

Le Contrat est réservé aux membres de l'Association et est soumis au Code des assurances.

Le Contrat a pour objet d'accorder à l'Assuré le remboursement d'une partie ou de la totalité de ses dépenses de soins ou d'hospitalisation en complément des remboursements effectués par le Régime obligatoire français d'assurance maladie et maternité, conformément et dans les limites des garanties stipulées à l'article 2 de la présente Notice d'information, et en fonction des garanties effectivement souscrites par l'Adhérent lors de son adhésion au Contrat.

Le Contrat propose différents niveaux de garanties (1 à 5) tels qu'indiqués au tableau figurant à l'article 2.3 de la présente Notice d'information.

Les prestations versées par l'Assureur dépendent du niveau de garanties choisi par l'Adhérent lors de l'adhésion au Contrat et précisé au Certificat d'adhésion.

Seuls les dépenses et frais de santé correspondant à une hospitalisation ou à des soins reçus postérieurement à la Date d'effet du Contrat, quelle que soit la date d'apparition de la maladie, sont couverts au titre du Contrat.

1.2 Dispositions propres aux relations entre l'Association et l'Assureur

Le Contrat a pris effet entre l'Assureur et l'Association le 01 avril 2019 pour une durée initiale s'achevant le 31 décembre 2019. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation par l'Assureur et/ou l'Association notifiés par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, trois mois au moins avant la date de renouvellement.

L'Association ne participe en aucun cas à la gestion du Contrat. Elle s'informe régulièrement pour le compte des Adhérents de son bon fonctionnement. Les droits et obligations des Adhérents peuvent être modifiés par des avenants au Contrat.

Une modification du Contrat peut être demandée indifféremment par l'Association ou par l'Assureur.

Les Adhérents sont informés par écrit du contenu des modifications et, le cas échéant, de la dénonciation du Contrat

trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

La dénonciation du Contrat est sans effet sur les adhésions en cours ainsi que sur les droits aux prestations acquis avant la prise d'effet de la dénonciation.

D'un commun accord entre l'Assureur et l'Association, il est convenu que cette dernière donne mandat au Gestionnaire pour accomplir l'ensemble des formalités de gestion.

L'Assureur et l'Association peuvent convenir de changer le Gestionnaire.

Les statuts de l'Association ainsi que la liste des membres de son conseil d'administration sont remis à l'Adhérent lors de la souscription et disponibles sur simple demande adressée à l'Association.

1.3 Conditions et modalités d'adhésion

1.3.1 Conditions d'adhésion au Contrat

L'adhésion au Contrat est réservée aux membres de l'Association qui remplissent les conditions suivantes :

- résider en France Métropolitaine ou dans un DROM (La Réunion, Martinique, Guyane, Guadeloupe)
- être âgés de 20 à 95 ans inclus au moment de l'adhésion,
- relever d'un Régime obligatoire d'assurance maladie français.

Sont également assurés au titre du Contrat, le Conjoint de l'Adhérent et/ou les Enfants qui relèvent ou bénéficient d'un régime d'assurance maladie obligatoire français. Le niveau de garantie choisi est identique pour tous les Assurés. L'acceptation par l'Assureur des garanties souscrites par l'Adhérent est matérialisée par l'émission du Certificat d'adhésion.

1.3.2 Modalités d'adhésion au Contrat

Quel que soit le mode d'adhésion au Contrat, l'Adhérent doit **remplir, dater et signer** une demande d'adhésion comportant :

- Les garanties choisies,
- Des indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer.

Un complément d'information peut être demandé lors de l'étude du dossier.

L'ensemble des réponses aux questions de la demande d'adhésion est obligatoire. Le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen du dossier.

L'acceptation de l'adhésion est conditionnée par les informations et les réponses aux différentes questions.

L'Adhérent s'engage à déclarer à l'Assureur toute modification relative à la situation des Assurés entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date d'émission du Certificat d'adhésion.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'Adhérent s'expose à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

L'adhésion au Contrat s'effectue selon l'une des modalités proposées et mises à disposition par le Gestionnaire.

1.3.2.1 Adhésion par écrit sur support papier

La demande d'adhésion complétée et signée doit être adressée au Gestionnaire, accompagnée des pièces demandées et nécessaires à l'acceptation de l'adhésion. Par la signature de la demande d'adhésion, l'Adhérent s'engage

sur l'exactitude de l'ensemble de ses déclarations, manifeste son accord sur les termes, conditions et caractéristiques de son adhésion au Contrat et reconnaît avoir pris connaissance au préalable et accepté la Notice d'information.

Après acceptation de l'Assureur, l'Adhérent reçoit par voie postale ou par voie électronique son dossier d'adhésion comportant le Certificat d'adhésion.

1.3.2.2 Adhésion par voie téléphonique

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements que l'Adhérent fournit lors de l'entretien téléphonique, en réponse à la demande d'adhésion qui vise à recueillir les éléments permettant son identification, celle des Assurés et l'évaluation du risque à assurer. Après accord de la part de l'Adhérent sur les termes, conditions et caractéristiques de son adhésion au Contrat et après acceptation de l'Assureur, l'Adhérent reçoit par voie postale ou électronique son dossier d'adhésion comportant le Certificat d'adhésion. L'Adhérent dispose également de la possibilité d'imprimer l'intégralité des documents sur le Site Internet www.self-assurance.fr, via son espace client.

1.3.2.3 Adhésion par internet

L'Adhérent peut adhérer au Contrat par internet sur le site www.self-assurance.fr mis en ligne par le Gestionnaire. En communiquant l'adresse électronique utilisée par l'Adhérent lors de l'adhésion, celui-ci accepte que les informations relatives à son adhésion lui soient transmises à cette adresse. En cas de changement d'adresse électronique, l'Adhérent doit en informer le Gestionnaire dans les plus brefs délais. Tout au long de la procédure d'adhésion, l'Adhérent est informé de manière claire et compréhensive des différentes étapes à suivre pour la conclusion de l'adhésion, ainsi que des caractéristiques essentielles du Contrat et des cotisations.

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements que l'Adhérent fournit en réponse à la demande d'adhésion qui vise à recueillir les éléments permettant son identification, celle des Assurés et l'évaluation du risque à assurer.

En signant électroniquement la demande d'adhésion, l'Adhérent s'engage sur l'exactitude de l'ensemble de ses déclarations, manifeste son accord sur les termes, conditions et caractéristiques de son adhésion au Contrat et reconnaît avoir pris connaissance au préalable et accepté la Notice d'information. Le processus de signature électronique, assuré par le prestataire **DocuSign**, est entièrement sécurisé et garantit l'authenticité et l'intégrité des informations communiquées par l'Adhérent. La signature électronique est un élément indispensable à la validité de l'adhésion au Contrat.

Dès l'adhésion finalisée et après acceptation de l'Assureur, le Certificat d'adhésion est émis. L'Adhérent reçoit un e-mail de confirmation à l'adresse électronique préalablement communiquée, attestant de l'enregistrement de son adhésion en ligne par le Gestionnaire. Cet e-mail contient un lien permettant à l'Adhérent d'accéder à nouveau à l'ensemble de son dossier d'adhésion. L'adhésion est réputée conclue à la d'envoi dudit mail.

Chaque document contractuel mis à la disposition de l'adhésion, via le mail de confirmation qui lui est adressé, peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format PDF destiné à être durablement conservé. Ces documents sont également archivés sur un support fiable et durable, et sont accessibles à tout moment

dans l'espace personne de l'Adhérent pendant un délai conforme aux exigences légales.

1.3.3 Convention sur la preuve

Par dérogation à l'article 1359 du Code civil, il est convenu qu'en cas d'adhésion à distance par téléphone ou par internet, les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par l'Assureur ou par le Gestionnaire du Contrat vaudront signature par l'Adhérent, lui seront opposables et pourront être admis comme preuve de son identité, de celle des Assurés et de son consentement relatif tant à l'adhésion au Contrat qu'aux dispositions générales telles que prévues dans la Notice d'information dûment acceptées par lui.

2. GARANTIES

2.1 Dispositions générales

Garanties « contrat solidaire » :

L'accès au Contrat et aux garanties proposées dans le cadre des différentes formules est acquis quel que soit l'état de santé de l'Assuré, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

Garanties « contrat responsable » :

Les garanties des différentes formules du Contrat répondent au dispositif du contrat responsable prévu par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et son décret d'application. Ainsi elles :

- prennent en charge la participation des assurés dans les conditions définies à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale,
- ne prennent pas en charge :
 - la majoration du Ticket Modérateur appliquée par le Régime Obligatoire dans certaines situations,
 - le dépassement d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins ou de refus d'accès au dossier médical,
 - la participation forfaitaire et les franchises prévues aux paragraphes II et III de l'article L 322-2 du Code de la sécurité sociale dont les montants sont fixés par décret,

L'Adhérent sera informé par l'Assureur des éventuelles modifications apportées au Contrat liées à d'éventuelles évolutions législatives ou réglementaires durant son application.

Les frais et dépenses de soin remboursés au titre du Contrat sont ceux ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre d'un régime obligatoire français sauf stipulation contraire mentionnées aux articles 2.2.1 à 2.2.9 de la Notice d'information pour les garanties concernées.

Pour chaque garantie, le montant des remboursements est fixé en fonction (i) du niveau de garanties indiquées au tableau figurant à l'article 2.3 que l'Adhérent a choisi lors de l'adhésion au Contrat et (ii) de la nature de ses frais et dépenses médicales.

Les garanties sont exprimées :

- en pourcentage du tarif en vigueur fixé par la Sécurité sociale (Base de Remboursement) ou de toute autre participation fixée par la réglementation française du régime obligatoire en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement du régime obligatoire dont relève l'Assuré ;
- ou sous la forme d'un montant forfaitaire ; ce montant forfaitaire s'applique par jour ou par Année civile, et par Assuré, et n'est pas cumulable d'une période à une autre.

Certaines garanties sont exprimées par acte. Elles sont alors signalées en tant que telles dans le tableau de garanties figurant à l'article 2.3 de la Notice d'information.

Les remboursements sont toujours effectués en complément du remboursement du Régime obligatoire et dans la limite de la garantie souscrite et de son niveau.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et sont toujours payés en France et en euros.

Conformément à l'article L. 121-4 du Code des assurances, si l'Adhérent et/ou les Assurés bénéficient de garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, l'Adhérent doit en informer le Gestionnaire immédiatement et faire connaître le nom du ou des assureurs avec lequel (ou lesquels) une autre assurance a été contractée ainsi que les garanties souscrites.

Si l'Adhérent a contracté plusieurs assurances contre un même risque de manière dolosive ou frauduleuse, il s'expose à l'annulation de son adhésion et au paiement de dommages et intérêts en application des sanctions prévues à l'article L. 121-3 du Code des assurances. Quand elles sont contractées sans fraude, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie et dans le respect des dispositions de l'article L. 121-1, quelle que soit la date à laquelle l'assurance aura été souscrite. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'assureur de son choix.

Dans les rapports entre assureurs, la contribution de chacun d'eux est déterminée en appliquant au montant du dommage le rapport existant entre l'indemnité qu'il aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque assureur s'il avait été seul.

2.2 Contenu des garanties

L'objet, les caractéristiques et les conditions particulières d'application des garanties proposées dans le cadre du Contrat figurent aux articles 2.2.1 à 2.2.9 de la Notice d'information ci-après. Il convient pour chaque garantie mentionnée dans le tableau des garanties figurant à l'article 2.2 de la présente Notice d'information de se reporter à l'article consacré à la garantie pour en connaître l'objet, les caractéristiques et les conditions particulières d'application.

Les garanties dont bénéficie l'Adhérent dépendent du niveau de garanties souscrit lors de l'adhésion au Contrat.

Pour le secteur non conventionné, le montant des prestations est limité à 90% des frais réels.

2.2.1 Hospitalisation en secteur conventionné

2.2.1.1 Séjours en médecine, chirurgie et maternité

Forfait journalier

Cette garantie prend en charge le remboursement du forfait hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale facturé par les établissements hospitaliers pour couvrir les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une Hospitalisation.

Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Frais de séjour

En cas d'Hospitalisation, cette garantie prend en charge le remboursement des frais de séjour restant à la charge de l'Assuré après le remboursement de la Sécurité sociale, l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire de 18 euros.

Honoraires médicaux et chirurgicaux

Cette garantie prend en charge le remboursement des frais médicaux relatifs à une Hospitalisation, à une intervention chirurgicale ou en cas d'Hospitalisation à domicile.

Elle est exprimée en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et doit avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Le niveau de garanties varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

Chambre Particulière

Cette garantie prend en charge les frais de chambre particulière pour les Hospitalisations en médecine, chirurgie et maternité.

Cette garantie est exprimée en euros par jour.

Sont exclus de cette garantie les frais de chambre particulière relatifs :

- à un séjour en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés,
- à un séjour en psychiatrie, gériatrie et EHPAD.

Lit d'accompagnant enfant de moins de 16 ans

Cette garantie prend en charge le remboursement des frais du lit d'accompagnant de l'Adhérent ou de son Conjoint assuré en cas d'Hospitalisation d'un Enfant assuré de moins de 16 ans.

Cette garantie est exprimée en euros par jour.

Attention : la prise en charge des frais d'accompagnant est limitée à trente (30) jours par Année d'adhésion et par Assuré pour des Hospitalisations en secteur conventionné et non conventionné.

Transport du malade

Cette garantie prend en charge le transport du malade dès lors que ces frais sont également couverts par le Régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève l'Assuré.

2.2.1.2 Séjours en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés et psychiatrie ou hospitalisation de jour

Cette garantie prend en charge les frais de séjours et Hospitalisations ci-après mentionnés, effectués au sein d'un établissement conventionné et pris en charge par la Sécurité sociale :

- les séjours en établissements ou services climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les frais de maisons de repos, de convalescence, de moyens séjours ou assimilés,
- les séjours pour motif psychiatrique.

À NOTER

L'unité de soins de suite a pour objectif de dispenser au patient des soins qui s'inscrivent dans la continuité d'une Hospitalisation médicale.

Sont pris en charge le forfait journalier et les frais de séjour dans une limite de quatre-vingt-dix jours (90) jours par Année d'adhésion et par Assuré, ainsi que la chambre particulière.

2.2.2 Hospitalisation en secteur non conventionné

Cette garantie prend en charge les frais de séjour, les honoraires médicaux suite aux Hospitalisations en médecine, chirurgie, et maternité effectués en secteur non conventionné.

2.2.3 Honoraires et soins courants

2.2.3.1 Consultations, visites généralistes et spécialistes, actes de radiologie, actes techniques médicaux, actes de spécialistes, auxiliaires médicaux, analyses médicales

Cette garantie prend en charge :

- les honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin (y compris les consultations de médecins stomatologistes) ou pour une visite effectuée par ce dernier au domicile de l'Assuré ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes),
- les honoraires pratiqués pour une consultation de psychiatrie et de neuropsychiatrie
- les frais d'actes techniques médicaux,
- les frais d'actes de radiologie, échographie et d'imagerie médicale,
- Les actes de spécialistes.
- les analyses et examens de laboratoire
- les honoraires paramédicaux
- matériel médical
- médicaments

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et doit avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Le niveau de garanties varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

2.2.4 Dentaire

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Les soins, prothèses et orthodontie acceptées par le Régime obligatoire d'assurance maladie français dont relève l'Assuré
- Les frais de prothèses ou orthodontie qui ont fait l'objet ou non d'un remboursement par la Sécurité sociale.
- Les frais d'orthodontie qui n'ont pas fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.
- Les frais d'implantologie ou de parodontologie, de prophylaxie ou endodontie qui ont fait l'objet ou non d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Les plafonds sont exprimés en euros, par Année d'adhésion et par Assuré ou en pourcentage de la Base de remboursement.

Les remboursements sont soumis à des plafonds annuels, indiqués dans le tableau de garanties figurant à l'article 2.3 de la Notice d'information, en fonction de l'ancienneté de l'adhésion.

2.2.5 Appareillage et prothèses non dentaires

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Les aides auditives et orthopédiques
- Petit et gros appareillage, accessoires, pansements
- Prothèses mammaires et capillaires remboursés par le Régime obligatoire

L'appareillage correspond à l'ensemble des produits indiqués dans la liste des produits et prestations remboursables à l'exception du Titre 2 Chapitre 2 (Optique médicale) et du Titre 2 Chapitre 3 aides auditives). La liste des produits et prestations est disponible sur le site www.ameli.fr

2.2.6 Cures thermales

Sont prises en charge au titre de cette garantie les cures thermales qui font l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale. Les garanties sont exprimées en euros et en pourcentage de la Base de remboursement, par Année d'adhésion et par Assuré.

2.2.7 Optique

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Les frais d'équipement d'optique médicale remboursés par la Sécurité sociale. La prise en charge est limitée à l'acquisition d'un équipement complet (1 monture et 2 verres) par Date d'effet des garanties et par Assuré.
- Les lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (y compris lentilles jetables).
- Les frais liés aux actes de chirurgie réfractive.
- Le matériel amblyopie

Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 ans et par Assuré. Les plafonds s'entendent par Assuré.

Pour la chirurgie réfractive, le montant indiqué dans le tableau de garanties s'entend par œil et par Année d'assurance.

2.2.8 Médecine douce

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Les frais d'ostéopathie, les actes de diététiciens, psychomotriciens, naturopathes, étioopathes, chiropracteurs, micro kinésithérapeutes, nutritionnistes
- Les frais de pharmacie et de vaccins non remboursés par la Sécurité sociale mais médicalement prescrits par le praticien.

Les montants indiqués dans le tableau de garanties s'entendent par Année civile, par Assuré et par acte, toutes spécialités confondues.

2.2.9 Pharmacie

Sont pris au titre de cette garantie :

Les frais de pharmacie remboursés ou non par le Régime obligatoire, mais médicalement prescrits par le praticien.

2.3 Tableau des garanties

Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale et/ou de tout autre organisme d'assurance complémentaire santé auprès duquel l'Adhérent pourrait être assuré et dans la limite de ses garanties.

Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant des frais réels.

Figurent ci-après les tableaux des garanties applicables à compter du 1^{er} janvier 2020.

Les niveaux de garanties exprimés en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale s'entendent et incluent les éventuels remboursements du Régime obligatoire.

	Activ'100	Activ'150	Activ'200	Activ'250	Activ'300
HOSPITALISATION MEDICALE OU CHIRURGICALE (Y COMPRIS MATERNITE)					
Frais de séjour secteur conventionné	100 %	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Frais de séjour secteur non conventionné	100 %	100 %	150 %	200 %	200 %
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes) OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	150 %	200 %	250 %	300 %
Honoraires (médecins, chirurgiens, anesthésistes) hors OPTAM ou OPTAM-CO	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Honoraires secteur non conventionné	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
Chambre particulière (à l'exclusion de l'hospitalisation de jour ou en service spécialisé)	Néant	40 € / jour	50 € / jour	70 € / jour	85 € / jour
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Hospitalisation à domicile	Néant	125 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Lit d'accompagnant : enfants de moins de 16 ans dans la limite de 30 j / an	Néant	10 € / jour	10 € / jour	15 € / jour	25 € / jour
Transport du malade accepté par le Régime Obligatoire	100 %	125 %	125 %	150 %	200 %
HOSPITALISATION DE JOUR OU SECTEUR SPECIALISE⁽¹⁾					
Frais de séjour et honoraires secteur conventionné - hospitalisation de jour ou service spécialisé	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Forfait hospitalier sans limitation de durée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Chambre particulière, dans la limite de 30 jours	Néant	Néant	Néant	30 € / jour limité 30 jours	40 € / jour limité 45 jours
DENTAIRE					
Soins et Prothèses dans le cadre du 100 % Santé* (a)					
- Actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à prise en charge renforcée)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Actes prothétiques hors cadre du 100 % Santé* (Panier libre & maîtrisé)					
Soins, Prothèses, Orthodontie acceptée par le R.O.	100 %	150 %	200 %	250 %	300 %
Soins, Prothèses, Orthodontie acceptée par le R.O. à partir de la 3 ^{ème} année	100 %	150 %	250 %	300 %	350 %
Prothèse Dentaire ou Orthodontie non remboursées par an	Néant	Néant	150 €	200 €	300 €
Implantologie ou Parodontologie ou Prophylaxie ou Endodontie	Néant	Néant	150 €	200 €	300 €
Plafond annuel de remboursement année 1	Néant	Néant	700 €	1 000 €	1 200 €
Plafond annuel de remboursement année 2 et 3	Néant	Néant	1 000 €	1 200 €	1 400 €
OPTIQUE					
Equipements 100% santé* (a) :					
Equipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100 % Santé* (classe à prise en charge renforcée) (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c) - Equipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Equipements hors 100% santé* (Classe B - Panier libre) :					
Equipement optique (composé d'une monture et de 2 verres)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Equipement complet (monture limitée à 100 € + 2 verres)					
- 1 monture +2 verres simples	100 %	125 €	150 €	200 €	250 €
- 1 monture +avec 2 verres complexes ou hypercomplexes	100 %	200 €	230 €	275 €	350 €
- 1 monture +avec au moins 1 verre complexe ou hypercomplexe	100 %	150 €	175 €	200 €	300 €
Matériel amblyopie	100 %	100 €	200 €	250 €	300 €
Forfait lentilles remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	50 €	75 €	100 €	150 €
Forfait lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire	Néant	Néant	50 €	100 €	125 €
Chirurgie optique réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire : forfait / œil et / an	Néant	125 €	150 €	200 €	250 €
HONORAIRES ET SOINS MEDICAUX COURANTS					
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes OPTAM et OPTAM-CO	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Consultations et visites des généralistes ou spécialistes Hors OPTAM et OPTAM -CO	100 %	100 %	130 %	175 %	200 %
Consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie OPTAM	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie Hors OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Actes techniques médicaux (ATM) OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	125 %	200 %	200 %
Actes techniques médicaux (ATM) Hors OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	105 %	150 %	180 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie) OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie) Hors OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	105 %	125 %	180 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Radiologie - Echographie - Imagerie médicale Hors OPTAM et OPTAM-CO	100 %	100 %	105 %	125 %	180 %
Auxiliaires médicaux- Analyses médicales	100 %	100 %	125 %	200 %	200 %
SOINS A L'ETRANGER	100 %	100 %	100 %	125 %	150 %
PHARMACIE					
Pharmacie y compris sevrage tabagique remboursée par le R.O.	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie non remboursée par le R.O.	Néant	50 €	75 €	100 €	150 €

APPAREILLAGE ET PROTHESES NON DENTAIRE					
Equipements 100 % santé* (a)					
- Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I entrant dans le cadre du panier de soins 100 % santé* (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre ans (d)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Equipements hors 100 % santé*					
Prothèses orthopédiques et aides auditives	100 %	100 % + 50 € / an	100 % + 75 € / an	100 % + 100 € / an	100 % + 150 € / an
Petit et gros appareillage, accessoires, pansements	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
Prothèses mammaires et capillaires remboursées par le Régime Obligatoire	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %
FORFAIT MATERNITE (multiplié par deux si naissance multiple)	Néant	50 €	100 €	200 €	350 €
CURES THERMALES	100 %	100 € + 125 %	100 € + 150 %	150 € + 200 %	250 € + 250 %
MEDECINE DOUCE (4)	Néant	Néant	30 € par séance limitée à 3 / an	30 € par séance limitée à 5 / an	40 € par séance limitée à 5 / an
ACTES DE PREVENTION (prévus à l'art R.871-2 du code de la Sécurité Sociale)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
ASSISTANCE	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

Lexique :

BR (Base de remboursement) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Pour les actes réalisés par des praticiens non conventionnés, la base de remboursement retenue est celle du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale.

OPTAM ou OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée : sont des conventions signées entre les médecins du secteur 2 ainsi que certains médecins du secteur 1 autorisés à facturer des dépassements d'honoraires et l'assurance maladie. Lorsqu'un médecin signe cette convention, il s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires. La liste des médecins signataires de ce dispositif est disponible sur www.ameli-direct.fr

Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

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

REGIME OBLIGATOIRE (RO) : Régime obligatoire d'assurance maladie dont relève l'assuré

Hospitalisation de jour ou Secteur spécialisé : Hospitalisation ou séjours en secteur de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, maison de repos, de diététique, de sevrage thérapeutique, soins de suite ou en secteur de psychiatrie ou neuropsychiatrie.

REFORME 100 % SANTE : Le 100% SANTE vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique et pour les aides auditives. Cette réforme est définie par décret et débutera progressivement à partir du 1er janvier 2019. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon le niveau de garanties que vous avez choisi. Il s'agit des frais de transport du malade ou de l'accidenté, qui sont remboursés par l'Assurance Maladie. Cette prise en charge n'est possible que sur prescription médicale et peut nécessiter l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie.

(4) **Médecine douce :** Diététicien, Psychomotricien, Actes de Naturopathes, ostéopathes, Etiopathes, Chiropracteurs, Micro kinésithérapeutes, Nutritionnistes.

Informations 100 % Santé*

* tels que définis réglementairement

(a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. Pour le remboursement de prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier 100% Santé* ou dans le panier à honoraires modérés, les remboursements sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.

(b) Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale.

Les remboursements intègrent la prestation d'appareillage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

(c) Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur.

Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

(d) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller.

Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

En application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements :

- à compter du 1^{er} janvier 2020, les soins prothétiques dentaires faisant l'objet d'une prise en charge renforcée relevant du « Panier 100 % santé » sont intégralement pris en charge sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie.
- Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée relevant du « Panier 100 % Santé » seront intégralement pris en charge sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des prix limites de vente fixés par la Liste des Produits et Prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.
- à compter du 1^{er} janvier 2021, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée relevant du « Panier 100 % Santé » seront intégralement pris en charge sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale et dans la limite des prix limites de vente fixés par la Liste des produits et Prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale.

2.4 Délai de carence des garanties

Les délais de carence suivants sont applicables :

- Maternité : 9 mois.

Les délais de carence sont décomptés à compter de la Date d'effet de l'adhésion.

2.5 Étendue des garanties

2.5.1 Étendue territoriale des garanties

Les garanties s'appliquent quel que soit le pays dans lequel les frais et dépenses de santé ont été exposés par l'Assuré, dans la mesure où ils ont fait l'objet d'un remboursement préalable par un Régime obligatoire français d'assurance maladie.

2.5.2 Exclusions

Sont exclus des garanties prévues au Contrat :

- les séjours en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques, en Maison d'Accueil Spéciale (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) et établissements similaires,
- les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les Hospitalisations en Longs séjours,
- les soins esthétiques, sauf ceux pris en charge par la Sécurité sociale, les cures de toutes natures effectuées à des fins esthétiques,
- les cures de toutes natures (sauf celles prises en charge dans le cadre de la garantie « Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale »), la thalassothérapie,
- la participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux,
- la diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du parcours de soins coordonnés.

2.6 Que faut-il faire pour obtenir vos remboursements ?

2.6.1 Documents à adresser

Si l'Assuré bénéficie de la télétransmission des informations entre la Sécurité sociale et le Gestionnaire, ses remboursements pourront s'effectuer automatiquement, à l'exception de l'optique, le dentaire et l'Hospitalisation ou un justificatif de paiement est requis pour procéder aux remboursements.

Dans les autres cas, ou si l'Assuré n'utilise pas le système de télétransmission lors de ses dépenses de santé, il devra adresser au Gestionnaire dans les trois (3) mois qui suivent l'indemnisation par la Sécurité sociale :

- les décomptes délivrés par le Régime obligatoire d'assurance maladie et maternité dont relève l'Assuré,
- les décomptes établis le cas échéant par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé,
- en cas d'Hospitalisation, le bulletin de situation et les notes d'honoraires.
- un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou un dépôt de plainte non suivi d'un retrait relatant les circonstances de l'évènement en cas d'Hospitalisation consécutive à un Accident ou à une agression.

Pour les actes non pris en charge par la Sécurité sociale et pour les postes dentaires, optique, Hospitalisation, appareillage, maternité, cure thermale, médecine douce, chirurgie réfractive des yeux, l'Assuré devra également

produire l'original de la facture des frais engagés.

Le Gestionnaire se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire jugée nécessaire au règlement de la prestation. Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir au Gestionnaire dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de **déchéance des garanties**.

2.6.2 Modalités de remboursement

Les prestations sont toujours remboursées en France et en euros.

2.6.3 Subrogation

L'Assureur est subrogé dans les droits et actions de l'Assuré contre tout responsable pour le remboursement des prestations prévues au Contrat.

3. FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION

3.1 Date d'effet de l'adhésion

Pour chacune des personnes à assurer, l'adhésion prend effet, après acceptation de l'Assureur et sous réserve du paiement de la première cotisation, à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion.

Cette date est fixée au plus tôt au lendemain zéro heure de la date de réception de la demande d'adhésion.

3.2 Durée de l'adhésion

Le Contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite automatiquement par tacite reconduction pour des périodes d'égale durée à chaque Date anniversaire.

Lorsqu'un Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable ou cesse de remplir les conditions pour être Assuré, toutes ses garanties prennent automatiquement fin à la date à laquelle il cesse de remplir les conditions pour être assuré au titre du Contrat.

Dès la Date d'effet de l'adhésion, l'Assureur s'engage à maintenir les garanties prévues au Contrat toute la vie durant de l'Assuré, sauf en cas de résiliation pour non-paiement de la cotisation, pour déclaration incomplète ou inexacte du risque à garantir à l'adhésion ou en cours d'adhésion, ou en cas de production de document falsifié, ou de fausse déclaration intentionnelle lors de la mise en jeu des garanties, conformément aux articles 3.6 et 4.5 de la présente Notice d'information.

3.3 Terme de l'adhésion suivant l'exclusion de l'adhérent par l'Association

L'exclusion de l'Adhérent par l'Association du bénéficiaire du Contrat entraîne de plein droit le terme de l'adhésion et met fin aux garanties à la date d'effet de l'exclusion. L'exclusion est sans effet sur le droit aux prestations acquises avant la prise d'effet de l'exclusion.

L'exclusion de l'Adhérent est signifiée par lettre recommandée au dernier domicile connu de l'Adhérent. Les délais de notification de l'exclusion partent du jour d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la Poste faisant foi.

L'Adhérent peut être exclu en cas de :

- non-paiement de la cotisation (voir article 4.5),
- rupture du lien qui l'unit à l'Association par la perte de la qualité de membre de l'Association.

3.4 Modifications au cours de l'adhésion

L'acceptation d'une modification demandée par l'Adhérent est prouvée par l'émission d'un nouveau Certificat d'adhésion ou d'un avenant. Elle entraîne la modification du montant de la cotisation.

3.4.1 Adjonction ou suppression d'un Assuré

L'adjonction d'un nouvel Assuré est soumise aux formalités prévues à l'Article 1.3. Par ailleurs, le nouvel Assuré doit être le Conjoint de l'Adhérent ou l'un des Enfants à charge de l'Adhérent et/ou de son Conjoint. Elle se fait au niveau des garanties alors en vigueur. L'adjonction d'un Assuré intervient dans le délai de 30 jours après la réception par le Gestionnaire des documents nécessaires à l'adjonction d'un nouvel Assuré, à savoir l'attestation vitale, et un extrait d'acte de naissance pour un nouveau-né.

En cas de suppression d'un Assuré du bénéficiaire du Contrat, celle-ci s'effectue sur simple demande de l'Adhérent adressée au Gestionnaire moyennant le respect d'un préavis d'un mois. La suppression d'un Assuré prend alors effet à la date de la prochaine échéance principale du Contrat.

3.4.2 Augmentation ou diminution du niveau de garantie

Après un an d'adhésion, l'Adhérent peut demander à modifier ses garanties.

En cas de modification vers des garanties inférieures, la modification prend effet à la prochaine échéance annuelle, sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date.

En cas de modification vers des garanties supérieures, la modification prend effet le premier du mois suivant la réception de la demande en ce sens. Dans ce cas, le retour à une garantie inférieure, mentionnée au paragraphe ci-dessus, ne pourra être effectif lors de l'échéance annuelle que dans la mesure où l'Adhérent justifie d'une période d'assurance de 12 mois complets dans la nouvelle formule de garantie.

En cas d'augmentation de garantie, les délais de carence sont réinitialisés.

Les modifications s'appliquent à l'ensemble des Assurés.

La limite d'âge d'accès au Contrat doit être respectée lors de la demande de changement.

3.4.3 Changement de situation en cours d'adhésion

L'Adhérent est tenu de déclarer formellement au Gestionnaire, dans un délai maximum de deux mois à compter de la connaissance par l'Adhérent de l'évènement concerné, les renseignements et informations suivantes et ce pour toute personne couverte par le Contrat :

- changement du Régime obligatoire d'assurance maladie français,
- changement de coordonnées bancaires,
- changement d'adresse (de la Résidence principale),
- nouveau lieu de Résidence hors France métropolitaine, La Réunion, Guyane, Guadeloupe ou Martinique,
- changement de catégorie socio-professionnelle :
- souscription d'un nouveau contrat à adhésion obligatoire offrant des garanties de même nature. Dans cette hypothèse, l'Assureur pourra procéder à la résiliation du Contrat, laquelle prendra effet à la date de la prochaine échéance annuelle.

Si l'absence ou le retard de déclaration cause un préjudice à l'Assureur, celui-ci pourra invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder au règlement des prestations conformément à l'article L 113-2 du code des assurances.

En cas d'aggravation du risque, liée à l'un de ces évènements et indépendante de l'état de santé de l'Assuré, l'Assureur proposera soit une augmentation de cotisation, soit la résiliation du Contrat. En cas de diminution du risque, l'Assureur proposera une diminution de la cotisation.

3.5 Suspension de l'adhésion

Suspension des garanties

Le défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation peut entraîner, dans les conditions indiquées à l'article 4.4, la suspension des garanties.

La suspension entraîne, même si la cotisation est acquittée ultérieurement, la perte du droit aux prestations prévues par le Contrat pour :

- les soins reçus et les frais engagés pendant la période de suspension,
- les Hospitalisations ayant débuté pendant la période de suspension,
- les maladies ou les Accidents survenus pendant la période de suspension, quelles qu'en soient leurs suites et conséquences.

3.6 Résiliation de l'adhésion

3.6.1 Résiliation par l'Adhérent

Elle est signifiée soit par lettre recommandée, soit par une déclaration faite contre récépissé au Gestionnaire, soit par acte d'huissier.

Les délais de notification de la résiliation partent du jour d'envoi de la lettre recommandée, le cachet de la Poste faisant foi.

3.6.1.1 Résiliation annuelle

L'Adhérent a la faculté de résilier le Contrat à l'échéance annuelle fixée au 31 décembre moyennant le respect d'un préavis de deux mois. La résiliation prend alors effet à la date de l'échéance annuelle.

A l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet, l'adhérent peut résilier par écrit son contrat à tout moment, en notifiant sa demande de résiliation auprès d'ECA-Assurances. La résiliation peut également être notifiée, par le nouvel organisme assureur ou l'un de ses représentants par une lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, auprès d'ECA-Assurances et sous réserve que ces derniers disposent d'un mandat écrit de la part de l'adhérent.

L'adhérent reçoit un avis de la part d'ECA-Assurances, indiquant la date de prise d'effet de la résiliation.

La fraction de cotisation postérieure à la date d'effet de la résiliation et qui a été payée d'avance, sera remboursée à l'adhérent après restitution de sa carte de tiers payant et dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation. À défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

En tout état de cause, la fraction de cotisation correspondant à la garantie qui s'est exercée nous reste entièrement acquise.

3.6.1.2 Modification de la cotisation ou révision tarifaire

L'Adhérent peut résilier l'adhésion dans les 30 jours qui suivent l'envoi par le Gestionnaire de la notification de la modification

de la cotisation ou de la révision tarifaire. Dans ce cas, la résiliation prend effet la veille de la date d'application prévue pour la modification de la cotisation ou la révision tarifaire. Toutefois, dans le cas où des prestations relatives à des actes dispensés après cette date auraient été versées, l'effet de la résiliation est reporté au jour du dernier acte pris en charge. A défaut de réception de cette notification de résiliation, les nouvelles conditions de garanties seront considérées comme acceptées.

3.6.2 Résiliation par l'Assureur

L'Assureur peut résilier le Contrat :

- en cas de non-paiement de la cotisation, dans les conditions indiquées à l'article 4.5,
- en cas de déclaration incomplète ou inexacte du risque à garantir, à l'adhésion ou en cours d'adhésion, en vertu de l'article L. 113-9 du Code des assurances. La résiliation pour ce motif prend effet 10 jours après l'envoi de la lettre recommandée à l'Adhérent.
- en cas de fraude ou tentative de fraude, de production de documents falsifiés ou de fausse déclaration intentionnelle lors de la mise en jeu des garanties. La résiliation pour ce motif prend effet 10 jours après l'envoi de la lettre recommandée à l'Adhérent.

La lettre de résiliation est adressée au dernier domicile connu de l'Adhérent.

De même, chaque Assuré cesse d'être garanti dès lors qu'il ne relève plus d'un Régime obligatoire d'assurance maladie français.

3.6.3 Conséquences de la résiliation

La résiliation de l'adhésion met fin aux garanties pour l'ensemble des Assurés à la date d'effet de la résiliation.

Les actes médicaux et les jours d'Hospitalisation antérieurs à la résiliation feront l'objet d'un remboursement complémentaire sauf en cas de résiliation pour déclaration incomplète ou inexacte du risque à garantir à l'adhésion ou en cours d'adhésion, et en cas de production de documents falsifiés ou de fausse déclaration intentionnelle lors de la mise en jeu des garanties.

Lorsqu'une résiliation intervient au cours d'une période d'assurance, la part de cotisation relative à la période postérieure à la résiliation est remboursée à l'Adhérent, sauf en cas de résiliation pour non-paiement de la cotisation.

L'Assuré ne reçoit pas de prestation pour :

- les soins effectués après la résiliation du Contrat y compris ceux liés à une Hospitalisation ayant débuté avant la résiliation, quand bien même ils peuvent être rattachés à une maladie ou un Accident antérieurs à la résiliation,
- les Hospitalisations qui ont débuté après la résiliation du Contrat.

4. COTISATION

4.1 Montant de la cotisation

La cotisation est déterminée en tenant compte des critères suivants :

- l'âge de l'Adhérent,
- de la composition de la famille Assurée (et notamment du nombre d'adultes et du nombre d'Enfants de moins de 28 ans ayant la qualité d'Assuré),
- le département de Résidence de l'Adhérent,
- le régime obligatoire d'assurance maladie et maternité dont

relève l'Adhérent et les Assurés.

Les taxes actuelles à la charge de l'Adhérent sont comprises dans la cotisation. Tout changement du taux de ces taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

4.2 Évolution de la cotisation

Les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel en fonction de l'âge de l'Adhérent.

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.

La cotisation peut aussi varier en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des Assurés.

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.

4.3 Révision tarifaire

À chaque renouvellement annuel de l'adhésion, la cotisation pourra évoluer pour tenir compte :

- des motifs d'ordre technique,
- du fait d'une modification des dispositions législatives et/ou réglementaires.

L'Adhérent est informé de la modification tarifaire avant son entrée en vigueur moyennant l'envoi d'un avenant ou d'un appel de cotisation.

Il peut arriver, en cas de modification due à un changement des dispositions législatives ou réglementaires du régime de la Sécurité sociale, que l'application du nouveau tarif soit immédiate. Dans ce cas, l'Adhérent en est informé par l'envoi d'une lettre indiquant le montant de la nouvelle cotisation.

En cas de révision tarifaire, l'adhésion est résiliable par l'Adhérent dans les conditions indiquées à l'article 3.6.

À l'occasion d'une révision tarifaire, les prestations forfaitaires peuvent faire l'objet d'une réévaluation. Dans ce cas l'Adhérent en est informé en même temps que du montant de la nouvelle cotisation selon les modalités décrites ci-dessus.

4.4 Paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement par prélèvement sur un compte bancaire ouvert en France au nom de l'Adhérent. Son montant est indiqué sur l'appel de cotisation.

4.5 Non-paiement de la cotisation

Lorsque la cotisation ou la fraction de cotisation n'est pas payée en totalité ou en partie dans le délai de 10 jours de sa mise en paiement, le Gestionnaire adresse à l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure de payer. Cette lettre l'informe de ce qu'à défaut de paiement, les garanties seront suspendues 30 jours après son envoi. Si la cotisation due, ainsi que les cotisations venues à échéance depuis lors, demeurent impayées dans les 10 jours de la suspension des garanties, le Contrat est alors résilié sans autre préavis.

L'article L. 113-3 du Code des assurances autorise également l'Assureur à réclamer le paiement des cotisations restant dues jusqu'à la prochaine échéance annuelle.

5. RÉTICENCE, FAUSSE DÉCLARATION, OMISSION OU DÉCLARATION INEXACTE

Toute omission ou inexactitude dans les déclarations à la souscription ou en cours de Contrat entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances.

Si l'omission ou l'inexactitude est intentionnelle, l'Assureur pourra, conformément à l'article L 113-8 du code des assurances, invoquer la nullité du Contrat et conserver les cotisations à titre de dommages et intérêts.

Si l'omission ou l'inexactitude n'est pas intentionnelle (article L 113-9 du code des assurances) :

- après un sinistre, les prestations sont réduites à proportion des cotisations payées par rapport à celles qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

- avant un sinistre, l'Assureur a la faculté soit de maintenir le Contrat en cours moyennant une augmentation de cotisation, soit de résilier le Contrat.

Toute production intentionnelle par un des Assurés de documents falsifiés ou de déclarations fausses entraîne la déchéance de tout droit à prestations.

6. CONTRÔLE MÉDICAL - EXPERTISE AMIABLE

En cas de demande de prestations, un médecin-conseil mandaté par l'Assureur ou le Gestionnaire a la possibilité de contrôler l'état de santé d'un Assuré, sauf cas de force majeure.

Si l'Assuré refuse de se soumettre au contrôle médical sans motif valable, il est déchu de tout droit aux prestations en cause. Le refus injustifié de se soumettre à un contrôle médical reporte de plein droit la mise en jeu des garanties jusqu'à l'accomplissement de cette formalité.

Si l'Assuré est en désaccord avec les conclusions du médecin-conseil ou si le médecin-conseil estime que les éléments en sa possession sont insuffisants, le Gestionnaire peut demander des pièces complémentaires ou déléguer à ses frais, un médecin expert chargé de faire constater son état de santé.

Les résultats de l'expertise sont notifiés à l'Assuré qui dispose alors d'un délai de soixante jours pour exprimer son désaccord éventuel. Dans ce cas, le médecin de l'Assuré et le médecin expert désigné par le Gestionnaire désignent ensemble un troisième médecin qui départage les avis, ses honoraires étant supportés pour moitié par l'Assuré et pour moitié par le Gestionnaire.

Si l'une des parties empêche cette désignation, elle est réputée accepter les conclusions de l'autre partie.

7. DISPOSITIONS DIVERSES

7.1 Faculté de renonciation

En cas d'adhésion à distance, l'Adhérent dispose d'un droit de renonciation dans les conditions prévues par l'article L112-2-1 du Code des Assurances. L'Adhérent peut renoncer au Contrat dans un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalités. Ce délai commence à courir :

a) Soit à compter du jour où le Contrat est conclu. Cette date correspond à la date figurant au Certificat d'adhésion;

b) Soit à compter du jour où l'Adhérent reçoit les conditions

contractuelles et les informations, conformément à l'article L222-6 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a).

Pour exercer sa faculté de renonciation, l'Adhérent doit adresser au Gestionnaire sa demande, reprenant la mention suivante :

« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) désire renoncer à la souscription de mon contrat SANT'ACTIF souscrit le et demande le remboursement intégral des sommes qui me sont dues (le cas échéant)».

Joindre la demande d'adhésion ou le cas échéant le Certificat d'adhésion.

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 du Contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Le Contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent.

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. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal. L'exercice de la faculté de renonciation met rétroactivement fin à toutes les garanties de l'adhésion qui est réputée n'avoir jamais existée. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du Contrat, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

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

7.2 Prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du Contrat 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 fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

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

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

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

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

Article L114-2 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 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.

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 visées à l'article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

Article 2240 du Code civil : La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

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.

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.

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.

7.3 Traitement et protection des données personnelles

7.3.1 Collecte et finalités d'utilisation des données personnelles

Le Gestionnaire, responsable des traitements listés ci-dessous, met en œuvre des traitements de données à caractère personnel, notamment des données de santé, pour l'adhésion, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance

ainsi que pour les relations avec ses clients.

Ces traitements de données à caractère personnel permettent notamment :

- L'étude des besoins de l'Adhérent / l'Assuré
- L'adhésion et la gestion administrative et commerciale du Contrat,
- La gestion des sinistres
- La réalisation d'études marketing,
- La prospection commerciale, sauf si l'Adhérent s'y est opposé,

L'Assureur et le Gestionnaire, responsables conjoints des traitements listés ci-dessous, mettent en œuvre des traitements de données à caractère personnel, notamment des données de santé, pour la gestion et l'exécution des contrats d'assurance ainsi que pour les relations avec leurs clients. Ces traitements de données à caractère personnel permettent notamment :

- la gestion des réclamations,
- la réalisation de statistiques et d'études actuarielles,
- répondre aux obligations légales

Les données collectées, y compris les données de santé, sont indispensables à ces traitements et sont destinées aux services concernés du Gestionnaire et de l'Assureur, ainsi que, le cas échéant, à leurs sous-traitants, partenaires, prestataires, mandataires, réassureurs ou aux organismes professionnels concernés.

Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales, et ce, en fonction du type de données collectées.

Les données collectées sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors de l'Union Européenne. Ces transferts sont encadrés par des règles de protection et de sécurité des données. Une information sur les données transférées ainsi que sur les destinataires sera fournie sur simple demande de la part de l'Adhérent / l'Assuré à l'adresse mentionnée ci-dessous pour le droit d'accès *

7.3.2 Conservation des données personnelles

Les données personnelles de l'Adhérent / l'Assuré sont conservées dans le cadre des finalités mentionnées ci-dessus et conformément aux obligations légales en vigueur pour une durée de 10 ans à compter du terme du Contrat.

7.3.3 Droits à la protection des données personnelles

Conformément à la loi « informatique et libertés », l'Adhérent / l'Assuré bénéficie d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, de suppression, d'opposition, de limitation au traitement des informations qui concernent l'Adhérent / l'Assuré, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort des données après le décès, qui peuvent être exercées par l'Adhérent / l'Assuré en adressant la demande par courrier à ECA ASSURANCES, à l'attention du DPO, BP 83, 92/98 boulevard Victor Hugo, 92115 Clichy Cedex ou par courriel à dpo@eca-assurances.com, accompagnée d'une pièce d'identité. La demande sera traitée par le Délégué à la Protection des Données personnelles. Concernant les données de santé, ces droits s'exercent en plus par courrier postal auprès du Médecin-conseil de l'Assureur (adresse postale dans vos documents contractuels).

L'Adhérent / l'Assuré disposent de la faculté d'introduire une réclamation :

- En adressant un courrier à ECAASSURANCES, à l'attention du DPO, BP 83, 92/98 boulevard Victor Hugo, 92115 Clichy Cedex ou par courriel à dpo@eca-assurances.com

- Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne ou par courrier postal en écrivant à :

CNIL

- 3 Place de Fontenoy -
TSA 80715
75334 PARIS CEDEX 07

Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à ces demandes si le traitement des données est nécessaire à l'exécution du Contrat, au respect d'une obligation légale ou à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

7.3.4 Sécurité

L'Assureur et le Gestionnaire accordent la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité des données personnelles des Assurés et prospects et s'engagent à traiter les données personnelles en ayant recours à des mesures de sécurité appropriées sur le plan technique et au niveau de l'organisation.

7.3.5 Notification en cas de violations de données à caractère personnel

En cas de violation de données à caractère personnel, le Gestionnaire s'engage à en informer l'Assuré concerné dans les meilleurs délais, lorsqu'elle est susceptible d'engendrer un risque élevé pour les droits et libertés.

Le Gestionnaire informe l'Assuré, en des termes clairs et simples, de la nature de la violation de données à caractère personnel et lui communique :

La description de la nature de la violation de données à caractère personnel y compris, si possible, les catégories et le nombre approximatif de personnes concernées par la violation et les catégories et le nombre approximatif d'enregistrements de données à caractère personnel concernés ;

Le nom et les coordonnées du délégué à la protection des données ou d'un autre point de contact auprès duquel des informations supplémentaires peuvent être obtenues ;

La description des conséquences probables de la violation de données à caractère personnel ;

La description des mesures prises ou que les co-responsables du traitement proposent de prendre pour remédier à la violation de données à caractère personnel, y compris, le cas échéant, les mesures pour en atténuer les éventuelles conséquences négatives.

7.4 Réclamation/médiation

Premier contact : l'interlocuteur habituel

En cas de réclamation, l'Adhérent / l'Assuré a la possibilité de consulter la charte RECLAMATION du Gestionnaire, accessible sur le site (www.eca-assurances.com/assurances/reclamation.php) ou sur demande à réception de laquelle seront communiquées les informations relatives à la procédure à suivre.

En cas d'insatisfaction de la réponse apportée par le service Relation Clients, l'Adhérent / l'Assuré peut adresser sa réclamation par mail à l'adresse suivante : reclamation@eca-assurances.com

Deuxième contact : le service réclamations

En cas de persistance du désaccord, l'Adhérent / l'Assuré a la possibilité de saisir la cellule Supervision Réclamation à l'adresse : Supervision réclamation ECA Assurances – 92/98 boulevard Victor Hugo - BP 83 – 92115 CLICHY cedex – superviseur-reclamation@eca-assurances.com.

Les interlocuteurs seront attachés à accuser réception ou apporter une réponse au réclamant sous 10 jours et en tout état de cause, une réponse définitive sera apportée à la réclamation dans un délai maximum de 2 mois.

En cas de désaccord persistant et définitif, après la nouvelle réponse apportée par ECA Assurances, vous pouvez saisir directement la médiation de l'assurance :

Médiateur de l'assurance pôle planète CSCA, à l'adresse suivante : TSA 50110. 75441 PARIS cedex 09.

Troisième contact : le service réclamations de l'Assureur

Si le différend persiste, l'Adhérent / l'Assuré a la possibilité de formuler une nouvelle réclamation en s'adressant directement à l'Assureur à l'adresse suivante : Prevoir-Vie Groupe prévoir société anonyme au capital de 81 000 000 euros. Siège Social au 19 rue d'Aumale 75009 Paris. Inscrite au RCS de Paris, N° 343 286 183.

Ou relationsclientelereclamation@prevoir.com

En dernier recours : l'un des Médiateurs énoncés ci-dessous en fonction de son champ de compétence.

Le médiateur ne peut être saisi qu'après épuisement des procédures internes indiquées ci-dessus et sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Si le désaccord persiste vous pouvez contacter le médiateur de l'assurance par mail :

le-mediateur@mediation-assurance.org

soit par courrier simple adressé à :

LA MEDIATION de L'ASSURANCE. TSA 50110. 75441 PARIS cedex 09. En dernier recours vous pouvez contacter l'ACPR au 4 Place de Budapest, 75436 Paris cedex 09.

7.5 Information de l'adhérent

Aussi longtemps que l'adhésion donne lieu au paiement de cotisations, le Gestionnaire communique chaque année à l'Adhérent le montant des garanties et de la cotisation annuelle.

7.6 Loi applicable et tribunaux compétents

Le Contrat est régi par le Code des assurances.

Le droit applicable du Contrat est le droit français en tant que droit de l'État de la Résidence principale et habituelle de l'Adhérent à la date de signature de la demande d'adhésion.

Dans toutes les hypothèses où un choix de loi applicable au Contrat serait ouvert, l'Adhérent convient que la loi applicable est la loi française.

Toutes les contestations relatives à l'interprétation, la validité, l'exécution ou la rupture du Contrat relèvent des tribunaux français.

7.7 Autorité de contrôle

L'organisme chargé du contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, 75436 Paris cedex 09,

8. LEXIQUE

Accident : Un accident est une atteinte à l'intégrité physique non intentionnelle, et qui provient d'une action ou d'un événement fortuit, soudain, et imprévisible dû à une cause extérieure à la volonté de l'Assuré.

Adhérent : Le membre de l'Association personnellement affilié à un régime d'assurance maladie obligatoire français qui adhère au Contrat.

Année Civile : L'année civile débute au 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre.

Année d'assurance : période d'un an s'écoulant entre la Date d'effet et la première Date Anniversaire, ou entre chaque Date Anniversaire

Association : Association Lafayette Patrimoine & Epargne (A.L.P.E), Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 dont le siège social se situe au 92-98 boulevard Victor Hugo 92110 Clichy.

Assuré : L'Adhérent, son Conjoint, leurs Enfants. Chaque Assuré est bénéficiaire des garanties prévues au Contrat.

Assisteur : Filassistance International, entreprise Anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex. Elle accorde les garanties d'assistance.

Assureur : PREVOIR-VIE GROUPE PREVOIR, société anonyme au capital de 45 000 000€ siège social : 19 rue d'Aumale 75009 Paris 343 286 183 RCS Paris. société régie par le code des assurances. Elle garantit les risques frais médicaux

Base de Remboursement : Tarif retenu par le régime obligatoire (Régime Social des Indépendants (RSI) et Régime général) permettant de calculer le remboursement de chaque acte médical. La Base de Remboursement correspond au Tarif de convention en Secteur conventionné ou au Tarif d'autorité en Secteur non conventionné. Ce tarif de base peut selon les actes être désigné par l'Assurance maladie sous les termes TA, TC, TFR ou TR.

Certificat d'adhésion : Document émis par l'Assureur, matérialisant l'adhésion de l'Adhérent au Contrat, et mentionnant le nom de l'Adhérent, celui des Assurés, le niveau de garantie choisi par l'Adhérent lors de l'adhésion, la Date d'effet et le montant de la cotisation.

Conjoint : L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le(a) concubin(e) déclaré(e) ou le cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent (PACS), âgé(e) de 18 ans à 69 ans inclus.

Contrat : correspond à la définition qui lui est donnée à l'article 1.1

Date Anniversaire : date d'échéance annuelle du Contrat

Date d'effet du Contrat : La date indiquée sur le Certificat d'adhésion et qui marque le point de départ des garanties choisies sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation.

Déchéance (perte de garantie) : Perte des droits à l'indemnité d'assurance de l'Adhérent à la suite de l'inobservation de ses obligations en cas de sinistre.

Dépassement d'honoraires : Partie des honoraires dépassant la base remboursement du Régime Obligatoire

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) : l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO) et tout autre dispositif ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

Pour connaître les médecins adhérant à l'un de ces dispositifs, il est possible de consulter le site « ameli-direct.ameli.fr »

DocuSign : Solution de signature électronique conforme aux exigences techniques de la Signature Electronique Avancée et également de la Signature Electronique Qualifiée (SEQ) au sens du règlement eIDAS.

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

Enfant(s) : Les enfants à charge de l'Adhérent ou de son Conjoint, jusqu'au 31 décembre de leur 28^e anniversaire, bénéficiant des prestations en nature d'un Régime obligatoire.

La notion « à charge » mentionnée ci-avant s'entend au sens de la législation fiscale française.

Forfait annuel : Lorsque les montants de remboursements sont exprimés sous la forme de forfaits, ces forfaits sont valables par Année d'assurance et par Assuré. Ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

Forfait journalier : Somme journalière restant à la charge de l'Assuré pour toute Hospitalisation d'une durée supérieure à 24h00. Son montant est fixé par arrêté ministériel. Cette somme sert à payer les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une Hospitalisation.

Certains patients en sont dispensés : par exemple les personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, les femmes au cours des derniers mois de leur grossesse et après l'accouchement.

Gestionnaire :

ECA Assurances

92-98 boulevard Victor Hugo
92110 Clichy

Société anonyme au capital de 1 009 000€,
RCS Nanterre B 402 430 276.

Hospitalisation : Séjour d'au moins 24 heures dans un établissement hospitalier (un hôpital ou une clinique habilité(e) à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques ainsi que le personnel nécessaire). L'établissement de santé doit être agréé par le Ministère français concerné ou son équivalent dans un autre pays.

Est également considérée comme une Hospitalisation au sens du Contrat les actes chirurgicaux codifiés en ADC/KC prodigués au cours d'un séjour hospitalier inférieur à 24 heures (Hospitalisation ambulatoire) et les Hospitalisation à domicile (H.A.D.) prise en charge par la Sécurité sociale.

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

Institut Médico-Pédagogique : Établissement d'accueil français qui accueille les enfants et adolescents atteints d'handicap mental présentant une déficience intellectuelle liée à des troubles neuropsychiatriques : troubles moteurs et sensoriels, troubles de la communication.

Long séjour : Unité pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance

médicale constante et des traitements d'entretien.

Notice d'information : Le présent document valant conditions générales applicables du Contrat définissant notamment les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Régime obligatoire : Le régime français de Sécurité sociale auquel est affilié l'Assuré.

Résidence : Lieu de situation du logement que l'Adhérent occupe habituellement et effectivement avec sa famille et où se situe le centre de ses intérêts professionnels et matériels.

Secteur conventionné : L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés. Au sein du secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Le ticket modérateur et le dépassement de la base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge de l'Assuré social.

Secteur non conventionné : L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

Sécurité sociale : Terme générique utilisé pour désigner le régime d'Assurance maladie auprès duquel l'Assuré est affilié.

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

Site internet : Site institutionnel www.eca-assurances.com qui héberge l'accès à l'espace client.

Site marchand <https://mutuelle-sante.self-assurance.fr/> qui permet la souscription en ligne du Contrat.

Ticket Modérateur (TM) : Fraction de la Base de Remboursement qui reste à la charge de l'Assuré après remboursement de la Sécurité sociale.

Verres optiques correcteurs : Dispositifs médicaux visant à corriger un défaut de la vision. Les verres correcteurs sont définis comme suit :

• **Verres simples** : foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.

• **Verres complexes** : foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et 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.



SOMMAIRE

I - DISPOSITIONS GENERALES	p.21
1.1 - Bénéficiaires	p.21
1.2 - Validité territoriale	p.21
1.3 - Prise d'effet et durée	p.21
1.4 - Définitions	p.21
1.6 - Engagements financiers	p.21
1.7 - Exclusions	p.22
1.8 - Prescription	p.22
1.9 - Subrogation	p.22
1.10 - Loi applicable	p.22
1.11 - Contrôle	p.22
1.12 - Informatique et libertés	p.22
1.13 - Réclamations	p.22
1.14 - Exonération de responsabilité	p.23
II - GARANTIES ACCORDEES	p.23
2.1 - En cas de maladie ou d'accident	p.23
2.2 - En cas d'hospitalisation	p.24
2.3 - En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation d'un enfant bénéficiaire	p.24
2.4 - En cas de décès d'un bénéficiaire	p.25
2.5. Remboursement des frais de télévision	p.26
2.6 - Assistance information	p.26

I - DISPOSITIONS GENERALES

ECA ASSURANCES, ci-après le «Gestionnaire» a souscrit au profit de ses adhérents la présente convention d'assistance n°000001752 auprès de FILASSISTANCE ci-après «l'Assisteur». Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les prestations d'assistance accordées aux bénéficiaires définis ci-dessous.

Ces prestations sont assurées et gérées par FILASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des Assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n°433 012 689 dont le siège social se situ au 108, Bureaux de la Colline - 92210 SAINT-CLOUD.

1.1 - Bénéficiaires

Bénéficient des garanties décrites dans la présente convention d'assistance :

- toute personne ayant souscrit un contrat d'assurance accident corporel et perte d'emploi par l'intermédiaire d'ECA Assurances,
- son conjoint,
- et leurs enfants.

Les bénéficiaires doivent vivre sous le même toit et leur domicile fiscal doit être situé en France.

1.2 - Validité territoriale

Les garanties sont utilisables au domicile du bénéficiaire en France Métropolitaine.

1.3 - Prise d'effet et durée

Pendant toute la période de validité du contrat collectif n°000001752 souscrit par le Gestionnaire auprès de l'Assisteur, les garanties décrites dans la présente convention suivent le sort du contrat complémentaire frais de santé souscrit par l'adhérent (date d'effet, durée, renouvellement et résiliation).

1.4 - Définitions

Pendant toute la période de validité du contrat collectif n°000001752 souscrit par le Gestionnaire auprès de l'Assisteur, les garanties décrites dans la présente convention suivent le sort du contrat complémentaire frais de santé souscrit par l'adhérent (date d'effet, durée, renouvellement et résiliation).

Pour l'application de la présente convention d'assistance, on entend par :

ACCIDENT : toute atteinte corporelle provenant d'un événement soudain, imprévisible et extérieur au bénéficiaire et indépendante de la volonté de ce dernier.

PERSONNE DEPENDANTE : le père et la mère de l'adhérent (ou son conjoint) dont la perte d'autonomie nécessite la présence de l'adhérent (ou son conjoint) pour l'assister dans l'accomplissement quotidien des actes de la vie courante : toilette, habillage, alimentation, préparation des repas, ménage ou déplacements.

CONJOINT : le conjoint proprement dit de l'adhérent, ou son concubin ou son partenaire lié par Pacte Civil de Solidarité.

DOMICILE : le lieu de résidence principale et habituelle des bénéficiaires, situé en France Métropolitaine.

ENFANT : l'enfant de l'assuré et/ou de son conjoint.

EVENEMENT : selon la garantie sollicitée, la maladie, l'accident, le décès.

FRAIS DE SEJOUR : frais d'hôtel petit-déjeuner continental inclus.

FRANCE : France Métropolitaine, (y compris la Corse).

HOSPITALISATION : tout séjour imprévu dans un établissement de santé, d'une durée de 48 heures (sauf précision contraire), effectué dans le but de recevoir des soins à la suite d'un accident ou d'une maladie.

L'établissement de santé public ou privé (hôpital ou clinique) doit être habilité(e) à pratiquer des actes et dispenser des traitements auprès de personnes malades ou accidentées et détenir toutes les autorisations administratives et sanitaires requises.

IMMOBILISATION : toute immobilisation temporaire au domicile, imprévue, supérieure à 48 heures (sauf précision contraire), médicalement prescrite à la suite d'un accident ou d'une maladie.

MALADIE : altération soudaine de la santé constatée par une autorité médicale habilitée.

1.5 - Nécessité de l'appel préalable

Pour que les prestations d'assistance ci-après exposées soient acquises, l'Assisteur doit avoir été prévenu au préalable par téléphone ou par télécopie, avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable.

FILASSISTANCE

N° Téléphone : 01 70 36 06 52

N° Télécopie : 01 53 21 24 88

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une de ces prestations ne donne lieu à aucun remboursement de la part de l'Assisteur.

Pour toute demande d'assistance, le bénéficiaire (ou toute autre personne agissant en son nom) doit :

- contacter l'Assisteur sans délai (voir coordonnées et modalités ci-avant),
- fournir les renseignements suivants :
 - le numéro du contrat d'assurance ou d'adhésion,
 - son nom, prénom, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone où il pourra éventuellement être contacté,
 - la nature des difficultés motivant l'appel,

les noms, adresse et numéro de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le bénéficiaire, afin que l'Assisteur puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, préparer le rapatriement et l'admission de la victime dans un établissement hospitalier ou une clinique choisie par les médecins ou par le patient (avec l'accord de ces derniers).

1.6 - Engagements financiers

1.6.1- ENGAGEMENTS FINANCIERS

Les montants de prise en charge, la durée de mise en oeuvre des prestations ainsi que le nombre d'heures mentionnés dans les garanties ne sont pas forfaitaires : les prestations sont accordées après avis du médecin de l'Assisteur qui tient compte de l'état de santé du bénéficiaire. Sans préjudice des règles exposées au 1.5 et 1.6.3, toute demande de remboursement adressée par le bénéficiaire à l'Assisteur devra être accompagnée des pièces justificatives originales correspondant à la demande. En cas de prise en charge des frais de séjour à l'hôtel, l'Assisteur ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci-après, et à l'exclusion de tout autre frais.

1.6.2 - AVANCE DE FRAIS

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente convention, l'Assisteur peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

• Conditions préalables au versement de l'avance par l'Assisteur :

À titre de garantie de remboursement par le bénéficiaire de l'avance consentie, l'Assisteur adressera un certificat d'engagement au bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins à l'Assisteur. L'avance sera mise en oeuvre après réception dudit certificat d'engagement par l'Assisteur. Le bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à l'Assisteur un chèque certifié ou un chèque de banque.

• Délai de remboursement de l'avance à l'Assisteur :

Le bénéficiaire s'engage à rembourser à l'Assisteur la somme avancée par cette dernière dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.

• Sanctions :

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et l'Assisteur pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

1.6.3. CONDITIONS D'ORDRE MÉDICALES

Dans tous les cas, la nature de l'assistance et le choix des moyens à mettre en oeuvre pour répondre à la demande du bénéficiaire relèvent de la décision du médecin de l'Assisteur qui recueille, si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

Afin de permettre au médecin de l'Assisteur de prendre sa décision, il pourra être demandé au bénéficiaire de fournir tout justificatif médical de l'événement soudain et imprévisible qui conduit le bénéficiaire à solliciter son assistance. Le cas échéant, l'Assisteur recommande au bénéficiaire d'adresser ces documents sous pli confidentiel au service médical de FILASSISTANCE. L'Assisteur ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

1.7 - Exclusions

L'Assisteur ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais de transport primaire engagés.

L'Assisteur ne garantit pas les événements suivants et leurs conséquences :

- les maladies chroniques et/ou répétitives, complications, rechutes de maladies constituées antérieurement et comportant un risque d'aggravation brutale ou proche,
- les hospitalisations répétitives pour une même cause,
- les hospitalisations de long séjour ;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- les maladies mentales ;
- les états de grossesse sauf complications ;
- les accouchements (sauf accouchements justifiant d'une hospitalisation d'une durée supérieure à 8 jours) ;
- les états pathologiques faisant suite à une Interruption volontaire de Grossesse ou une Procréation Médicalement Assistée ;
- toute intervention médicale volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique notamment) ;
- les affections bénignes ne justifiant pas une

immobilisation au domicile ;

- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement ;
- les conséquences d'un état d'ivresse manifeste ou d'un état alcoolique tel que visé à l'article R.234-1 du Code de la route ;
- les conséquences d'un conflit armé (guerre étrangère ou civile), d'une émeute,
- les conséquences d'une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire,
- les conséquences de la participation volontaire du bénéficiaire à un acte de terrorisme ou sabotage, un crime un délit, une rixe, un pari ou un défi.
- l'organisation et la prise en charge de frais de recherche en montagne, en mer ou dans un désert.
- les frais de restauration,
- les événements survenus du fait de la participation du bénéficiaire, en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires.

1.8 - Prescription

Toute action découlant de l'interprétation ou de l'exécution de la convention d'assistance est prescrite dans le délai de deux ans à compter de l'événement qui lui donne naissance.

1.9 - Subrogation

Toute personne bénéficiant de l'assistance subroge l'Assisteur dans ses droits et actions contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties.

1.10 - Loi applicable

Le présent contrat est soumis à la loi française.

1.11 - Contrôle

FILASSISTANCE est soumise au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

1.12 - Informatique et libertés

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la souscription et à la fourniture des prestations d'assistance garanties.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, le bénéficiaire bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concerne. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à FILASSISTANCE – Direction des Systèmes d'Information, 108 Bureaux de la Colline à SAINT-CLOUD (92210). Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher la souscription ou l'exécution des présentes garanties.

1.13 - Réclamations

Toute réclamation portant sur la qualité ou les délais de traitement par l'Assisteur de la demande d'assistance doit être formulée par écrit et adressée à l'adresse suivante : FILASSISTANCE - Service Réclamations, 108 Bureaux de la Colline, 92210 SAINT-CLOUD. Une réponse sera adressée dans un délai de quinze jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

1.14 - Exonération de responsabilité

L'Assisteur est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux bénéficiaires des garanties. Toutefois :

- la responsabilité de l'Assisteur est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère.

- la responsabilité de l'Assisteur ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le bénéficiaire est consécutif(ve) à l'insuffisance des disponibilités locales.

- l'Assisteur ne peut être tenu pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :

- soit, de cas de force majeure

- soit, d'événements tels guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves (article L.121-8 alinéa 2 du code des assurances),

- soit, des saisies ou contraintes par la force publique,

- soit, des interdictions officielles,

- soit, des actes de piraterie, de terrorisme ou d'attentats

- soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage,

- soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

II - GARANTIES ACCORDEES

2.1 - En cas de maladie ou d'accident

2.1.1 - RECHERCHE ET ENVOI D'UN MÉDECIN

En cas d'indisponibilité du médecin traitant habituel, l'Assisteur aide le bénéficiaire à rechercher un médecin pour une visite à domicile en lui communiquant les numéros de téléphone utiles (médecin de garde ou service d'urgence).

Les frais et honoraires du médecin restent à la charge exclusive du bénéficiaire.

l'Assisteur ne pourra pas être tenue responsable de l'indisponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer.

2.1.2 - ACHEMINEMENT DE MÉDICAMENTS

Si du fait de son immobilisation au domicile, le bénéficiaire ne peut pas se déplacer pour se procurer des médicaments indispensables au traitement prescrit par ordonnance médicale, l'Assisteur fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au domicile du bénéficiaire ces médicaments, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie. L'Assisteur fait l'avance du coût de ces médicaments, que le **bénéficiaire devra rembourser à l'Assisteur au moment même de leur livraison**. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par l'Assisteur.

2.1.3 - RECHERCHE ET ENVOI D'UNE INFIRMIÈRE

A la demande du bénéficiaire, l'Assisteur aide le bénéficiaire à rechercher une infirmière pour une visite à domicile en lui communiquant les numéros de téléphone utiles (médecin de garde ou service d'urgence). **Les frais et honoraires de l'infirmière restent à la charge exclusive du bénéficiaire.**

L'Assisteur ne pourra pas être tenue responsable de l'indisponibilité ou l'éloignement trop important de l'infirmière susceptible de se déplacer.

2.1.4 - AIDE PRATIQUE EN CAS D'IMMOBILISATION DU BÉNÉFICIAIRE AU DOMICILE

L'Assisteur recherche et missionne une personne pour effectuer une démarche, une course pour aider aux actes de la vie courante, le coût total restant à la charge du bénéficiaire. L'Assisteur réserve un taxi ou une ambulance si le bénéficiaire est dans l'obligation de sortir. L'Assisteur organise le portage de la nourriture dans le commerce local (prise en note de la commande, livraison des plats à domicile).

Les frais induits (y compris le portage) restent à la charge du bénéficiaire.

2.1.5 - RECHERCHE ET RÉSERVATION D'UNE PLACE DANS UN ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER

A la demande du bénéficiaire et sur prescription médicale, L'Assisteur se charge de rechercher et réserver une place dans un service hospitalier adapté à son état de santé, **dans la limite des disponibilités offertes par les établissements hospitaliers situés dans un rayon de 50 km du domicile du bénéficiaire.**

Le bénéficiaire conserve le choix final de l'établissement.

2.1.6 - TRANSFERT À L'HÔPITAL ET RETOUR AU DOMICILE

Si l'état de santé du bénéficiaire nécessite une hospitalisation immédiate, l'Assisteur missionne, à la demande du médecin traitant sur place, une ambulance (ou un véhicule sanitaire léger) pour procéder au transport de ce bénéficiaire vers l'établissement de santé le plus proche du domicile **dans un rayon de 50 km maximum**. A l'issue de l'hospitalisation et

sur prescription du médecin traitant, l'Assisteur missionne une ambulance (ou véhicule sanitaire léger) pour permettre au bénéficiaire de retourner à son domicile.

Les frais de transport liés au transfert du bénéficiaire vers l'établissement de santé et/ou vers le domicile sont pris en charge par l'Assisteur en complément des remboursements réalisés par la Sécurité Sociale et les organismes de protection sociale complémentaire (mutuelle, assureur ou institution de prévoyance santé).

2.2 - En cas d'hospitalisation

2.2.1 - AIDE À DOMICILE

Si durant et/ ou à la fin l'hospitalisation de l'adhérent (ou son conjoint), son entourage ne peut apporter l'aide nécessaire, l'Assisteur organise et prend en charge à **concurrence de 20 heures de travail effectif par événement** la mise à disposition d'une aide ménagère pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas, **sur une période d'une semaine maximum par événement**, pendant ou dès la fin de l'hospitalisation, à compter respectivement de la date d'admission ou de sortie de l'établissement de santé.

Cette garantie fonctionne de 8 H à 19 H tous les jours de la semaine hors week-ends et jours fériés.

2.2.2. GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

Si, durant l'hospitalisation de l'adhérent (ou de son conjoint) (1), ses enfants ne peuvent s'organiser seuls et être pris en charge par une personne de l'entourage, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit leur garde au domicile, par une personne qualifiée, **pendant 2 jours maximum par événement à concurrence de 12 heures (entre 7h et 19h) de garde effective par jour (hors week-end et jours fériés).**
- soit leur transfert **aller/retour en avion classe touriste ou en train 1^{ère} classe** chez un proche résidant en France.
- soit le transfert **aller/retour en avion classe touriste ou en train 1^{ère} classe** d'un proche résidant en France jusqu'au domicile du bénéficiaire, afin qu'il garde les enfants.
- soit leur conduite à l'école (crèche, école maternelle et primaire et collège) ou sur les lieux de leurs activités scolaires et leur retour au domicile **à concurrence de 10 allers/retours par événement pendant 2 jours et dans un rayon de 25 Km du domicile pour l'ensemble des enfants concernés.**

S'agissant des activités extra-scolaires, l'Assisteur prend en charge les frais de taxi à hauteur de 77 € TTC par événement⁽¹⁾ Cette garantie est également applicable en cas d'arrêt maladie ou de décès de la personne habituellement employée par l'adhérent pour garder les enfants.

La garantie suppose qu'il s'agisse d'une personne déclarée. Elle ne peut par ailleurs s'exercer qu'à concurrence du nombre d'heures effectives assurées par cette personne en temps normal. Dans le cas particulier des « nounous partagées », gardant en même temps plusieurs enfants de familles différentes, la garantie s'exerce à concurrence de la durée de garde effective (et non celle figurant au contrat de travail) de l'enfant du salarié et au bénéfice de celui-ci exclusivement.

2.2.3. GARDE DES PERSONNES DÉPENDANTES

Si, durant l'hospitalisation de l'adhérent (ou son conjoint), ses ascendants dépendants dont il s'occupe habituellement ne peuvent s'organiser seuls et être pris en charge par une

personne de l'entourage du bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit leur garde par une tierce personne au domicile du bénéficiaire **pendant 2 jours maximum à raison de 12 heures de garde effective par jour.**
- soit leur transfert **en avion classe touriste ou en train 1^{ère} classe** chez un proche résidant en France, puis leur retour au domicile.
- soit le **transfert en avion classe touriste ou en train 1^{ère} classe** d'un proche résidant en France jusqu'au domicile du bénéficiaire, puis son retour au domicile.

2.2.4. GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

En cas d'hospitalisation de l'adhérent (ou de son conjoint), l'Assisteur organise et prend en charge la garde des animaux de compagnie laissés sans surveillance en les transférant :

- Soit, dans un établissement adapté ;
- Soit, chez un proche désigné par le bénéficiaire.

Les frais de garde sont pris en charge avec un maximum de 229 € TTC.

On entend par animal de compagnie : le chat ou le chien appartenant au bénéficiaire, satisfaisant aux conditions de tatouage et de vaccinations imposées par la législation française, **à l'exclusion des chiens relevant de l'une des catégories de chiens dangereux visés par l'article L.211-11 du Code Rural.**

2.2.5 - VOYAGE ET HÉBERGEMENT D'UN PROCHE

- Si le bénéficiaire est seul lors de son hospitalisation, l'Assisteur organise et prend en charge :

- le **voyage aller/retour d'un proche résidant en France** (parent ou ami), à concurrence d'un billet de train 1^{ère} classe ou d'un billet d'avion classe touriste, pour se rendre au chevet du bénéficiaire,
- le séjour à l'hôtel de ce proche pendant **2 nuits à concurrence de 46 € TTC maximum par événement.**

2.2.6 - INFORMATION À LA FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation, et à la demande du bénéficiaire, l'Assisteur se chargera d'informer les personnes préalablement désignées par lui, quant à son hospitalisation et quant au lieu d'hospitalisation où elles seront susceptibles de prendre de ses nouvelles.

2.3 - En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation d'un enfant bénéficiaire

2.3.1 - GARDE DE L'ENFANT MALADE DE MOINS DE 15 ANS

Si, à l'occasion d'une maladie ou à la suite d'un accident, l'état de santé de l'enfant nécessite son immobilisation au domicile **plus de 5 jours**, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit la présence de la garde d'enfant **à concurrence de 3 jours maximum par événement. (entre 7h et 19h et hors week-end et jours fériés).**
- soit le **transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1^{ère} classe** d'un proche au domicile du bénéficiaire.

Cette garantie est mise en œuvre lorsque l'enfant bénéficiaire, du fait de son état de santé, ne peut pas demeurer sans surveillance à son domicile et que le ou les parents doivent s'absenter du domicile pour des raisons professionnelles.

2.3.2 - TRANSFERT À L'HÔPITAL ET RETOUR AU DOMICILE

En cas d'aggravation de l'état de santé de l'enfant convalescent à son domicile, en cas d'accident survenu au domicile et si après intervention des premiers secours et/ou du médecin traitant l'enfant ne peut être soigné sur place, **l'Assisteur organise et prend en charge le transport par ambulance de l'enfant de son domicile à l'hôpital le plus proche, sur prescription médicale**, et ce, suite à un appel du bénéficiaire ou du garde malade missionné par l'Assisteur.

Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport de l'enfant par le SAMU. A l'issue de l'hospitalisation de l'enfant définie ci-dessus, **l'Assisteur organise et prend en charge son transport de l'hôpital à son domicile, et l'intervention d'un garde malade en l'absence des parents, dans les mêmes conditions qu'au paragraphe ci-dessus.**

2.3.3 - PRÉSENCE AU CHEVET DE L'ENFANT IMMOBILISÉ

A l'issue de l'intervention prévue au paragraphe 2.3.1., l'Assisteur organise et prend en charge le transfert en **avion classe touriste ou en train 1^{ère} classe** d'un proche résidant en France et désigné par l'adhérent pour se rendre au chevet de l'enfant de **moins de 15 ans**.

L'Assisteur prend également en charge le séjour à l'hôtel de **ce proche à concurrence de 40 € TTC par nuit, pendant 7 nuits maximum (les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge) par événement.**

Cette garantie est mise en oeuvre lorsque le ou les parents ne peuvent pas, pour des raisons professionnelles, être présents au chevet de l'enfant.

2.3.4 - ECOLE À DOMICILE EN CAS D'IMMOBILISATION OU D'HOSPITALISATION DE L'ENFANT SUPÉRIEURE A 15 JOURS

La garantie d'assistance est valable à compter du **16^{ème} jour consécutif d'absence scolaire de l'enfant.**

Elle est accordée pendant la durée effective de l'année scolaire en cours, définie par le Ministère de l'Education Nationale. **Elle ne s'applique pas durant les vacances scolaires.**

L'Assisteur recherche et envoie au domicile de l'enfant un répétiteur scolaire qui lui permettra, grâce à des cours particuliers, de poursuivre sa scolarité dans les principales matières suivantes :

français, mathématiques, langues étrangères (première et seconde langue inscrites au programme scolaire), physique-chimie, histoire-géographie, sciences naturelles.

Cette prestation s'applique du cours préparatoire à la terminale des lycées d'enseignement général. l'Assisteur prend en charge les coûts occasionnés à raison de 10 heures par semaine et à concurrence de 1525 € par événement, tous cours confondus, fractionnables dans la limite de 5 déplacements du répétiteur scolaire par semaine et de 2 heures de cours minimum dans la journée par matière ou par répétiteur.

Sous réserve des limitations exposées ci-dessus, la prestation est acquise autant de fois qu'il est nécessaire au cours de l'année scolaire et cesse dès que l'enfant a repris normalement ses cours.

Elle cesse en tout état de cause le dernier jour de l'année scolaire.

Tout répétiteur scolaire possède les diplômes nécessaires à son activité et a fait l'objet d'une sélection particulièrement attentive de l'Assisteur. Il est autorisé par les parents à prendre contact, si cela s'avère nécessaire, avec l'établissement scolaire de l'enfant, afin d'examiner avec son instituteur ou ses professeurs habituels l'étendue du programme à étudier. Lorsque l'enfant est hospitalisé, les cours seront effectués, dans la mesure du possible, dans les mêmes conditions sous réserve que l'établissement hospitalier et les médecins et le personnel soignant donnent leur accord explicite à la réalisation de cette prestation.

Conditions médicales nécessaires à la mise en oeuvre de la garantie

Le bénéficiaire devra justifier sa demande en présentant un certificat médical indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et précisant que l'enfant ne peut, compte tenu de cette maladie ou de cet accident, se rendre dans son établissement scolaire et la durée de son immobilisation. Le certificat médical sera adressé à l'équipe médicale de l'Assisteur.

Délai de mise en place

Dès réception du certificat médical, l'Assisteur met tout en oeuvre afin qu'un répétiteur scolaire soit mis à disposition de l'enfant le plus rapidement possible.

2.4 - En cas de décès d'un bénéficiaire

2.4.1 - AIDE À DOMICILE

Si au décès de l'adhérent (ou son conjoint), son entourage ne peut apporter l'aide nécessaire, l'Assisteur organise et prend en charge à **concurrence de 20 heures de travail effectif par événement** la mise à disposition d'une aide-ménagère pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas, **sur une période d'une semaine maximum par événement**, pendant ou dès la fin de l'hospitalisation, à compter respectivement de la date d'admission ou de sortie de l'établissement de santé.

Cette garantie fonctionne de 8 H à 19 H tous les jours de la semaine hors week-ends et jours fériés.

2.4.2 - GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

A la suite du décès de l'adhérent (ou de son conjoint), ses enfants ne peuvent s'organiser seuls et être pris en charge par une personne de l'entourage, l'Assisteur organise et prend en charge :

l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit leur garde au domicile, par une personne qualifiée, **pendant 2 jours maximum par événement à concurrence de 8 heures (entre 7h et 19h) de garde effective par jour (hors week-end et jours fériés).**
- soit leur transfert **aller/retour en avion classe touriste ou en train 1^{ère} classe** chez un proche résidant en France.
- soit le **transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1^{ère} classe** d'un proche résidant en France jusqu'au domicile du bénéficiaire, afin qu'il garde les enfants.
- soit leur conduite à l'école (crèche, école maternelle et primaire et collège) ou sur les lieux de leurs activités extra-scolaires et leur retour au domicile à **concurrence de 10 allers/retours par événement pendant 2 jours et dans un rayon de 25 Km du domicile pour l'ensemble des enfants concernés. S'agissant des activités extra-scolaires, l'Assisteur prend en charge les frais de taxi à hauteur de 77€ TTC par événement.**

2.4.3 - GARDE DES PERSONNES DÉPENDANTES

A la suite du décès de l'adhérent (ou son conjoint), ses ascendants dépendants dont il s'occupe habituellement ne peuvent s'organiser seuls et être pris en charge par une personne de l'entourage du bénéficiaire, l'Assisteur organise et prend en charge :

- soit leur garde par une tierce personne au domicile du bénéficiaire **pendant 2 jours maximum à raison de 12 heures de garde effective par jour.**
- soit leur transfert **en avion classe touriste ou entrain 1^{ère} classe** chez un proche résidant en France, puis leur retour au domicile.
- soit **le transfert en avion classe touriste ou entrain 1^{ère} classe** d'un proche résidant en France jusqu'au domicile du bénéficiaire, puis son retour au domicile.

2.4.4 - GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

En cas de décès de l'adhérent (ou de son conjoint), l'Assisteur organise et prend en charge la garde des animaux de compagnie laissés sans surveillance en les transférant :

- Soit, dans un établissement adapté ;
- Soit, chez un proche désigné par le bénéficiaire.

Les frais de garde sont pris en charge avec un maximum de 229 € TTC.

On entend par animal de compagnie : le chat ou le chien appartenant au bénéficiaire, satisfaisant aux conditions de tatouage et de vaccinations imposées par la législation française, **à l'exclusion des chiens relevant de l'une des catégories de chiens dangereux visés par l'article L.211-11 du Code Rural.**

2.4.5. AVANCE DES FRAIS D'INHUMATION

L'Assisteur fait l'avance, dans les conditions prévues au paragraphe 1.6.2., des frais d'inhumation du bénéficiaire à concurrence de 3 049 Euros TTC.

2.5. Remboursement des frais de télévision

Cette prestation s'applique en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures consécutives quelle qu'en soit la cause, à l'exclusion de la maternité, des cures thermales, de toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique, etc.) et de toute hospitalisation répétitive pour une même cause.

L'Assisteur rembourse les frais de location de télévision à l'hôpital dans la limite de 153 Euros TTC. Dans ce cas, le bénéficiaire devra transmettre sa demande de remboursement à l'Assisteur accompagnée impérativement de l'original de la facture des frais de télévision.

2.6 - Assistance information

Toute demande d'information du bénéficiaire est enregistrée et un numéro de dossier lui est communiqué. L'Assisteur s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et en tout cas dans un délai ne dépassant pas 48 heures dans les domaines mentionnés ci-après.

La responsabilité de l'Assisteur ne pourra être recherchée en cas de mauvaise utilisation ou d'interprétation inexacte des renseignements communiqués.

2.6.1 - Information santé

Ce service d'informations générales animé par les médecins de l'Assisteur est destiné à répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants :

La vie courante

- les numéros de téléphone utiles en France (centres antipoison, vaccination...),

- les maladies infantiles,
- adresses d'associations diverses (diabétiques, paralytiques...),
- les contre-indications climatiques,
- les démarches administratives.

Les préparatifs d'un voyage

- les vaccins obligatoires et conseillés selon le pays de destination,
- les précautions d'hygiène nécessaires,
- la situation endémique locale,
- les équivalences de divers médicaments à l'étranger,
- où se procurer la carte européenne d'assurance maladie ? Validité territoriale de la carte européenne d'assurance maladie.
- la procédure de règlement des frais médicaux à l'étranger.

Informations spécialisées

L'un des médecins de l'Assisteur :

- répond aux questions d'ordre médical ou diététique,
- peut indiquer les adresses des centres de cures spécialisés en France.

Les médecins peuvent répondre à toutes demandes du bénéficiaire. Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

Ce service est conçu pour écouter, informer et orienter et, **en aucun cas, il ne peut remplacer le médecin traitant.** Il est accessible du lundi au samedi de 9H à 19H.

Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

De plus, en cas d'urgence médicale, **le bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).**

2.6.2 - INFORMATIONS PRATIQUES ET JURIDIQUES

Toute demande d'information du bénéficiaire est enregistrée immédiatement et un numéro de dossier lui est communiqué ; l'Assisteur s'engage à lui fournir une réponse, si possible immédiatement, et en tout cas **dans un délai ne dépassant pas 48 heures** dans les domaines mentionnés ci-après :

Informations d'ordre juridique : Habitation, logement, impôt, fiscalité, assurances, allocations, retraites, justice, défense, recours, salaires, contrats de travail, associations, sociétés, commerçants, artisans, droits du consommateur, voisinage, famille, mariage, divorce, succession, affaires sociales.

Informations vie pratique : Formalités, cartes, permis, enseignement, formation, services publics, vacances, loisirs, activités culturelles, logement.

Le contenu de l'information délivrée ne saurait excéder le champ défini par l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971.

La responsabilité de l'Assisteur ne pourra être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation inexacte par le bénéficiaire du ou des renseignements qui lui ont été communiqué(s).