



Notice d'information

COMPLEMENTAIRE SANTE SENIOR CAPITAL SENIOR



Votre contrat
RÉF. NI - REMA 5575 ET 5580 - 062021

CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

du contrat collectif complémentaire santé senior à
adhésion facultative

CAPITAL SENIOR

Contrats 5575 et 5580
Réf. : NI - REMA 5575 et 5580 - 06/2021

Le contrat d'assurance complémentaire **CAPITAL SENIOR** a pour objet de vous garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation, constatés médicalement et ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre de votre Régime obligatoire, occasionnés par l'un des événements suivants :

- maladie
- accident

Certaines prestations non couvertes par votre Régime obligatoire peuvent faire l'objet d'une participation de notre part si elles sont prévues par les garanties souscrites.

Les remboursements sont fonction des garanties choisies et indiquées au certificat d'adhésion. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

Le contrat n° 5580 0000 est éligible aux dispositions fiscales de la loi n° 94 – 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin). Le contrat n° 5575 0000 n'entre pas dans ce cadre fiscal et fait l'objet d'un contrat spécifique.

Les dispositions de la notice d'information qui suivent s'appliquent aux contrats n° 5575 0000 et 5580 0000. Le Contrat **CAPITAL SENIOR** est un produit d'assurance souscrit auprès de :

Réunion des mutuelles d'assurances régionales (REMA Assurances)

Siège social : 137, rue Victor-Hugo - 92300 LEVALLOIS-PERRET - RCS PARIS 775 626 377.

Société d'assurances mutuelle à cotisations variables - Entreprise régie par le Code des Assurances.

Par : **Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (AGIS)** Association loi 1901

7 rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret

L'AGIS est une association souscriptrice qui a pour objet de conclure en faveur de ses membres des contrats d'assurance de groupe auprès d'organismes assureurs.

En sa qualité de souscriptrice, elle veille à la bonne exécution des conventions et les adapte en fonction des intérêts de ses membres. Chaque membre de l'association dispose d'un droit de vote à l'assemblée générale.

Le contrat **CAPITAL SENIOR** a été négocié auprès de l'Assureur, par ECA Assurances qui le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires. Les garanties et services d'assistance sont assurés et gérés par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL**, 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 situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Le contrat **CAPITAL SENIOR** est régi par le Code des assurances français.

Le contrat **CAPITAL SENIOR** entre l'AGIS et l'assureur prend effet le 01 août 2018, et se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois.

En cas de résiliation du contrat entre l'AGIS et l'assureur :

- Aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée
- Chaque assuré garanti par ce contrat au moment de la résiliation, pourra le demeurer jusqu'à la fin des garanties.

L'Association et l'assureur peuvent d'un commun accord réviser un ou plusieurs des contrats souscrits. Toute modification des droits et obligations des adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des adhérents, selon les dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances.

Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des nouvelles conditions ; le non-paiement entraîne la résiliation de l'adhésion conformément à l'article 2.10.5 Le non-paiement des cotisations

L'Association et l'Assureur conviennent que le présent contrat est commercialisé à titre exclusif, via son propre réseau commercial par : ECA ASSURANCES

92/98 Boulevard Victor Hugo – 92115 CLICHY CEDEX
SAS de courtage d'assurances au capital de 1009 000 euros.

L'assureur a confié, aux termes d'une délégation, la gestion des adhésions émises dans le cadre du Contrat **CAPITAL SENIOR** à : ECA ASSURANCES

92/98 Boulevard Victor Hugo – 92115 CLICHY CEDEX
SAS de courtage d'assurances au capital de 1 009 000 euros.

Le délégataire, dans le cadre de la Délégation de gestion qui lui est consentie par l'Assureur, apprécie tous les risques, délivre tous certificats, reçoit tous avis et communications, perçoit toutes les cotisations, en donne quittance et adresse tous avis et lettres recommandées. Il est désigné, le délégataire de gestion, dans le texte ci- après.

Votre adhésion au contrat est :

- régie par le droit français. Sa validité et son exécution sont soumis au droit français. Elle est soumise à la réglementation fiscale française en accord avec l'AGIS, et vous-même, les parties s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion ;

- constituée des éléments suivants :

- La présente Notice d'information qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir les prestations.
- Le certificat d'adhésion qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, la formule assurée, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
- Le tableau des garanties qui précise les dépenses de santé assurées et le montant de la participation correspondante et la fiche IPID (document d'information standard sur le produit d'assurance).

REF : NI - REMA 5575 ET 5580 - 06/2021

SOMMAIRE

CHAPITRE I. LES DÉFINITIONS	p.4
CHAPITRE II - FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION	p.7
2.1 - Les personnes assurées	p.7
2.2 - Les conditions et formalités d'adhésion	p.7
2.3 - Vos déclarations	p.8
2.4 - Le choix de la formule de garanties	p.8
2.5 - La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat	p.8
2.6 - La prise d'effet des garanties - Les délais d'attente - La cessation des garanties	p.8
2.7 - La suspension des garanties	p.9
2.8 - La résiliation de l'adhésion au contrat	p.9
2.9 - Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance	p.9
2.10 - Les cotisations	p.10
2.11 - La prescription	p.10
2.12 - La subrogation	p.12
2.13 - Les réclamations - La médiation	p.12
2.14 - L'autorité de contrôle	p.12
2.15 - La protection des données à caractère personnel	p.12
CHAPITRE III - EXPOSÉ DES GARANTIES	p.14
3.1 - Le cadre juridique	p.14
3.2 - Ce que garantit le contrat	p.15
3.3 - La modification des garanties	p.16
3.4 - L'étendue territoriale des garanties	p.16
3.5 - Filassistance	p.16
CHAPITRE IV - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIES	p.17
4.1 - Les cas où la garantie ne s'exerce pas	p.17
4.2 - Les limitations de la garantie santé	p.17
CHAPITRE V - LES RÈGLEMENTS DES PRESTATIONS	p.17
5.1 - Le règlement des prestations	p.17
5.2 - Les renseignements complémentaires	p.18
5.3 - Le contrôle et expertise	p.18
5.4 - Les délais à respecter	p.18
5.5 - Les sanctions	p.18

CHAPITRE I. LES DEFINITIONS

Accident

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

Acte de terrorisme

L'assureur se fonde sur l'article 421-1 du Code pénal. Toute évolution sera applicable au présent contrat. Constituent des actes de terrorisme, lorsqu'elles sont intentionnellement en relation avec une entreprise individuelle ou collective ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation ou la terreur, les infractions suivantes :

- 1° Les atteintes volontaires à la vie, les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, l'enlèvement et la séquestration ainsi que le détournement d'aéronef, de navire ou de tout autre moyen de transport, définis par le livre II du présent code ;
- 2° Les vols, les extorsions, les destructions, dégradations et détériorations, ainsi que les infractions en matière informatique définis par le livre III du présent code ;
- 3° Les infractions en matière de groupes de combat et de mouvements dissous définies par les articles 431-13 à 431-17 et les infractions définies par les articles 434-6 et 441-2 à 441-5 ;
- 4° Les infractions en matière d'armes, de produits explosifs ou de matières nucléaires définies par les articles 222-52 à 222-54, 322-6-1 et 322-11-1 du présent code, le I de l'article L. 1333-9, les articles L. 1333-11 et L. 1333-13-2, le II des articles L. 1333-13-3 et L. 1333-13-4, les articles L. 1333-13-6, L. 2339-2, L. 2339-14, L. 2339-16, L. 2341-1, L. 2341-4, L. 2341-5, L. 2342-57 à L. 2342-62, L. 2353-4, le 1° de l'article L. 2353-5 et l'article L. 2353-13 du code de la défense, ainsi que les articles L. 317-7 et L. 317-8 à l'exception des armes de la catégorie D définies par décret en Conseil d'Etat, du code de la sécurité intérieure ;
- 5° Le recel du produit de l'une des infractions prévues aux 1° à 4° ci-dessus ;
- 6° Les infractions de blanchiment prévues au chapitre IV du titre II du livre III du présent code ;
- 7° Les délits d'initié prévus à l'article L. 465-1 du Code monétaire et financier.

Adhérent

La personne signant le bulletin d'adhésion et désignée au *certificat d'adhésion*.

Adhésion à distance

L'adhésion à distance au contrat **CAPITAL SENIOR** est réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance (mailing, téléphone, Internet).

Age

L'âge de l'assuré est calculé par différence de millésimes, entre l'année de l'adhésion en cours considérée et l'année de naissance. Exemple : Un assuré souscrivant son adhésion à compter du 1er février 2015, né le 2 août 1975, sera considéré avec un âge de 40 ans (2015 – 1975 = 40), et lors du renouvellement de son adhésion au 1er janvier 2016, avec un âge de 41 ans en 2016.

An (par)

Désigne l'année civile

Attentat

L'assureur se fonde sur l'article 412-1 du Code pénal. Toute évolution sera applicable au présent contrat.

Constitue un attentat le fait de commettre un ou plusieurs actes de violence de nature à mettre en péril les Institutions

de la République ou à porter atteinte à l'intégrité du territoire national.

Avenant

Modification de l'adhésion au contrat et document matérialisant cette modification.

Ayants droit

Désigne sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat :

- Le conjoint de l'adhérent bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale
- Les enfants à la charge de l'adhérent ou de son conjoint.

Base de remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

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

Catégories de médecin

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

Chambre particulière :

Prestation, proposée par les établissements de santé qui permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne). Elle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. Elle n'est toutefois pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite. Elle peut être prise en charge dans le cadre des garanties du contrat, pour autant qu'elle soit prévue dans le tableau des garanties, à hauteur du montant journalier qui y figure **et que l'hospitalisation soit supérieure à 24 heures (à minima une nuitée)**.

Médecin conventionné en secteur 1

Il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du Régime obligatoire.

Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP)

En raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire.

Médecin conventionné en secteur 2

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

Médecin conventionné ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

En souscrivant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (anciennement contrat d'accès aux soins) définie par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

Médecin non conventionné

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

Certificat d'Adhésion

Document émis par le Service Gestion de ECA ASSURANCES qui matérialise l'acceptation de la demande d'adhésion et précise les garanties acceptées par l'assureur. Il mentionne notamment le nom de l'adhérent et des personnes assurées, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

Conjoint

On entend par *conjoint* :

- l'époux (se) de l'adhérent non divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement ;
- le partenaire lié par un Pacs (pacte civil de solidarité) tel que défini à l'article 515-1 du Code civil ;
- le concubin de l'adhérent.

En cas de concubinage, l'assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de vie commune.

Couple

Est considéré comme couple, l'Adhérent et son Conjoint.

Date anniversaire de l'adhésion :

Date qui correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion (jour, mois). Elle peut être différente de la date d'échéance principale.

Date d'effet

Date à laquelle débute l'adhésion, les garanties prenant effet à l'expiration du délai d'attente. Elle est indiquée au certificat d'adhésion. Elle peut être différente de la date d'échéance principale.

Déchéance

C'est la perte du droit à la prestation due en cas de sinistre suite au non-respect de la part de l'adhérent de certaines dispositions du contrat.

Délai d'attente

Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Aucune prestation n'est due pour des frais engagés et événement survenant au cours de cette période, pendant toute la durée de l'adhésion. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion

Délégué

ECA ASSURANCES qui, dans le cadre de la Délégation de gestion qui lui est consentie par l'Assureur, a en charge la réalisation des tâches suivantes :

- *Gestion des adhésions*
- *Gestion des cotisations*
- *Gestion des sinistres*

Dépassement d'honoraires

La partie des honoraires dépassant la base de remboursement du Régime obligatoire d'assurance maladie

et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

Domicile

Lieu de résidence principale ou adresse de l'adhérent ou de l'assuré précisé au certificat d'adhésion.

Dossier d'adhésion

Documents contractuels matérialisant l'adhésion, remis par ECA ASSURANCES à l'adhérent :

- Certificat d'adhésion
- Notice d'information
- Tableau des garanties
- Echancier annuel des cotisations

Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

Sur la base du volontariat, les médecins signataires s'engagent à limiter le taux de dépassement d'honoraires et à réduire le reste à charge des assurés. Si ces engagements sont respectés, les professionnels de santé peuvent prétendre à une « rémunération spécifique ».

Ces dispositifs sont constitués de l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée ou OPTAM, destinée à l'ensemble des médecins, et de l'OPTAM-CO, destinée aux médecins qui exercent en chirurgie et en obstétrique.

Échéance

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci si vous avez opté pour un paiement semestriel, trimestriel ou mensuel.

Echéance principale

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

La date d'échéance principale est fixée au 1^{er} janvier de chaque année, simplement le premier renouvellement se fait à la date anniversaire, comme précisé à l'article 2.5.2 modifié.

Enfants

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

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

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

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.

Franchise médicale

En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, c'est une somme

d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'État, des femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse).

Elle s'élève à :

- 0,50 euro par boîte de médicaments délivrés en ville ;
- 0,50 euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 2 euros par jour ;
- 2 euros par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 4 euros par jour.

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

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

Hospitalisation

Tout séjour pris en charge par le Régime Obligatoire de Sécurité sociale dans un établissement hospitalier (clinique ou hôpital, privé ou public) en France ou dans le monde entier. L'hospitalisation doit être prescrite par un médecin, pour y recevoir les soins nécessités par une maladie, une maternité ou un accident garanti. A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le Médecin-conseil de l'Assureur (ou de ses mandataires) peut avoir accès.

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.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables et servent de base pour les calculs des remboursements des Régimes obligatoires et complémentaires. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la Classification commune des actes médicaux (CCAM), la Liste des produits et prestations (LPP) et la Table nationale de biologie (TNB).

Nous

Désigne l'assureur mentionné au certificat d'adhésion.

Nullité

C'est l'annulation pure et simple du contrat ou de l'adhésion qui est censé(e) alors n'avoir jamais existé.

Parcours de soins

Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et à le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation du médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant, il s'agit des gynécologues, ophtalmologues, stomatologues et pour les bénéficiaires âgés de 16 à 25 ans des psychiatres et neuro psychiatres.

Plafond annuel de remboursement

Seuil limite annuel de la prise en charge par l'Assureur d'une dépense pour un type d'acte. Le plafond s'entend par année d'assurance, et ne peut être ni reporté ni cumulé d'une année sur l'autre.

Participation forfaitaire

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

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

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

Période de garantie

Elle correspond à la période pendant laquelle les garanties du contrat vous sont acquises. Elle débute à la prise d'effet de votre affiliation et cesse à la date de résiliation de votre adhésion.

Régime obligatoire - RO

Le Régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel sont affiliés les assurés de l'adhésion au contrat.

Résiliation

C'est la cessation des effets de l'adhésion.

Service Hospitalier Spécialisé

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

Sinistre

L'événement, la maladie ou l'accident, mettant en jeu la garantie, alors que l'adhésion au contrat est en vigueur.

Tarif d'autorité – TA

Tarif forfaitaire servant de base de remboursement au Régime obligatoire pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire.

Tarif de convention – TC

Tarif de base utilisé par le Régime obligatoire pour le calcul des remboursements d'actes réalisés par un professionnel de santé conventionné. Il est déterminé conventionnellement entre les organismes de la Sécurité sociale, les fédérations des différents praticiens de santé et les établissements de soins.

Tarif de responsabilité – TR

Tarif de base utilisé par le Régime obligatoire pour le calcul du remboursement des médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Ticket modérateur - TM

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

Transport

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

Vous

Désigne l'adhérent.

CHAPITRE II : LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHESION

2.1 Les personnes assurées

Pour bénéficier des garanties vous devez :

- être membre de l'AGIS
- résider en France, ou dans les Outre-Mer,
- être majeur civilement responsable,
- être affilié auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit,
- être âgé à l'adhésion d'au moins 55 ans et au maximum - 80 ans pour les formules : Equilibre, Confort, Bien-être, Premium

- 100 ans pour les formules : Budget/Basique/Essentielle/Budget+/Renfort/Energie/Sécurité/Quiétude/Confiance. En cas de non-respect de ces dispositions, vous vous exposez à ce que la nullité de votre adhésion au contrat **CAPITAL SENIOR** soit prononcée.

Votre conjoint et/ou enfants à charge peut également être assurés au titre de votre adhésion, sous réserve qu'il réponde à la définition du lexique. Il est alors inscrit au Certificat d'adhésion et désigné dans la présente notice d'information par le terme « Conjoint »/ « Enfants ».

Dispositions spécifiques au contrat n° 5580 0000 (Loi Madelin : Contrat réservé aux seuls adhérents sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé) :

Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du Régime Obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non-salariés et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

2.2 Les conditions et formalités d'adhésion

2.2.1- La demande d'adhésion

Quel que soit le mode d'adhésion au contrat, vous devez **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 aux réponses aux différents questionnaires.

Vous vous engagez à déclarer à l'Assureur toute modification relative à votre situation entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date à laquelle vous recevez votre certificat d'adhésion.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'adhérent et l'assuré, s'il est différent, s'exposent à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

2.2.2- Les modalités d'adhésion

L'adhésion au contrat **CAPITAL SENIOR** s'effectue selon l'une des modalités proposées et mises à disposition par ECA ASSURANCES :

Adhésion par écrit sur support papier

La demande d'adhésion ainsi complétée et signée doit être adressée à ECA ASSURANCES, accompagnée des pièces

demandées et nécessaires à l'acceptation de l'adhérent. Par la signature, vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion au contrat dont vous avez au préalable pris connaissance.

Après acceptation de l'assureur, vous recevrez par voie postale ou par voie électronique votre dossier d'adhésion.

Adhésion par voie téléphonique

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements que vous fournissez, lors de l'entretien téléphonique, en réponse à la demande d'adhésion qui vise à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation du risque à assurer. Après accord de votre part sur les conditions et caractéristiques de votre adhésion au contrat **CAPITAL SENIOR**, et acceptation de l'assureur, vous recevez par voie postale ou électronique votre dossier d'adhésion. Vous avez également la possibilité d'imprimer l'intégralité des documents sur le site, via votre espace personnel.

L'adhérent, l'Assureur et l'Association conviennent :

- que les enregistrements des conversations, préalablement autorisés par l'adhérent, sont conservés par ECA ASSURANCES et qu'ils constituent la preuve de l'identité de l'adhérent, de son consentement à l'adhésion au contrat **CAPITAL SENIOR**, de la teneur du contrat, des moyens de paiement de la cotisation et des opérations effectuées en cours d'adhésion.

- qu'un document électronique peut constituer un mode de preuve au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même, la preuve apportée par l'adhérent consisterait en un document établi sur support papier.

Adhésion par internet

Vous adhérez au contrat **CAPITAL SENIOR** par internet sur le site www.self-assurance.fr mis en ligne par ECA ASSURANCES. En nous communiquant votre adresse électronique, vous acceptez que les informations relatives à l'exécution de votre adhésion vous soient transmises à cette adresse. En cas de changement d'adresse électronique, vous devez nous en informer dans les plus brefs délais.

Tout au long de la procédure d'adhésion, vous êtes informé de manière claire et compréhensive des différentes étapes à suivre pour la conclusion de l'adhésion, ainsi que des caractéristiques essentielles et des cotisations du contrat.

CAPITAL SENIOR.

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements que vous complétez en réponse à la demande d'adhésion qui vise à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation du risque à assurer.

En signant électroniquement la demande d'adhésion, vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion au contrat **CAPITAL SENIOR** dont vous avez au préalable pris connaissance de la Notice d'information, et vous vous engagez également sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations. Le processus de signature électronique, assuré par le prestataire **DocuSign**, est entièrement sécurisé et garantit l'authenticité et l'intégrité des informations que vous avez communiquées. La signature électronique est un élément indispensable à la validité de votre adhésion.

Dès votre adhésion finalisée, le certificat d'adhésion qui matérialise l'acceptation de l'assureur et comporte le numéro de votre adhésion est émis. Vous recevez un e-mail de confirmation à l'adresse électronique que vous nous avez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre adhésion en ligne par ECA ASSURANCES. Cet e-mail

contient un lien vous permettant d'accéder à nouveau à l'ensemble de votre dossier d'adhésion. Votre adhésion est réputée conclue à la d'envoi dudit mail.

Chaque document contractuel mis à votre disposition, via le mail de confirmation qui vous est adressé, peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format PDF sur le disque dur de votre ordinateur. Ces documents sont également archivés sur un support fiable et durable, et sont accessibles à tout moment dans votre espace personnel pendant un délai conforme aux exigences légales.

2.3 Vos déclarations

2.3.1- À l'adhésion

L'adhésion est établie d'après vos déclarations et la cotisation fixée en conséquence.

Vous devez répondre à l'adhésion avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la proposition d'assurance.

Vous devez déclarer les garanties de même nature souscrites par vous auprès d'autres assureurs.

2.3.2- En cours d'adhésion

En cours d'adhésion, et conformément à l'article L 113-2 du code des assurances, l'Assuré doit informer l'Assureur de tout changement de situation, et notamment :

- tout changement de la composition de la famille (mariage, décès) ;
- toute cessation ou changement d'affiliation d'un des assurés au Régime obligatoire ;
- toute modification des éléments renseignés dans la proposition d'assurance ;
- tout changement de domicile ou fixation hors de France,
- tout changement d'adresse électronique,
- toute souscription de garanties de même nature auprès d'autres assureurs ;

Si les éléments modifiés constituent :

- une aggravation de risque (hors problème de santé), nous pourrions, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Si vous refusez nos nouvelles conditions de garantie, vous devrez nous en informer par lettre recommandée dès la réception de notre notification. Nous procéderons alors à la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 10 jours.
- une diminution de risque, nous pourrions diminuer la prime en conséquence. A défaut, vous pourrez demander la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 30 jours

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique adressé à ECA ASSURANCES, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.

2.3.3- La validité de vos déclarations

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

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

2.3.4- Les conséquences de la fausse déclaration

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances :

- article L. 113-8 – Nullité du contrat ;
- article L. 113-9 – Réduction des indemnités.

2.4 Le choix de la formule de garanties

Le contrat est composé de plusieurs formules de garanties à votre choix.

Au moment de l'adhésion, vous avez la possibilité de choisir la formule de garanties la mieux adaptée à votre situation. Votre choix devra être reporté sur votre bulletin d'adhésion et vaudra tant pour vous-même que pour votre conjoint/ enfants à charge s'il est ayant droit de votre adhésion.

2.5 La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat

2.5.1- La conclusion de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur.

L'acceptation de l'Assureur est matérialisée par l'émission de votre certificat d'adhésion qui indique la date d'effet de l'adhésion, la nature, l'étendue, le montant des garanties ainsi que le détail de la cotisation.

La date de conclusion de l'adhésion est celle de l'acceptation par l'Assureur qui sera indiquée sur votre certificat d'adhésion.

L'adhésion prend effet à la date indiquée au certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la première cotisation. La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant à l'adhésion.

2.5.2- La durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur pour une durée annuelle.

L'adhésion se renouvelle une première fois à la date anniversaire, puis lors de chaque échéance principale, par tacite reconduction sans intervention de la part de l'Adhérent, sauf dénonciation de l'adhérent, de l'assureur, ou de l'association, dans les conditions mentionnées à l'article 2.8. Résiliation de l'adhésion aux contrats.

L'adhésion prend fin à l'extinction de la totalité de vos garanties d'assurance.

2.6 La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties

2.6.1- La prise d'effet

La date d'effet des garanties est indiquée au certificat d'adhésion. L'adhésion produira ses effets le lendemain du jour du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation et au plus tôt à la date fixée au certificat d'adhésion. La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion.

Lorsque l'adhérent demande, postérieurement à son adhésion, l'extension de sa garantie pour un membre de sa famille, jusqu'alors non assuré dans le cadre de l'adhésion, la date d'effet de la garantie de ce nouvel assuré débutera, au plus tôt après expiration du délai d'attente éventuel, le premier jour du mois qui suit la réception de la demande par ECA-Assurances.

2.6.2- Les délais d'attente

Les garanties du contrat ne comportent pas de délai d'attente sauf :

- Frais chambre particulière en cas d'hospitalisation en

secteur spécialisé ou en Centre Hospitalier Spécialisé (hors hospitalisation pour cause accident) - 60 jours

• Frais de lit accompagnement en cas de parent malade de plus de 80 ans (hors hospitalisation pour cause accident) - 60 jours

2.6.3- La cessation des garanties

- La garantie est viagère. Elle cesse toutefois:
 - dès que l'assuré ne répond plus à la définition des personnes assurées
 - à l'égard de chaque assuré, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion

2.7 La suspension des garanties

Votre adhésion et les garanties qui y sont attachées sont suspendues en cas de :

- non-paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code des assurances.

En cas de suspension l'adhésion et les garanties reprennent effet le lendemain du jour où :

- les cotisations arriérées, celles venant à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés en cas de non-paiement
- L'assuré revient vivre en France après un séjour :
 - de plus de 2 mois en une ou plusieurs périodes en dehors du territoire français ;

La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des accidents, maladie survenus pendant cette période.

2.8 La résiliation de l'adhésion au contrat

2.8.1- Par l'Adhérent

L'adhésion peut être résiliée :

- A l'expiration d'un délai d'un an, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois ; puis, ce délai d'un an passé, à la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.
- A tout moment, après un an d'adhésion. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.
- En cas de modification du tarif décidée en fonction de l'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties, et ce dans les 30 jours suivant la date de notification de cette modification.
- En cas de modification du contrat par l'Assureur, dans le cadre la mise en conformité des contrats responsables et dans les conditions prévues à l'article L 112-3 du code des assurances.

L'ajustement, à l'échéance principale, de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation pour l'Adhérent.

L'Adhérent peut résilier son adhésion par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique (Art. R. 53-2 du Code des postes et communications électroniques), ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances. La demande de résiliation doit être adressée à ECA Assurances : 92/98 boulevard Victor Hugo. BP 83 92115 Clichy Cedex, via le formulaire de contact sur le site [www.http://eca-assurances.com](http://eca-assurances.com).

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.

2.8.2- Par l'Assureur

L'adhésion peut être résiliée en cas de :

- non-paiement des cotisations ;
- réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat ;
- aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si l'Assuré n'accepte pas le tarif proposé ;
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues, étant précisé que l'assuré sera déchu de tout droit à prestations en cas de déclaration de sinistre frauduleuse
- en cas de procédure de sauvegarde (article L. 622-13 du Code de commerce), de redressement judiciaire (art. L. 631-14 du Code de commerce), ou de liquidation judiciaire (article L 641-11-1 du Code de commerce) de l'adhérent, et dans le respect des dispositions du code de commerce.

La résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Assureur doit être notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

2.8.3- De plein droit

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur ;
- en cas de décès de l'adhérent,
- pour chaque assuré selon les garanties choisies et couvertes, dans les conditions prévues à l'article 2.6.3 La cessation des garanties.

En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations sont dues pour les soins et traitement en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

Lorsque l'un des renforts est souscrit en option, la résiliation s'effectue dans les mêmes conditions que la garantie principale.

En cas de perte de la qualité d'adhérent à l'AGIS (résiliation du contrat par l'association ou démission de l'adhérent de l'association), l'adhésion au contrat CAPITAL SENIOR est maintenue jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Si la résiliation du contrat CAPITAL SENIOR est à l'initiative de l'assureur, celui-ci s'engage à maintenir des garanties équivalentes aux adhérents qui en feront la demande.

En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations sont dues pour les soins et traitement en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

2.9 Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance

2.9.1- Démarchage à domicile

2.9.1.1) - Définitions

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

révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.»

2.9.1.2) - Modalités et conditions de renonciation

L'adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à la date de conclusion du contrat (*date indiquée sur le certificat d'adhésion*). Il doit pour cela adresser à l'assureur sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle.

2.9.1.3) - Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) (*nom et prénom de l'adhérent*), demeurant à (*domicile principal*) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat CAPITAL SENIOR N° (*numéro d'adhésion*) que j'ai signé le (*date*).

(*Si des cotisations ont été versées*) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la *période de garantie*.

(*En cas de commercialisation à distance*) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

(*Indiquez le lieu, la date et votre signature*).

2.9.2- Vente à distance

Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

2.9.2.1) - Exécution immédiate du contrat

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

La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de renonciation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.

2.9.2.2) - Modèle de lettre de renonciation

L'adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus, sans motif ni pénalités. Ce délai commence à courir :

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

Il doit pour cela adresser à l'assureur sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle.

2.9.2.3) - Modèle de lettre de renonciation

Je soussigné(e) (*nom et prénom de l'adhérent*), demeurant à (*domicile principal*) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat **CAPITAL SENIOR** N° (*numéro d'adhésion*) que j'ai signé le (*date*).

(*Si des cotisations ont été versées*) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la *période de garantie*.

(*En cas de commercialisation à distance*) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

(*Indiquez le lieu, la date et votre signature*).

2.9.2.4) - Conséquence de la renonciation

Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de trente jours suivant la renonciation.

2.9.2.5) - Articles

L. 112-2-1 du Code des assurances

2.10 Les cotisations

2.10.1- Le montant des cotisations

En début d'assurance, le montant de la cotisation correspondant à la formule choisie est fixé en fonction de l'âge des personnes assurées à la prise d'effet de l'adhésion et du lieu du domicile de l'adhérent.

Il évolue également contractuellement, à chaque *échéance principale*, en fonction de l'âge des assurés.

2.10.2 - La variation des cotisations

Les cotisations évoluent à chaque *échéance principale* de l'adhésion en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de la structure de nos remboursements.

Il est convenu que si les bases techniques de détermination de ces taux d'accroissement venaient à être profondément modifiées, un nouvel indice de variation des cotisations serait défini.

Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications des prestations allouées par votre Régime obligatoire et / ou toutes modifications législatives et réglementaires.

Dans ce cas la cotisation sera modifiée à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine *échéance principale de l'adhésion*.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions, toute modification ou ajout de taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale impliquera une variation de cotisations.

2.10.3 - La révision du tarif

L'assureur peut également être amené à modifier son tarif en cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties.

Les révisions tarifaires interviennent à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine *échéance principale de l'adhésion*.

Dans cette hypothèse, vous aurez la faculté de résilier votre adhésion conformément à l'article 2.8 *La résiliation de l'adhésion au contrat*.

2.10.4 - Le paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. Nous pouvons accepter des paiements:

- semestriels
- trimestriels
- mensuels (uniquement par prélèvement automatique)

Il en est alors fait mention au *Certificat d'adhésion*.

2.10.5 - Le non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, l'assureur peut actionner une procédure de résiliation visée à l'article 2.8 *La résiliation de l'adhésion au contrat* en cas de non-paiement d'une ou des cotisations.

2.11 La prescription

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

• Délai de prescription

Article L. 114-1

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

1) en cas de réticence, omission, déclaration 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, notwithstanding les dispositions du 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

• Causes d'interruption de la prescription

Article L. 114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

• Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

• Les causes ordinaires d'interruption

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

Article 2240 du Code civil

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

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

Article 2241 du Code civil

- Demande en justice

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

- Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

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

- Étendue de la prescription quant aux personnes

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

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

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

Article 2246 du Code civil

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

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

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

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

Article 2234 du Code civil

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

Article 2235 du Code civil

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

Article 2236 du Code civil

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

Article 2237 du Code civil

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

Article 2238 du Code civil

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

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

Article 2239 du Code civil

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

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

2.12 La subrogation

En cas d'accident avec un tiers responsable, l'assureur exercera son recours conformément à l'article aux articles L 121-12 et L 131-2 du Code des assurances à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

2.13 Les réclamations – La médiation

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec le professionnel : clients (particuliers ou professionnels), anciens clients, bénéficiaires, personnes ayant sollicité du professionnel la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par un professionnel, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit.

Une demande de service ou de prestation, d'information ou d'avis n'est pas une réclamation.

En cas de RECLAMATION (procédure accessible sur le site <https://eca-assurances.com/reclamation/>) nous

vous recommandons dans un premier temps de contacter votre interlocuteur habituel ou le service relation client ; Si aucune solution n'est trouvée, vous pouvez saisir le service réclamation à l'adresse mail suivante « reclamation@eca-assurances.com » ou par courrier :

**ECA Assurances Service Réclamation
92-98, Boulevard Victor Hugo - BP 83
92115 CLICHY Cedex**

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

Le médiateur de l'assurance peut être saisi après l'écoulement d'un délai de deux (2) mois qui suit l'envoi de votre première réclamation en remplissant le formulaire accessible depuis le site <https://www.mediation-assurance.org>, ou à l'adresse suivante :

**LA MEDIATION de L'ASSURANCE
POLE PLANETE CSCA.TSA 50110
75441 PARIS cedex 09.**

2) S'il s'agit d'une réclamation relative à la mise en œuvre ou l'interprétation des garanties, prestations ou services visés aux présentes (en dehors de tous les actes de souscription et de gestion), la demande peut être également formulée auprès de votre interlocuteur habituel et si sa réponse ne Vous satisfait pas, auprès du Service Relation Client de l'Assureur :

**REMA
Service réclamations
8 rue Henri IV
CS 20263
28008 Chartres**

Par téléphone au 02 37 84 04 50

Par mail : reclamations@rema-assurances.fr

La Médiation de l'Assurance peut également être saisie, après l'écoulement d'un délai de 2 mois qui suit l'envoi de votre première réclamation, en remplissant le formulaire accessible depuis le site <https://www.mediation-assurance.org>, ou à l'adresse suivante :

**La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09**

Le Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance. La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige.

3) En cas de réclamation relative à une adhésion via notre site Internet, Vous avez la possibilité d'utiliser la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

2.14 L'autorité de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) est l'organe de supervision français de la banque et de l'assurance - 4 Place de Budapest, CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

2.15 Protection des données à caractère personnel

2.15.1 Qualité des parties

REMA Assurances et ECA Assurances, en leurs qualité de Responsables de Traitements Conjointes, sont amenés à collecter des données personnelles dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD),

de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et des référentiels édictés par la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés).

REMAAssurances, en sa qualité d'assureur et porteur du risque, détermine les bases légales garantissant la licéité des traitements de données, ainsi que les objectifs et finalités principaux des traitements de données à caractère personnel nécessaires à la passation, la gestion, et l'exécution des contrats d'assurance (garanties couvertes par le contrat, mesures à mettre en œuvre pour répondre aux obligations légales, objectifs en matière de lutte contre la fraude).

ECA Assurances, en sa qualité de courtier et délégataire de gestion, détermine les bases légales des traitements nécessaires à la distribution et à la gestion des contrats, intervient dans la détermination des moyens principaux des traitements (données nécessaires, gestion de la conservation...) et en assure la mise en œuvre technique et opérationnelle.

La relation entre REMA Assurances et ECA Assurances, en leur qualité de responsables de traitement conjoints, fait l'objet d'un acte juridique reflétant les rôles respectifs des responsables conjoints du traitement tels que précisés ci-dessus. Les grandes lignes de cette relation sont disponibles en adressant une demande écrite au Délégué à la Protection des Données (voir coordonnées ci-après).

2.15.2 Finalités des traitements de données personnelles

Les objectifs poursuivis par la collecte des données par les Responsables Conjointes de Traitements et les fondements juridiques des traitements des données sont les suivants :

Finalité : Passation, gestion, exécution des contrats d'assurance	Bases légales des traitements
<ul style="list-style-type: none"> • Etude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés • Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque • Exécution des garanties des contrats • Gestion des contrats et Gestion des clients • Exercice des recours • Gestion des réclamations et des contentieux 	Exécution du contrat
<ul style="list-style-type: none"> • Exécution de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc... ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme) 	Respect d'obligations légales
<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'actions de prévention proposées par l'assureur • Gestion du client intra-groupe • Conduite d'activités de recherche et développement • Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service • Respect des obligations prudentielles prévues par la législation européenne et la législation nationale 	Intérêt légitime
Finalité : Lutte contre la fraude à l'assurance	Bases légales des traitements
<ul style="list-style-type: none"> • Analyse et détection des actes réalisés dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats présentant une anomalie, une incohérence, ou ayant fait l'objet d'un signalement pouvant révéler une fraude à l'assurance, • Gestion des alertes en cas d'anomalies, d'incohérences ou de signalements, • Constitution de listes des personnes dûment identifiées comme auteurs d'actes pouvant être constitutifs d'une fraude, • Gestion des procédures amiables, contentieuses, et disciplinaires consécutives à un cas de fraude, • Exécution des dispositions contractuelles, législatives, réglementaires ou administratives en vigueur applicables consécutivement à une fraude. • Ces traitements permettent de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions présentant un risque de fraude. 	Intérêt légitime
Finalité : prospection commerciale	Bases légales des traitements
<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation des opérations relatives à la gestion des prospects • Acquisition, cession, location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'Organisme d'assurance 	Intérêt légitime

2.15.3 Destinataires et transferts des données à caractère personnel

Les données personnelles sont destinées dans la limite de leurs attributions :

- Aux services du courtier, du gestionnaire et de l'assureur ou à d'autres entités de leur Groupe dès lors que leurs missions le justifient, et notamment à des fins de reporting, de lutte contre la fraude, de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, d'audit et de contrôle,
- Aux réassureurs ou co-assureurs, intermédiaires, partenaires, ou sous-traitants, et à d'autres sociétés d'assurance si celles-ci sont impliquées dans la gestion du

contrat (ex : assureur du tiers victime),

- A des organismes susceptibles d'intervenir dans l'exécution des contrats d'assurance, tels les organismes publics habilités (administration fiscale, ministères concernés, autorités de tutelle, régimes sociaux, ...), ainsi qu'à des organismes professionnels (notamment à l'Agence de Lutte contre la Fraude à l'Assurance ou l'Association pour la Gestion des Informations sur le Risque en Assurance), ou encore aux médiateurs, notaires, avocats, ou juridictions s'il y a lieu.

Vos données sont traitées en France ou au sein de l'Union européenne. Toutefois, si des données personnelles doivent

faire l'objet de transferts vers des pays tiers (notamment à destination de nos sous-traitants), les Responsables de Traitements Conjoints prendront toutes les garanties nécessaires pour encadrer ces transferts (notamment encadrement des transferts à l'aide de Clauses Contractuelles Types émises par la Commission Européenne) et veiller à ce que la protection de vos données s'effectue dans des conditions adaptées permettant de garantir leur sécurité et l'effectivité de vos droits.

2.15.4 Durées de conservation des données

Les données traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats sont conservées durant toute la relation avec les entités Responsables Conjoints de Traitements visées ci-dessus, et jusqu'à expiration des durées légales de prescription incombant aux responsables de traitement conjoints. En cas de non-conclusion d'un contrat, les données (notamment les données de santé) pourront être conservées pour une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du demandeur.

Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, les données pourront être conservées pour une durée de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude si l'alerte est confirmée, et en cas de procédure judiciaire, ces données pourront être conservées jusqu'au terme de la procédure. Ces informations seront ensuite archivées.

En cas d'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, les données pourront être conservées 5 ans maximum à compter de l'inscription.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données sont conservées pour une durée de trois ans maximum après le dernier contact ou la fin de la relation contractuelle.

2.15.5 Droits sur vos données

Vous disposez de droits sur ces données :

- Droit d'accès : vous pouvez obtenir des informations concernant le traitement de vos données ainsi qu'une copie de ces données ; (nb : concernant les données traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) ;
- Droit de rectification : si vos données sont inexactes ou incomplètes, vous pouvez demander à ce qu'elles soient modifiées ou complétées ;
- Droit d'opposition au traitement des données à caractère personnel pour des motifs légitimes, ou droit d'opposition sans motif concernant l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale. Concernant la prospection par téléphone, vous pouvez aussi vous opposer en vous inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition nationale BLOCTEL (www.bloctel.gouv.fr) qui interdit aux professionnels avec lesquels vous n'avez pas de relation contractuelle en cours, de vous démarcher par téléphone.
- Droit à la limitation des données à caractère personnel ;
- Droit à l'effacement : vous pouvez demander l'effacement de vos données sous réserve de l'application de votre contrat ou d'obligations légales de conservation s'appliquant à l'Assureur ;
- Droit à la portabilité des données : vous pouvez demander que les données personnelles que vous nous avez personnellement fournies vous soient rendues ou, lorsque cela est techniquement possible, soient transférées à un tiers ;

- Droit de retirer votre consentement si l'utilisation des données est fondée sur votre autorisation spéciale et expresse ;
- Droit de définir des directives relatives au sort des données à caractère personnel après votre décès.

2.15.6 Exercice de vos droits

Les responsables de traitement conjoints ont chacun désigné un Délégué à la Protection des Données. Pour exercer vos droits, vous pouvez directement prendre contact avec ces derniers aux coordonnées suivantes :

- Pour ECA Assurances, par courrier postal à l'adresse suivante : DPO 92/98 Boulevard Victor Hugo BP 83 92115 Clichy Cedex ou par mail à l'adresse suivante : dpo@Eca-Assurances.com.
- REMA Assurances, par courrier postal à l'adresse suivante : DPO 8 rue Henri IV – CS 20263 – 28008 Chartres Cedex ou par e-mail à l'adresse suivante : DPOrema@rema-assurances.fr.

Vous pouvez également en cas de réclamation choisir de contacter la CNIL : <https://www.cnil.fr>.

CHAPITRE III : LES GARANTIES

3.1 Le cadre juridique

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

Par contrat « solidaire », on entend un contrat frais de santé dont l'adhésion n'est pas soumise à des formalités médicales et dont les cotisations ne sont pas déterminées en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

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

Les règles de prise en charge.

Le contrat doit :

- prendre en charge le ticket modérateur pour tous les actes prévus à l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion :
 - des médicaments remboursés par l'assurance maladie, à hauteur de 30 % ou 15 % du tarif de la Sécurité sociale ;
 - de l'homéopathie ;
 - des cures thermales.
 - prendre en charge, sans limitation de durée, l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale (sauf en établissements médico-sociaux).
 - respecter le plafond prévu en cas de dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux n'ayant pas souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO), anciennement libellé contrat d'accès aux soins (CAS).
- La prise en charge ne pourra pas dépasser la plus petite des deux limites suivantes : 100 % du tarif de responsabilité et le montant de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins souscripteurs minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité
- respecter un plafond et un plancher de remboursement sur les frais d'optique.

- permettre à l'assuré de pouvoir bénéficier, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, du mécanisme de tiers payant sur les garanties prévues pour les contrats responsables.

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

Les interdictions de prise en charge Le contrat :

- ne peut pas prendre en charge la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.

- ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues aux II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.

- doit laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévu au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

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

3.2 Ce que garantit le contrat

Dans les conditions et limites de la garantie choisie, mentionnées au certificat d'adhésion et reprise au tableau de garanties, le contrat garantit :

- le remboursement des frais médicaux ;
- le versement d'indemnités forfaitaires ;
- la dispense d'avance de frais (Tiers payant).

3.2.1- Le remboursement des frais médicaux

L'hospitalisation médicale ou chirurgicale

- les frais de séjour secteur conventionné ou non conventionné ;
- les interventions chirurgicales ;
- les actes d'anesthésie et d'obstétrique ;
- l'hospitalisation à domicile ;
- les frais de transport du malade accepté par le Régime Obligatoire ;
- le forfait hospitalier pour une durée illimitée ;
- la chambre particulière à l'exclusion de l'hospitalisation de jour ou en service spécialisé ;
- Frais de location TV (hors maternité)
- le remboursement d'un lit d'accompagnant : parent malade de plus de 80 ans (à l'exclusion de l'hospitalisation en service spécialisé) ;

L'hospitalisation de jour ou secteur spécialisé

- les frais de séjour et honoraires secteur conventionné hospitalisation de jour ou service spécialisé ;
- le forfait hospitalier pour une durée illimitée ;
- la chambre particulière ;

Le dentaire

- les soins dentaires, la prophylaxie, la parodontologie et la prévention remboursés par la Sécurité sociale
- les inlays et onlays remboursés par la Sécurité sociale
- l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale
- les prothèses dentaires et inlay-cores remboursés par la Sécurité sociale dans la limite des plafonds indiqués au certificat d'adhésion
- les frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale, l'implantologie, les prothèses, l'orthodontie, la

parodontologie dans les limites des montants indiqués au certificat d'adhésion.

Les garanties dentaires remboursées sont majorées dans les conditions et limites précisées dans les dispositions personnelles à compter de la 3^{ème} année. Cette majoration est réalisée sur le taux de garantie de la 1^{ère} année : + 25% de la BR sur les actes dentaires pris en charge par le RO.

Selon la formule choisie, il peut être prévu sur le poste dentaire un plafond de remboursement par an et par bénéficiaire (hors soins et orthodontie). Son montant est mentionné dans le tableau des garanties correspondant à la formule de garantie souscrite joint au certificat d'adhésion de l'adhérent.

Lorsque le plafond annuel de remboursement dentaire est atteint, et sous réserve que la prestation concernée soit prise en charge par le Régime Obligatoire de l'assuré, la garantie interviendra dans les conditions prévues pour les contrats responsables.

L'optique

- les verres ;
- la monture ;
- les lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité sociale ;
- la chirurgie réfractive.

Pour répondre aux critères des contrats « responsables », la garantie Santé comprend un forfait optique dont le montant incluant le *Ticket modérateur* est mentionné au tableau des garanties. Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 ans et par bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 €. La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de prise d'effet de la garantie de l'adhésion de chaque assuré.

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

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

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

La médecine courante

- les consultations et visites ;
- les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux ;
- les analyses et examens de laboratoires ;
- les actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie ;
- les actes de spécialité : les actes techniques médicaux (ATM) ;
- les médecines douces et auxiliaires médicaux non remboursées (Ostéopathes, Acupuncteurs, Diététiciens, Chiropracteurs, Pédicures, Podologues, Homéopathes) si prescrites sur ordonnance par un médecin. (Un forfait par an et par bénéficiaire).

La pharmacie

- les médicaments et l'homéopathie remboursée par la Sécurité sociale ;

Les prothèses et les appareillages

- les prothèses auditives, orthopédiques et capillaires ;

- le versement d'un forfait annuel et par bénéficiaire pour les prothèses auditives.

Les cures thermales

- le versement d'un forfait par an et par bénéficiaire, en cas de cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale.

Les soins à l'étranger

- Remboursement des soins reçus à l'étranger et pris en charge par le RO.

Les actes de prévention

Les dépenses de prévention remboursées par le RO sont prises en charge dans la limite de 2 actes par an et par bénéficiaire.

3.2.2- La dispense d'avance de frais (Tiers payant)

Les assurés bénéficient de la dispense d'avance des frais, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, sur les prestations faisant l'objet des garanties prévues pour les contrats responsables et indiquées sur l'attestation de tiers payant.

La prise en charge peut être obtenue sur simple présentation de votre attestation de tiers payant en cours de validité, sous réserve que le professionnel de santé ou l'établissement de santé accepte le tiers payant.

En dehors du parcours de soins, le tiers payant n'est pas possible.

3.3 La modification des garanties

Les modifications de garanties à la hausse ou à la baisse ne pourront se faire qu'à la date d'échéance principale de l'adhésion, sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date.

En cas d'augmentation de garantie, les délais de carence sont réinitialisés et les plafonds dentaires de première année du nouveau niveau de garantie sont applicables.

De même, toute modification de garantie annule le nombre d'années d'adhésion pris en compte pour l'attribution du bonus fidélité en dentaire.

Les modifications s'appliquent à l'ensemble des assurés de l'adhésion.

3.4 L'étendue territoriale des garanties

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

3.5 Filassistance international

Dans le cadre de votre adhésion au contrat **CAPITAL SENIOR**, vous bénéficiez de la garantie assistance. Les prestations d'assistance accordées aux bénéficiaires sont présentées dans les conventions d'assistance souscrites auprès de la société FILASSISTANCE INTERNATIONAL ci-après nommée l'assisteur. Le détail de ces garanties est détaillé dans l'annexe 1 jointe à votre notice d'information valant conditions générales.

COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE INTERNATIONAL

- Téléphone : 01 70 36 06 52
- Télécopie : 01 53 21 24 88

24 heures sur 24, en indiquant le numéro de votre convention d'assistance : 000002005

IMPORTANT : Pour que les prestations d'assistance soient acquises, FILASSISTANCE INTERNATIONAL doit avoir été prévenue (par téléphone, fax) et avoir donné son accord préalable ECA-ASSURANCES a souscrit au profit de ses adhérents la présente convention d'assistance n°000002005 auprès de FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

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 INTERNATIONAL, 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 situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

ECA-Assurances est une société par actions simplifiée de courtage d'assurances, immatriculée sous le n°402 430 276 RCS NANTERRE, dont le siège social est situé 92/98 Boulevard Victor Hugo BP 8392115 CLICHY Cedex. Inscrite au registre ORIAS sous le numéro 07 002 344 (www.orias.fr).

CHAPITRE IV : LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIES

4.1 Les cas où la garantie ne s'exerce pas

Sont exclus le remboursement de frais de soins qui sont la conséquence de maladies et d'accidents, ainsi que leurs suites et conséquences résultant :

- **d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ainsi que ses conséquences, ayant causé et / ou susceptible de causer un dommage à un tiers. Le tiers visé ci-avant s'entend comme toute personne physique ou morale, en ceux y compris toute autorité chargée du maintien de l'ordre et de la sécurité ou les établissements publics ;**
- **de l'usage de drogues ou de stupéfiants non médicalement prescrits ou de substances illicites ;**
- **de l'alcoolisme, de l'ivresse ou de la démence ;**
- **de la participation de l'assuré à des rixes sauf légitime défense ;**
- **de la guerre étrangère, de la guerre civile ;**
- **de la participation active ou la complicité de l'assuré à des émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme et de sabotage et d'attentat ou de troubles quels qu'ils soient et où qu'ils aient lieu ;**
- **de cataclysme ;**
- **de la désintégration du noyau atomique, de l'émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité.**

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

- **de maladies médicalement constatées ou accidents survenus à l'occasion du service national ou de périodes**

- **militaires supérieures à un mois ;**
- **d'hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour ;**
- **de traitements esthétiques non consécutifs à un accident garanti ;**
- **de frais de diététique (hospitalisation et traitements) ;**
- **de cures de rajeunissement, sommeil et amaigrissement ainsi que leurs suites ;**
- **de traitements par psychanalyse ;**
- **de frais de voyage et de séjour en établissement thermal, en établissement médico-social, en établissement à caractère sanitaire, de vacances, en aérium, home d'enfants ;**
- **de la pratique des sports à titre professionnel ou à titre amateur avec compétitions au niveau national ou international ainsi que les entraînements y afférent ;**
- **de la pratique des sports mécaniques et aériens (ainsi que l'alpinisme et la spéléologie).**
- **les frais de chambre particulière et de télévision lors de séjour en Centre Hospitalier Spécialisé.**

4.2 Les limitations de la garantie santé

Pendant les six premiers mois d'assurance, le remboursement des honoraires des médecins, chirurgiens et anesthésistes non adhérents DPTAM, au cours d'une hospitalisation, est limité aux garanties de la formule BIEN-ETRE.

- Les frais de télévision sont pris en charge dans la limite de 15 jours par an.
- Pour les séjours en secteur spécialisé ou en Centre Hospitalier Spécialisé, la prise en charge de la chambre particulière est limitée à 30 jours par an pour la formule CONFORT et à 45 jours par an pour la formule BIEN-ETRE.
- Les frais d'optique sont remboursés dans la limite d'un équipement complet (Verres+Monture) par période de 2 ans.

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

CHAPITRE V

5.1 Le règlement des prestations

5.1.1- La procédure simplifiée

La télétransmission

Dans les départements où nous avons signé un accord avec votre caisse d'assurance maladie, nous vous faisons bénéficier d'un système simplifié de remboursement de vos dépenses.

Directement reliés aux services informatiques des différentes caisses, nous ferons un traitement simultané du calcul de notre participation au remboursement des frais exposés et effectuerons le paiement correspondant. Ainsi, vous n'aurez pas à nous transmettre le décompte des prestations de votre régime obligatoire français.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de cette possibilité, vous devez le notifier par écrit à ECA ASSURANCES.

Le règlement de notre participation s'effectuera alors selon la procédure classique.

Le tiers payant

Une attestation de tiers payant est délivrée à l'adhérent lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais pour les prestations indiquées sur l'attestation selon les modalités précisées.

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

L'adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement son attestation en cours de validité.

5.1.2- La procédure classique

Lorsque vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, ou que le règlement des frais n'a pas été effectué directement au professionnel de santé, pour obtenir le remboursement des dépenses prises en charge selon la formule de garanties souscrite, vous devez faire parvenir à ECA ASSURANCES les pièces mentionnées ci-après, accompagnées, le cas échéant, du refus de prise en charge du Régime obligatoire.

5.1.2.1) Les remboursements de la garantie santé

La médecine courante

- Les décomptes originaux des prestations du régime obligatoire

L'hospitalisation

- L'original du décompte des prestations du régime obligatoire.
- Les originaux des factures de l'établissement hospitalier, les notes d'honoraires des chirurgiens et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, lorsque les frais n'ont fait l'objet d'aucun remboursement par le régime obligatoire.

L'optique

- L'original du décompte du régime obligatoire; la facture détaillée établie par l'opticien.
- La facture détaillée acquittée établie par l'opticien pour les lentilles prescrites non remboursées.

Le dentaire

- L'original du décompte du régime obligatoire; la facture détaillée établie par le dentiste.

La chirurgie réfractive

- La prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier

Les prothèses et les appareillages

- L'original du décompte du régime obligatoire; la facture détaillée.

La médecine naturelle non remboursée

- Les notes d'honoraires et autres factures acquittées justifiant les dépenses réelles ; l'original de l'ordonnance établie par un médecin.

Pour tenir compte de la situation particulière de certains dossiers, l'assureur et ECA ASSURANCES se réservent la possibilité de demander des pièces complémentaires à celles figurant dans le tableau ci-dessus. Le cumul des divers remboursements obtenus par l'adhérent ne peut excéder la dépense réelle.

5.1.3- Le paiement des prestations

Le remboursement des frais médicaux est toujours établi à l'ordre de l'adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'État Français.

5.2 Les renseignements complémentaires

Notre médecin-conseil peut vous demander tous renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident

traité, et notamment de répondre à un questionnaire ou de fournir une attestation médicale.

Vous devez lui communiquer ces renseignements directement, et à son attention exclusive.

5.3 Le contrôle et expertise

Sauf cas de force majeure, l'assuré malade ou accidenté doit, le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par nous. L'assuré a la possibilité de se faire représenter par un médecin de son choix. Les honoraires du médecin que nous avons mandaté sont à notre charge, l'assuré conservant à sa charge ceux éventuellement exposés en cas d'assistance par le médecin de son choix.

La décision sera communiquée à l'assuré par notre médecin-conseil.

Toute contestation de l'adhérent sur les conclusions de l'expert entraînera la procédure qui suit :

Expertise contradictoire : en cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin

Compromis d'arbitrage : si un désaccord sur l'état de santé de l'adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le président du tribunal de grande instance du domicile de l'adhérent situé en France.

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties.

5.4 Les délais à respecter

Les demandes de remboursement doivent parvenir à ECA ASSURANCES dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de *déchéance*. **Le délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.**

5.5 Les sanctions

Si l'assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, nous pouvons refuser notre remboursement.