Notice d'information valant Conditions générales du contrat Complémentaire Santé « ACTIFS » n° 750/672605/00000 ou n° 616/672599/00000 et de ses options et modules facultatifs n° 616/672599/70000, n° 616/672599/80000 et n° 750/672602/00000

Le présent contrat a été conclu entre les soussignés :

ASSOCIATION EUROPÉENNE D'ÉPARGNE DE RETRAITE ET DE PRÉVOYANCE - AEERP
Association Loi 1901
4, square de l'Opéra Louis Jouvet
75009 PARIS

ci-après dénommée « **L'ASSOCIATION CONTRACTANTE** », d'une part,

et

GROUPAMA GAN VIE
Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 € - RCS Paris 340 427 616 - APE 6511 Z
Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08
Entreprise régie par le code des assurances et
soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09
Les produits d'assurances distribués sous la marque Gan Eurocourtage via les courtiers sont ceux de Groupama Gan Vie.

ci-après dénommé « **L'ASSUREUR** », d'autre part,

par l'intermédiaire de **HENNER**, le Courtier conseil et le Gestionnaire :
SAS de gestion et de courtage d'assurances - Capital de 8 212 500 € - RCS Nanterre 323 377 739 -
TVA intra-communautaire FR 48323377739 - Intermédiaire en assurances enregistré à l'ORIAS sous le numéro 07002039
Siège social : 14 boulevard du Général Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine
soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09

ci-après dénommé « **HENNER** » ou « **LE COURTIER** ».

→ SOMMAIRE DE LA NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

TITRE I - GENERALITES 3

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT 3
ARTICLE 2 - DEFINITIONS 4

TITRE II - REMBOURSEMENT DES FRAIS DE SANTE 9

ARTICLE 3 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES - NATURE DES REMBOURSEMENTS 9
ARTICLE 4 - MONTANT DES REMBOURSEMENTS 10
ARTICLE 5 - RISQUES EXCLUS 11
ARTICLE 6 - REGLEMENT DES PRESTATIONS - DECHEANCE DE GARANTIES - FAUSSES DECLARATIONS - RECOURS SUBROGATOIRE 11

TITRE III - AUTRES INDEMNITES 13

ARTICLE 7 - NAISSANCE ET ADOPTION 13
ARTICLE 8 - CURE THERMALE 13
ARTICLE 9 - INDEMNITE JOURNALIERE HOSPITALIERE 13

TITRE IV - SERVICES TIERS PAYANT ET CALCUL DU RESTE A CHARGE 14

ARTICLE 10 - TIERS PAYANT 14
ARTICLE 11 - CALCUL DES FRAIS RESTANT A VOTRE CHARGE 14

TITRE V - FORMULES DE BASE, FORMULES OPTIONNELLES ET MODULES OPTIONNELS DE GARANTIES - MONTANT DES PRESTATIONS 15

ARTICLE 12 - FORMULES DE BASE, FORMULES OPTIONNELLES ET MODULES OPTIONNELS DE GARANTIES - MONTANT DES PRESTATIONS 15

TITRE VI - EXÉCUTION DU CONTRAT 25

ARTICLE 13 - REFERENCE LEGALE - PRESCRIPTION 25
ARTICLE 14 - DATE D'EFFET - DUREE - RECONDUCTION - RESILIATION - MODIFICATION DU CONTRAT 26
ARTICLE 15 - ADHESION DES MEMBRES DE L'ASSOCIATION CONTRACTANTE 26
ARTICLE 16 - PERSONNES GARANTIES 26
ARTICLE 17 - PRISE D'EFFET DE L'INSCRIPTION AU CONTRAT ET DES GARANTIES - MODIFICATION DES AYANTS DROIT 27
ARTICLE 18 - CESSATION DE L'ADHESION ET/OU DE L'INSCRIPTION - CESSATION DES GARANTIES 28
ARTICLE 19 - INFORMATION DES ADHERENTS 28
ARTICLE 20 - RECLAMATION, MEDIATION, PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES, DEMATERIALISATION DES ECHANGES RELATIFS AU CONTRAT D'ASSURANCE, LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME 28
ARTICLE 21 - COTISATIONS 31

TITRE VIII - REVISION 31

ARTICLE 22 - REVISION 31

Titre I - Généralités

L'ASSOCIATION EUROPÉENNE D'ÉPARGNE, DE RETRAITE ET DE PRÉVOYANCE - AEERP a souscrit auprès de Groupama Gan Vie, par l'intermédiaire de HENNER, un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative.

Ce contrat est régi par le Code des assurances et notamment ses articles L.141-1 et suivants. Vos déclarations servent de base à l'application des garanties. Le contrat relève de la branche 2 (maladie) de l'article R. 321-1 du Code des assurances.

Article 1 - Objet du contrat

Le présent contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, complémentaire au Régime obligatoire de protection sociale, a pour objet le versement de prestations, dans la limite des frais réels, en remboursement des frais de santé que vous engagez et, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat, de ceux engagés par vos ayants droit définis à l'article 2 ci-après.

Le contrat n° **750/672605/00000** prévoit une formule de garantie non responsable, dénommée ci-après formule « **Hospitalisation** ».

Le contrat n° **616/672599/00000** prévoit cinq (5) autres formules de garanties responsables dites « de base », accordant des niveaux différents de remboursement et de prestations. Ces formules de garanties sont dénommées ci-après :

- Formule « **Sécurité** » ;
- Formule « **Bien-être 1** » ;
- Formule « **Bien-être 2** » ;
- Formule « **Optimale 1** » ;
- Formule « **Optimale 2** ».

Vous pouvez souscrire à la formule de garanties de votre choix dans les conditions indiquées à l'article 17 ci-après.

En complément des formules de base n° 616/672599/00000, le contrat prévoit également :

- Deux (2) formules de garanties optionnelles « **Indemnité journalière hospitalière** », dénommées ci-après « IJH option 1 » et « IJH option 2 », et ayant pour objet de garantir aux assurés une indemnité forfaitaire journalière au titre d'une ou plusieurs hospitalisations ayant le même fait générateur, sous couvert que l'hospitalisation soit prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale.

  Vous disposez de la faculté de souscrire pour vous-même ainsi que pour vos ayants droit à l'une ou l'autre de ces formules optionnelles en complément de la formule de base responsable souscrite, étant précisé qu'elles ne sont en aucun cas cumulables. Ces formules optionnelles, complémentaires et facultatives, sont référencées sous le numéro « **616/672599/70000** ».

  Les prestations ainsi que les conditions et limites afférentes à ces formules optionnelles sont présentées au titre III de la présente notice d'information, ainsi qu'aux tableaux de garanties figurant à l'article 12.
- Deux (2) modules optionnels de garanties non responsables, dénommés ci-après « **Renfort Plus** » et « **Renfort Intégral** ». Ces modules optionnels améliorent, pour certains actes ou frais, le niveau des garanties retenues. Ces modules optionnels, complémentaires et facultatifs, sont référencés sous le numéro **750/672602/00000**.
- Un (1) module optionnel de garanties responsables, dénommé ci-après « **Renfort Bien-être** ». Ce module optionnel améliore pour certains actes ou frais, le niveau des garanties retenues. Ce module optionnel, complémentaire et facultatif, est référencé sous le numéro **616/672599/80000**.

Il est précisé que les prestations versées au titre de ces modules optionnels de garanties complètent celles servies au titre de la formule de base que vous avez retenue. Vous disposez de la faculté de souscrire pour vous-même ainsi que pour vos ayants droit à l'un ou l'autre de ces modules optionnels, étant précisé qu'ils ne sont en aucun cas cumulables.

Par ailleurs, il est rappelé qu'en aucun cas, ces formules et modules optionnels de garanties ne peuvent-être souscrits avec la formule « Hospitalisation ».

Les tableaux figurant à l'article 12 reprennent les garanties proposées pour chacune des formules de base proposées ainsi que des formules et modules optionnels pouvant être souscrits au titre d'un renfort. La formule de base ainsi que les formules et modules optionnels de garanties retenus, pour vous-même ainsi que pour vos ayants droit le cas échéant, sont indiqués au certificat d'adhésion.

Enfin, GROUPAMA GAN VIE a mandaté HENNER comme délégataire pour tout ou partie de la gestion administrative des affiliations au contrat. Dans le cadre de cette délégation, le délégataire met à disposition des services d'assistance. Il est précisé que GROUPAMA GAN VIE n'est en aucun cas partie prenante à ces services d'assistance. En conséquence, l'assureur ne peut être tenu pour responsable en cas de différend né à l'occasion de la mise en œuvre desdits services auprès des personnes assurées, ainsi qu'en cas de rupture ou de modification des dispositions contractuelles y afférent.

Les frais pris en compte par l'assureur sont décrits en détail à l'article 3 et au Titre 3. Il est précisé que ce contrat satisfait aux conditions exigées par les Pouvoirs publics pour répondre aux définitions de « contrat solidaire » et « contrat responsable » au sens de l'article 2 ci-après, **à l'exception de la formule « Hospitalisation » n° 750/672605/00000 et des modules optionnels « Renfort Plus » et « Renfort Intégral » n° 750/672602/00000.**

Article 2 - Définitions

Accident : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure

Adhérent : Membre de l'association contractante à jour de ses cotisations, âgé de moins de 65 ans révolus à la date de signature de sa demande d'adhésion au contrat (l'âge est déterminé par différence de millésime), adhérant au contrat et :

- répondant aux conditions d'adhésion prévues à l'article 15,
- résidant en France métropolitaine et relevant d'un régime obligatoire de protection sociale tel que défini ci-après.

Aides auditives : Appareils améliorant l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Synonymes : audioprothèses, prothèses auditives, appareils auditifs.

Analyses et examens de laboratoire : Il s'agit de l'ensemble des actes (prélèvements, analyses…) généralement réalisés par un laboratoire de biologie médicale.
Synonymes : examens de laboratoire, biologie médicale, analyses médicales.

Assureur et délégataire : Groupama Gan Vie (assureur). En outre, Groupama Gan Vie a confié à HENNER (courtier gestionnaire) tout ou partie de la gestion des adhésions et de la mise en œuvre des garanties afférentes au contrat.

Auxiliaires médicaux : Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, etc - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le Régime obligatoire de protection sociale. Synonyme : professionnel paramédical.

Ayant(s) droit : Pour l'application des dispositions du contrat, sont considérés comme ayant(s) droit, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat :

- votre conjoint, partenaire ou concubin (tels que définis ci-après), sous couvert qu'il soit âgé d'au moins 18 ans et de moins de 85 ans révolus à sa date d'adhésion au contrat,
- vos enfants à charge (tels que définis ci-après).

Base de remboursement (BR) : Tarif servant de référence au Régime obligatoire de protection sociale pour déterminer le montant de son remboursement.
On distingue :

- le tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession ;
- le tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention ;
- le tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Synonymes : base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, tarif de remboursement du Régime obligatoire.

100 % Santé : Dispositif par lequel certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires sont intégralement remboursées par le régime obligatoire de protection sociale et les contrats Complémentaire santé responsables (donc sans frais restant à la charge des personnes assurés) sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés (prix limites de vente pour les équipements d'optique et les aides auditives et honoraires limites de facturation pour les prothèses dentaires).
Pour ces soins identifiés sous le terme de panier « 100 % santé », qui sont définis règlementairement, les opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100 % santé ».
Les contrats Complémentaire santé responsables doivent obligatoirement rembourser la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste et le montant remboursé par le régime obligatoire de protection sociale, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100 % santé ».
Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100 % santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100 % santé », sous réserve qu'il en existe un qui réponde au besoin de santé.

Chambre particulière : Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne). La chambre individuelle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement comme dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite.
Une chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une hospitalisation ambulatoire.
Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services.
Il peut être remboursé par l'assurance maladie complémentaire dès lors que le tableau de garanties le prévoit.

Chirurgie réfractive : Désigne les différentes techniques chirurgicales (telles notamment l'opération de la myopie au laser) qui permettent de corriger les défauts visuels. Le Régime obligatoire de protection sociale ne prend pas en charge ces opérations.

Concubinage : Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

Concubin : Personne avec laquelle vous vivez en concubinage, exerçant ou non une activité professionnelle et bénéficiant d'un régime obligatoire de protection sociale, dans la mesure où :

- vous et votre concubin partagez le même domicile,
- vous et votre concubin êtes libres de tout autre lien de même nature (c'est-à-dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un pacte civil de solidarité - PACS) et,
- qu'une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés, certifiant que le concubinage est notoire et indiquant votre numéro de Sécurité sociale et le cas échéant celui de votre concubin, est adressée à

l'assureur.

En cas de concubins multiples, seul celui qui se trouve à la charge effective, totale et permanente de l'adhérent sera pris en compte. À défaut ou en cas de pluralité de concubins répondant à cette dernière définition, seul le plus âgé sera retenu.

En cas de mariage de l'adhérent ou de conclusion d'un PACS par l'adhérent, le concubin ne peut plus être considéré comme ayant droit.

L'assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de la situation de concubinage, notamment une attestation du régime obligatoire de protection sociale ainsi que toutes pièces libellées au nom des 2 concubins ou de chacun d'entre eux, de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif, datées de moins de 3 mois et faisant mention du domicile, telles que contrat de bail, facture, relevé bancaire, avis d'imposition, permettant de justifier de l'existence du domicile commun.

Conjoint : Personne avec laquelle vous êtes mariée, non séparé de corps judiciairement, exerçant ou non une activité professionnelle et bénéficiant d'un régime obligatoire de protection sociale

Consultation de psychologue prise en charge par le RO : Séance d'accompagnement psychologique réalisée par un psychologue dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice en centre de santé ou en maison de santé faisant l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale dans le cadre de l'article L. 162-58 du Code de la Sécurité sociale.

Ces séances d'accompagnement psychologique doivent être distinguées des actes ou frais de psychologues non pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale.

Contractante : Association Européenne d'Épargne de Retraite et de Prévoyance - AEERP : Personne morale qui souscrit le contrat afin d'en faire bénéficier ses adhérents et s'engage aux obligations correspondantes.

Contrat « solidaire et responsable » - Contrat non responsable : Une Complémentaire santé est qualifiée de « solidaire » lorsque s'agissant d'un contrat d'assurance de groupe, l'organisme assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts.

Une complémentaire santé est qualifiée de « responsable » lorsqu'elle répond aux conditions définies par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et les textes publiés pour son application (articles R.871-1 et R.871-2 dudit code).

Une complémentaire santé « responsable » doit :

- prendre en charge l'intégralité du ticket modérateur (exception possible pour certains frais ou actes énumérés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale précité) ;
- prendre intégralement en charge, dans la limite des prix limites de vente et honoraires limites de facturation, les frais d'acquisition d'aides auditives, de lunettes (soit pour un équipement complet : une monture et deux verres) et de prothèses dentaires appartenant au panier « 100 % santé » ;
- lorsqu'elle prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins prévoir des montants de remboursement complémentaires inférieurs lorsque le médecin n'adhère pas à l'un des DPTAM définis ci-après et limiter, en tout état de cause, le remboursement des dépassements d'honoraires de ce médecin à un plafond spécifique ;
- prendre en charge le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4 2 du Code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée ;
- lorsqu'elle prévoit la prise en charge des frais d'acquisition de lunettes (soit pour 1 équipement complet : une monture et deux verres) n'appartenant pas au panier « 100 % santé » au-delà de la base de remboursement retenue par le régime obligatoire, fixer le montant de son remboursement complémentaire à l'intérieur des planchers et plafonds de garantie prévus par la réglementation (intégrant un remboursement plafonné de la monture) et respecter les fréquences de prise en charge de ces frais.
- lorsqu'elle prévoit la prise en charge des frais d'acquisition d'aides auditives n'appartenant pas au panier « 100 % santé » au-delà de la base de remboursement retenue par le régime obligatoire, fixer le montant de son remboursement complémentaire dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation pour ces frais et respecter la fréquence de prise en charge de ces derniers.

Une complémentaire santé « responsable » doit également permettre à la personne assurée de bénéficier auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent ce dispositif, d'un système de Tiers Payant tel que défini à l'article 10 ci-dessous.

En revanche, une complémentaire santé « responsable » ne rembourse pas :

- **les majorations du ticket modérateur appliquées à titre de sanction par le régime obligatoire de protection sociale, lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un médecin hors parcours de soins ;**
- **tout ou partie des dépassements d'honoraires que certains médecins spécialistes sont autorisés à appliquer pour les consultations et actes réalisés hors parcours de soins coordonnés ;**
- **la participation forfaitaire, applicable pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale ainsi que prévu au II de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;**
- **les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport, ainsi que prévu au III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.**

La formule « Hospitalisation » n° 750/672605/00000 et les modules optionnels « Renfort Plus » et « Renfort Intégral » n° 750/672602/00000 ne répondent pas au cahier des charges du contrat responsable et ne peuvent donc pas bénéficier des avantages sociaux et fiscaux précités.

Toutefois, il ne prend pas en charge les minorations de remboursement du RO et les dépassements d'honoraires autorisés en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés ou de refus d'accès au dossier médical personnel, ainsi que les participations forfaitaires et franchises médicales applicables sur les médicaments, les

actes paramédicaux et les transports sanitaires précités.

Délai de carence : Période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas encore - ou de manière limitée - bien que l'affilié verse la cotisation globale afférente aux garanties souscrites.
Synonyme : délai d'attente.

Dentaire : Ce terme désigne les actes et prestations bucco-dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste, un orthodontiste ou un stomatologue et qui comprennent : les soins dentaires (consultation, détartrage, etc.), les prothèses dentaires, l'orthodontie, la parodontologie, l'implantologie, etc.

Dépassement d'honoraires : Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement du régime de protection sociale et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

Devis : Document établi par certains professionnels de santé, présentant les soins ou les prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

Dispositifs de pratique tarifaire maitrisée - DPTAM (Option pratique tarifaire maitrisée - OPTAM/Option pratique tarifaire maitrisée chirurgie et obstétrique - OPTAM-CO) : Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-Co) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. L'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1er janvier 2013). L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (Optam-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.
Pour savoir si un médecin a adhéré à l'Optam ou l'Optam-co, le site annuairesante.ameli.fr est à la disposition de tous.

Enfant à charge : Enfant de l'adhérent, de son conjoint, partenaire ou concubin :

- âgé de moins de 28 ans, n'exerçant aucune activité professionnelle autre que temporaire (emploi saisonnier, etc.) ou accessoire (petit travail d'appoint, etc.). L'enfant âgé de 21 ans ou plus devra justifier de la poursuite d'études par tout moyen probant, notamment un certificat de scolarité ou une carte d'étudiant en cours de validité, au titre de l'année concernée, ou être sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le code du travail. S'il ne peut justifier de la poursuite d'études ou d'un contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le code du travail, tel que ci-avant prévu, il devra être à la charge du foyer fiscal de l'adhérent ou de son concubin en raison de sa prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu. Sont également pris en compte les enfants à la recherche d'un 1er emploi et inscrit à ce titre à Pôle Emploi, au terme de ses études, de son apprentissage ou de sa formation en alternance et ce depuis moins de 6 mois.
- quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoit l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés.

La personne handicapée qui remplit les conditions d'attribution de cette allocation mais à laquelle celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources peut être garantie.

Envoi recommandé électronique : équivalent à l'envoi par lettre recommandée dès lors qu'il satisfait aux exigences de l'article L. 100 du Code des postes et communications électroniques.

Évolution de la vue : La justification d'une évolution de la vue (telle que définie par la règlementation et figurant dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale) entraînant la prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale et l'assureur d'une paire de lunettes (soit une monture et deux verres) par période d'un an au lieu de deux pour les adultes et enfants de 16 ans et plus, et sans délai pour les enfants de moins de 16 ans, résulte :

- soit de la prescription médicale précisant le changement de la correction,
- soit, dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec adaptation à la vue par l'opticien, du devis ou de la facturation qu'il réalise et qui précise la nouvelle correction. Celle-ci doit être comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet, pour la personne considérée, d'un remboursement par la complémentaire santé.

Par ailleurs, pour tous les assurés, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la vue liée à une situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés fixée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, sous réserve que cette évolution fasse l'objet d'une nouvelle prescription médicale.

Honoraires : Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral. Les honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet. Les honoraires médicaux (perçus par les médecins et les sages-femmes) se distinguent des honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

Honoraire limite de facturation (HLF) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné.

Hospitalisation : Séjour comportant au moins une nuitée dans un établissement de santé (public ou privé) y compris établissement de rééducation fonctionnelle, en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité

Hospitalisation à domicile (HAD) : Alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient.

Hospitalisation ambulatoire : Séjour d'une durée inférieure à 24 heures consécutives et sans nuitée dans un établissement

de santé (hôpital, clinique), le patient arrivant et repartant le même jour. Synonyme : hospitalisation de jour.

Implantologie dentaire : L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles est ensuite fixée une prothèse. Hormis la prothèse, l'implantologie n'est qu'exceptionnellement remboursée par le régime obligatoire de protection sociale.

Inlays et onlays : Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Les inlays et onlays ne sont pas des prothèses.

Maladie : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

Matériel médical : Biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par le Régime obligatoire de protection sociale.

Il s'agit notamment de matériels d'aides à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles…

Synonyme : dispositifs médicaux (DM), appareillage (petit ou grand).

Maternité : Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est considérée ni comme une maladie, ni comme un accident.

Médecin Traitant : Médecin généraliste ou spécialiste choisi par l'assuré social ou par chaque ayant droit âgé de 16 ans ou plus ou encore par l'un des 2 parents ou le titulaire de l'autorité parentale pour les ayants droit âgés de moins de 16 ans, et dont le nom est communiqué à l'organisme gestionnaire du Régime obligatoire de protection sociale de chacun des intéressés.

Médecin Correspondant : Médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant.

Médecin à accès direct autorisé : Pour certains actes précisés relevant de leur spécialité, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins coordonnés.

Nomenclature : Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale et les conditions de leur remboursement.

Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes cliniques (consultations, visites) des sages-femmes, des chirurgiens-dentistes et des médecins ainsi que les actes des auxiliaires médicaux et les actes d'orthodontie, il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ;
- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie, etc.), il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ;
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) ;
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage…), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP) ; pour les soins hospitaliers, il s'agit des Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

Optique : Les équipements optiques sont des dispositifs médicaux qui permettent de corriger les troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie ou encore la presbytie.

Il peut s'agir de lunettes (une monture + deux verres) ou de lentilles.

La chirurgie réfractive permet également de corriger certains troubles visuels.

Les équipements entrant dans le panier « 100 % santé » sont remboursés intégralement par les contrats Complémentaires santé responsables, en sus du remboursement du Régime obligatoire de protection sociale, dans la limite des prix maximums que les opticiens s'engagent à respecter. L'offre « 100 % santé » n'est pas exclusive : il est possible d'opter pour un équipement « mixte » composé de verres de l'offre « 100 % santé » et d'une monture « Hors 100 % santé », ou inversement.

Orthodontie : Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations ou les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées, etc.), grâce à des appareils dentaires.

Pacte civil de solidarité - PACS : Un pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code civil).

Parcours de soins coordonnés : Circuit que les patients doivent respecter (hors hospitalisation) pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement, sans application de sanctions. Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un Régime obligatoire de protection sociale âgés de plus de 16 ans.

Un patient est considéré comme étant toujours dans le parcours de soins, lorsque se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique de son lieu de résidence habituelle, ainsi que prévu à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, il consulte un autre médecin que son médecin traitant.

Parodontologie : Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents…). Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus. Le Régime Obligatoire de protection sociale ne rembourse qu'une partie de ces traitements.

Partenaire : Personne avec laquelle vous êtes liée par un PACS, exerçant ou non une activité professionnelle et bénéficiant d'un régime obligatoire de protection sociale.

Personnes assurées : Vous-même et, le cas échéant, vos ayants droit inscrits au contrat.

Prix Limite de Vente (PLV) : Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix de vente est libre.

Régime obligatoire de protection sociale - « RO » : Régime obligatoire de Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés

Réseau partenaire : L'assureur a mandaté HENNER comme délégataire pour tout ou partie de la gestion administrative des affiliations au contrat. Dans le cadre du présent contrat, outre sa délégation de gestion, le délégataire :

- met à la disposition de chacun des affiliés et de leurs ayants droit inscrits audit contrat un réseau de professionnels de santé,
- pour certains frais (optique et dentaire) engagés auprès de professionnels de santé partenaires dudit réseau, majore le remboursement prévu au titre du présent contrat.

Les coordonnées des professionnels de santé (opticiens et chirurgiens-dentistes) appartenant au réseau sont communiquées sur demande auprès du délégataire. Cela étant, les affiliés et leurs ayants droit inscrits au contrat demeurent totalement libres de s'adresser aux professionnels de santé de leur choix.

L'assureur n'est en aucun cas partie prenante dans le cadre de ce réseau de professionnels de santé. En conséquence, l'assureur ne peut être tenu pour responsable en cas de différend né à l'occasion de sa mise en œuvre auprès des personnes assurées, ainsi qu'en cas de rupture ou de modification des dispositions contractuelles applicables entre le délégataire et ce réseau de professionnels de santé.

Soins courants : Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires…

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont considérées comme des soins de ville.

Synonymes : soins ambulatoires, soins de ville, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires.

Soins dentaires : Ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire. Il s'agit des consultations et soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels. Le praticien conventionné a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'assurance maladie pour ces soins pour lesquels il ne peut pas pratiquer de dépassements d'honoraires (à la différence des prothèses dentaires qui sont des actes à honoraires libres).

Télémédecine : Relèvent de la télémédecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent, entre autres, des actes de télémédecine effectués par un professionnel médical :

- la téléconsultation, qui est une consultation à distance. Il convient de distinguer la téléconsultation médicale prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale pour laquelle les assureurs interviennent en complément, de celle qui peut être incluse dans les services proposés par l'assureur, indépendamment de la Sécurité sociale ;
- la téléexpertise, qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux sur la prise en charge d'un patient ;

la télésurveillance médicale, qui permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient.

Ticket modérateur : Participation restant à la charge de l'assuré, telle que définie au I de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale. Elle est égale :

- soit à la différence entre la base de remboursement retenue par le Régime obligatoire de protection sociale et le montant du remboursement dû par ce Régime (avant application sur ce montant de la participation forfaitaire ou d'une franchise) ;
- soit à une somme forfaitaire, pour certains actes dits « lourds » ou lors d'un passage non programmé dans une structure des urgences d'un établissement de santé non suivi d'une hospitalisation.

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD) etc.

Il est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaires responsables (sauf exceptions).

La participation forfaitaire, les franchises et les dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces sommes étant laissé à la charge de l'assuré social par son Régime obligatoire de protection sociale.

Tiers payant : Système de paiement qui évite à la personne assurée de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le régime de protection sociale et/ou l'organisme assureur Complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

Transport sanitaire : Frais de transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, à des fins de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet.

Vous : L'adhérent tel que défini ci-dessus.

Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat à mieux comprendre les garanties dont elles bénéficient au titre du présent contrat complémentaire santé.

Les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNO¬CAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats Complémentaire santé.

Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante : http://www.unocam.fr

Titre II - Remboursement des frais de santé

Article 3 - Étendue territoriale des garanties - Nature des remboursements

1. Etendue territoriale des garanties

Les garanties s'exercent pour les frais de santé engagés en France à condition que le Régime obligatoire de protection sociale français les prenne en charge.

Les frais engagés hors de France feront l'objet d'une prise en charge à condition que le Régime obligatoire de protection sociale français intervienne.

Si le Régime obligatoire de protection sociale français prend en charge les frais de santé engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par l'assureur selon les garanties prévues au contrat. Dans ce cas, les remboursements seront effectués selon la base de remboursement utilisée par le Régime obligatoire de protection sociale français et à hauteur des niveaux de remboursement prévus pour les médecins non-adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

2. Nature des remboursements

L'assureur rembourse, dans les conditions prévues à l'article 12 dans le cadre de la formule retenue et dans les limites indiquées à l'article 4, les frais donnant lieu à prestation en nature de la part du Régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance Maladie et Maternité.

Les actes et frais pris en compte par l'assureur définis ci-après par référence aux nomenclatures de la Sécurité sociale française sont les suivants :

→ Dispositions applicables à la formule « Hospitalisation »

Hospitalisation :

- Honoraires ;
- Actes chirurgicaux ;
- Frais de séjour ;
- Frais de transport sanitaire pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale ;
- Forfait journalier des établissements hospitaliers (hors établissements médico-sociaux) laissé à la charge des assurés par le Régime obligatoire de protection sociale pour son montant fixé par l'arrêté prévu par l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale.

→ Dispositions applicables aux formules « Sécurité », « Bien-être 1 », « Bien-être 2 », « Optimale 1 » et « Optimale 2 »

A - Hospitalisation

- Honoraires ;
- Actes chirurgicaux ;
- Frais de séjour ;
- Frais de transport sanitaire pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale ;
- Forfait journalier des établissements hospitaliers (hors établissements médico-sociaux) laissé à la charge des assurés par le Régime obligatoire de protection sociale pour son montant fixé par l'arrêté prévu par l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale.

B - Soins courants

- Honoraires médicaux ;
- Honoraires paramédicaux ;
- Honoraires des psychologues pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale ;
- Analyses et examens de laboratoire ;
- Radiologie ; Acte de petite chirurgie ;
- Médicaments : pharmacie prescrite prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale ;
- Matériel Médical : frais d'appareillages, de prothèses (hors aides auditives, optique et prothèses dentaires), d'orthopédie (y compris renouvellement, réparations, frais d'expédition du matériel et frais de déplacement de l'intéressé),
- Frais de transport sanitaire pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale,
- Cures thermales prises en charge par le Régime obligatoire de protection sociale (y compris hospitalisation).

C - Aides auditives

- Aides auditives prescrites médicalement.

D - Optique

- Frais de lunettes (verres, monture) et de lentilles prescrites médicalement (sauf exceptions prévues par le Code de la Santé publique) ;
- Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien lors du renouvellement de l'équipement.

E - Dentaire (y compris actes de prévention)

- Frais de soins dentaires, d'inlays / onlays ;
- Frais de prothèses dentaires (dont inlay core) ;
- Frais d'orthodontie.

Sous réserve de mention spéciale figurant au tableau des garanties de l'article 12 dans le cadre de la formule retenue ainsi que des formule(s) et module(s) optionnel(s) retenu(s), les actes ou frais énumérés ci-après sont également pris en charge par l'assureur :

- les frais de chambre particulière, y compris en hospitalisation ambulatoire, limités à 30 jours par an pour les hospitalisations en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique et maison de santé ;
- les frais d'accompagnant d'une personne assurée hospitalisée (hébergement et nourriture) facturés par l'établissement hospitalier, y compris les « maisons de parents », dans la limite de 30 jours par an ;
- les frais de téléphone, télévision, accès au réseau internet facturés par l'établissement qui accueille la personne assurée et achat de journaux sur le lieu de l'hospitalisation - dénommés ci-après « forfait confort » - dans la limite de 30 jours par an ;
- les actes ou frais suivants non pris en charge par le RO :
  - les actes ou frais d'ostéopathie, de chiropraxie, de psychothérapie [le praticien qui a effectué les actes doit satisfaire aux dispositions législatives et / ou réglementaires en vigueur : praticien ayant un titre exclusif et un code ADELI correspondant à l'une des 3 spécialités ci-dessus ou professionnel de santé ayant la qualité de médecin, auxiliaire médical, sage-femme. En outre, en ce qui concerne l'ostéopathie et la chiropraxie, les actes effectués doivent également satisfaire aux dispositions législatives et/ou

réglementaires en vigueur] ;
- les actes ou frais d'acupuncture, d'éthiopathie, d'hypnothérapie, consultations de psychologues, consultations ou frais de psychomotriciens, d'homéopathie [ces actes doivent être effectués par des professionnels de santé appartenant au corps médical et/ou possédant un numéro d'enregistrement au répertoire ADELI délivré par l'Agence régionale de santé du lieu d'exercice] ;
- les actes ou frais de pédicurie et podologie [ces actes doivent être effectués par des professionnels de santé appartenant au corps médical et/ou possédant un numéro d'enregistrement au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) délivré par l'Ordre National des Pédicures-Podologues ;
- les consultations diététiques [ces actes doivent être effectués par un diététicien possédant un numéro d'enregistrement au répertoire ADELI délivré par l'Agence régionale de santé du lieu d'exercice] ;
- les actes ou frais d'ergothérapie, luminothérapie, mésothérapie, micro-kinésithérapie, naturopathie, phytothérapie, réflexologie et sophrologie, sous couvert que les actes effectués satisfassent aux dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur ;
- **lorsqu'ils sont prescrits médicalement** :
  - les frais de pharmacie et d'homéopathie,
  - les frais de moyens contraceptifs,
  - les frais de vaccins,
  - les traitements d'aide au sevrage tabagique,
  - les lentilles correctrices figurant à la nomenclature ;
- les frais de pharmacie non prescrites médicalement au titre du forfait « automédication », sous réserve que les médicaments concernés figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).
  Le forfait "automédication" est versé sur présentation d'une facture nominative, détaillée, acquittée, du professionnel de santé diplômé d'État dans sa spécialité et précisant le nom du produit.
- les frais de chirurgie réfractive ;
- les actes d'orthodontie ;
- les frais de prothèses dentaires. **Il est précisé que les frais de prothèses dentaires provisoires non prises en charge par le Régime obligatoire de protection sociale ne sont pas pris en charge par l'assureur**.
- les frais de parodontologie et implantologie ;

- les frais d'hébergement et de transport engagés lors d'une cure thermale prise en charge par le RO.

Prévention et santé au quotidien : L'assureur prend en charge les actes de prévention ouvrant droit à remboursement de la part du Régime obligatoire de protection sociale selon leur nature, dans les conditions prévues à l'article 12.
Sont également pris en charge dans les conditions figurant audit article et sous couvert qu'ils soient prescrits médicalement, les actes ou frais de dépistage du cancer (cancer du sein, cancer colorectal, cancer du poumon) **sur présentation d'une facture nominative, détaillée, acquittée**.

→ Dispositions applicables aux formules optionnelles « Indemnité journalière hospitalière »

La garantie a pour objet le versement d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation pour cause de maladie, accident ou maternité (telle que définie à l'article 2 « Définitions ») de vous-même ou d'un de vos ayants droit inscrits au contrat dans les conditions et limites fixées aux articles 9 et 12.

→ Dispositions applicables aux modules de renfort optionnels « Renfort Bien-être », « Renfort Plus » et « Renfort Intégral »

L'assureur complète, dans les limites indiquées à l'article 12, les remboursements du Régime obligatoire de protection sociale et de la formule de base retenue.
Les frais de santé et actes effectivement garantis au titre de l'un des modules de renfort optionnels sont indiqués aux tableaux de garanties de l'article 12.

Article 4 - Montant des remboursements

Le remboursement des frais énumérés à l'article 3 - Étendue territoriale des garanties - Nature des remboursements est déterminé par l'assureur, acte par acte, et dans la limite des frais réellement engagés.
Le montant des remboursements de l'assureur est indiqué au tableau des garanties de l'article 12 dans le cadre de chaque formule de base ainsi que des formules et modules de renfort optionnels, la(les) formule(s) retenue(s) étant indiquée(s) au certificat d'adhésion.

Dispositions applicables dans le cadre des contrats « responsables » : **Il est rappelé que les montants minimums de remboursement ainsi que les limites et/ou montants maximums de remboursement, prévus par la réglementation relative aux « contrats responsables » indiqués à l'article 2, sont applicables dans le cadre du présent contrat, à l'exception de la formule « Hospitalisation » n° 750/672605/00000 et des modules optionnels « Renfort Plus » et « Renfort Intégral » n° 750/672602/00000 qui ne répondent pas au cahier des charges du contrat responsable.**

Autres limites concernant le montant des remboursements :

- En ce qui concerne les actes pour lesquels les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés, l'assureur établit son remboursement sur la base du tarif retenu par le Régime obligatoire de protection sociale pour calculer ses prestations.
- En aucun cas l'assureur ne peut prendre en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration au Régime obligatoire de protection sociale.
- La prestation de l'assureur pour les actes médicaux et d'hospitalisation engagés lors d'une cure thermale prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale est limitée au montant du ticket modérateur.

Assurances cumulatives :
Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge ou celle de vos ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.
Dans cette limite, vous et vos ayants droit pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE, VOUS DEVEZ FAIRE LA DÉCLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DURÉE DE L'ADHÉSION.

La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'assureur pour chaque poste ou acte garanti.
Dans les cas de déchéance de garanties prévus ci-dessus, nous prendrons néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimums de prestations prévus par la réglementation applicable au contrat « responsable », compte tenu du montant des dépenses réellement engagées par la personne assurée.

Article 5 - Risques exclus

Sauf mention expresse au certificat d'adhésion, sont exclus de l'assurance dans le cadre des garanties souscrites :

- **les frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature du Régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance Maladie - Maternité (dont notamment les frais de prothèses dentaires provisoires non prises en charge par le Régime obligatoire de protection sociale) ;**
- **les frais ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale.**

Sont également exclus de l'assurance au titre de la garantie « Indemnité journalière hospitalière » les cas d'exclusions exposés à l'article 9 de la notice d'information.

Article 6 - Règlement des prestations - Déchéance de garanties - Fausses déclarations - Recours subrogatoire

1. Règlement des prestations

A) Demandes de remboursement et versement des prestations

Les demandes de remboursement doivent, en application des dispositions relatives à la prescription, être présentées à l'assureur dans un délai maximum de deux (2) ans suivant les soins ou la date de la facture d'hospitalisation.
Les demandes de remboursement doivent correspondre à des soins réalisés postérieurement à la date d'effet de l'affiliation et durant la période de garantie. Les prestations dues au titre du présent contrat sont payables en France et en euros.
Elles seront versées dans un délai de quinze (15) jours ouvrés (définis comme 15 jours effectivement travaillés chez l'assureur) suivant la date de réception par celui-ci des pièces justificatives nécessaires à leur règlement.

B) Pièces justificatives

Sauf dans le cas de télétransmission par l'organisme gestionnaire du Régime obligatoire de protection sociale dont relève la personne assurée, du décompte de ses prestations, notre remboursement intervient sur présentation :

- des bordereaux du Régime obligatoire de protection sociale ;
- accompagnés d'une pièce justificative du montant des frais réels lorsqu'ils ne sont pas indiqués sur le bordereau délivré par ce Régime ou lorsque celui-ci n'intervient pas.

Il est précisé que pour les actes ou frais refusés ou non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale mais garantis au titre du contrat (y compris le forfait d'automédication et les actes ou frais de dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal ou du poumon effectué à titre préventif), notre remboursement est subordonné à la présentation de factures détaillées et de pièces justificatives complémentaires dont la prescription médicale le cas échéant.
En outre, pour les actes et traitements dentaires à honoraires libres ou ceux non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale, notre remboursement est en tout état de cause subordonné à la fourniture :

- d'un devis préalable au traitement ;
- et de la note d'honoraires détaillée suite au traitement.

Lorsque le contrat prévoit le remboursement des frais suivants non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale :

- les actes ou frais d'ostéopathie, chiropraxie, psychothérapie, acupuncture, éthiopathie, hypnothérapie, pédicurie et podologie, ergothérapie, luminothérapie, mésothérapie, micro-kinésithérapie, naturopathie, phytothérapie, réflexologie et sophrologie,
- les consultations ou frais de psychologues, psychomotriciens, homéopathie et consultations diététiques ;

notre intervention est subordonnée à la fourniture d'une facture acquittée établie sur papier à en-tête, indiquant les coordonnées du praticien consulté ou qui a effectué les actes, permettant ainsi de vérifier sa qualité ainsi que les nom et prénom de la personne soignée et la date de réalisation des soins.

C) Contrôle médical

L'assureur se réserve la possibilité de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires, **tout justificatif à caractère médical devant être adressé au médecin conseil ou au professionnel de santé consultant de l'assureur sous pli confidentiel**.
L'assureur se réserve également la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales effectués par un professionnel de santé indépendant choisi par l'assureur et dont les honoraires sont à sa charge pour les frais dentaires, l'optique, l'hospitalisation, les aides auditives. Lors de ces contrôles ou expertises, la personne assurée pourra se faire assister, à ses frais, du professionnel de son choix ou opposer les conclusions de son propre praticien.
Si vous-même ou l'un de vos ayants droit refusez de transmettre les justificatifs réclamés ou de vous soumettre à l'expertise médicale que nous demandons, nous pourrons

refuser la mise en jeu de la garantie et le remboursement des frais considérés.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, vous-même ou l'un de vos ayants droit devrez adresser au médecin conseil de l'assureur, dans les trente (30) jours suivant la notification, sous enveloppe confidentielle, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre les éléments médicaux argumentés. Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal de grande instance de la résidence de la personne assurée, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième ainsi que les frais de sa désignation sont supportées à parts égales par les deux parties.

En cas de récupération de la part du Régime obligatoire de protection sociale, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, nous nous réservons le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées à vous-même ou à votre ayant droit, au titre du contrat.

2. Déchéance de garanties

L'assureur pourra refuser le bénéfice des garanties à l'adhérent et/ou le cas échéant ses ayants droit affiliés dès lors qu'il constate que ces derniers ont, intentionnellement, soit effectué une fausse déclaration de sinistres impactant une garantie du contrat, soit fourni de faux renseignements ou utilisé des documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement.

3. Fausses déclarations

Conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances, le présent contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.

Conformément aux dispositions de l'article L. 113-9 du Code des assurances, toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle dans la déclaration du risque entraîne :

- une augmentation de prime ou la résiliation de l'adhésion si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant tout sinistre ;
- une réduction de l'indemnité en proportion du taux de prime qui aurait été réellement due par rapport à la prime payée et une résiliation de l'adhésion si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après le sinistre.

4. Recours subrogatoire

Il s'agit du droit pour l'assureur de récupérer auprès du responsable d'un sinistre les sommes qu'il a prises en charge.

Lorsque vous-même et/ou le cas échéant vos ayants droit affiliés êtes atteints d'une affection ou êtes victimes d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'assureur dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur. Vous-même et/ou le cas échéant vos ayants droit affiliés atteints de blessures imputables à un tiers devez impérativement en informer l'assureur lors de la demande de prestations.

Lorsque vous ou vos ayants droit êtes victimes d'un accident de la circulation (impliquant un véhicule automobile), vous devez, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident qui le sollicite, le nom de votre assureur complémentaire santé en tant que tiers payeur.

Conformément au Code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'assureur dans ses droits en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

Dans les cas de refus de garanties prévus ci-dessus, l'assureur prendra néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimums de prestations prévus par la réglementation applicable au contrat « responsable », compte tenu du montant des dépenses réellement engagées par vous-même ou vos ayants droit.

Titre III - Autres indemnités

Chacune des garanties suivantes est accordée sous réserve que l'article 12 prévoit son attribution selon la formule choisie.

Article 7 - Naissance et adoption

En cas de naissance de votre enfant, nous versons une indemnité sur présentation de l'acte de naissance de l'enfant.
Le montant de l'indemnité est fixé au tableau de garanties figurant à l'article 12 de la présente notice d'information.
Cette indemnité est également versée en cas d'adoption d'un enfant mineur sur présentation du jugement d'adoption.

Article 8 - Cure thermale

Pour chaque cure thermale prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale, l'assureur verse une indemnité sur présentation des justificatifs des frais d'hébergement et/ou de transport relatifs à la cure thermale considérée, restant à votre charge ou à celle de vos ayants droit après remboursement éventuel du Régime obligatoire de protection sociale.
Cette indemnité est limitée, en tout état de cause, au montant de ces frais demeurant à charge, avec un maximum fixé à l'article 12 selon la formule choisie.

Article 9 - Indemnité journalière hospitalière

1. Définition de la garantie

La garantie a pour objet le versement d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation (telle que définie à l'article 2 « Définitions » et hors hospitalisation à domicile) de l'adhérent ou d'un de ses ayants droit inscrits au contrat.
L'indemnité est versée à compter du 1er jour d'hospitalisation en cas d'accident, et à compter du 4ème jour d'hospitalisation en cas de maladie ou maternité.
Le montant de cette indemnité est fixé au tableau de garanties figurant à l'article 12.
L'indemnisation est effectuée tant que la personne assurée est hospitalisée ou effectue sa convalescence.
En cas d'hospitalisation ayant pour cause un même accident, une même maladie ou maternité, l'indemnité journalière est versée si et seulement si la nouvelle hospitalisation intervient moins de trois mois après le dernier jour d'hospitalisation précédemment indemnisé.
En outre, il est précisé que le nombre de journées indemnisées pour une même cause ne peut excéder 365 jours par période de deux ans.

2. Cas d'exclusion de la garantie

Sont exclus de la garantie :

- **les hospitalisations occasionnées par :**
  - **les mutilations volontaires, les tentatives de suicide ;**
  - **l'état d'imprégnation alcoolique définie par la présence dans le sang d'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par le Code de la Route pour caractériser la contravention de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique ;**
  - **l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale ;**
  - **la chirurgie esthétique ;**
  - **la rééducation, sauf la rééducation fonctionnelle ;**
- **les hospitalisations et les soins à domicile ;**
- **l'hospitalisation pour bilan de santé ;**
- **l'hospitalisation pour troubles mentaux dans les conditions prévues au Titre 1er du Livre II du Code de la Santé publique ;**
- **les séjours dans les centres de rééducation professionnelle ;**
- **les séjours en aérium ;**
- **les hospitalisations occasionnées par des cures de désintoxication ;**
- **les hospitalisations occasionnées par des cures de rajeunissement, des cures thermales ou héliomarines, des cures diététiques ou d'amaigrissement.**

Sont également exclues les hospitalisations résultant de :

- **une guerre civile ou une guerre étrangère ne mettant pas en cause l'État français, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes ;**
- **une guerre mettant en cause l'Etat français ;**
- **les mouvements populaires, les émeutes ou les rixes (sauf cas de légitime défense) ;**
- **tout risque atomique : explosions, radiations, dégagement de chaleur ;**
- **d'un accident occasionné par la pratique :**
  - **a) des sports extrêmes : saut à l'élastique, spéléologie, canoë ou kayak extrême (sur torrents de classe supérieure à V, rivières de classe supérieure à II, sur mers et océans à plus de 2 milles des côtes), voile (transocéanique, navigation en solitaire à plus de 20 milles d'un abri), base jump ;**
  - **b) d'un sport dans un but lucratif, quand sa rémunération repose sur son exercice en compétition, sous quelque forme et à quelque niveau que ce soit ;**
  - **c) des sports "de montagne" : alpinisme, escalade (hors support artificiel avec sécurité), varappe, randonnée en solitaire au-delà de 3 000 mètres, saut à ski, bobsleigh, skeleton, ski (alpin, de fond ou snowboard) hors des pistes balisées ouvertes au public, canyoning ;**
  - **d) des sports aériens : voltige, vol à voile, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, skysurfing ;**
  - **e) des sports nautiques : plongée sous-marine avec appareil autonome à plus de 20 m de profondeur, surf en compétition, hydro speed ;**
  - **f) des sports de défense et de combat en compétition.**

En outre, la garantie ne s'applique pas à l'hospitalisation en cours à la date d'adhésion au contrat, ni aux grossesses dont le début se situe avant la date d'effet du contrat.

3. Formalités à accomplir en cas de sinistre

L'adhérent ou ses ayants droit doivent adresser la déclaration de l'hospitalisation à l'assureur dans un délai maximum de trente (30) jours à compter de la sortie de l'établissement. Cette déclaration doit être accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- le bulletin d'entrée et de sortie établi par l'établissement hospitalier ou, à défaut, l'original de la note de frais d'hospitalisation ;
- un certificat médical détaillé indiquant la nature de la maladie ou de l'accident et la nature des soins prodigués.

L'assureur se réserve le droit de demander, le cas échéant, toute pièce justificative supplémentaire qui lui paraîtrait nécessaire ainsi que la possibilité de faire visiter le malade par un médecin de son choix notamment en cas de prolongation de séjour au-delà de la durée normale.

Toute pièce justificative à caractère médical nécessaire au règlement des prestations devra être adressée au médecin conseil de l'assureur par l'adhérent ou ses ayants droit, sous pli confidentiel.

4. Modalités de versement des prestations

L'assureur règle l'indemnité journalière au terme de l'hospitalisation sur présentation des pièces justificatives énumérées au paragraphe ci-dessus.

En cas d'hospitalisation supérieure à un mois, l'assureur règle l'indemnité journalière par période de trente (30) jours sur présentation d'un bulletin d'entrée certifiant que la personne assurée est toujours présente.

5. Cessation de la garantie et des prestations

Outre les cas de cessation de garanties figurant à l'article 18 de la présente notice, la garantie prend fin :

- Pour vous-même : à la date de votre 75ème anniversaire,
- Pour votre conjoint, partenaire ou concubin : à la date de son 75ème anniversaire.

Titre IV - Services tiers payant et calcul du reste à charge

Article 10 - Tiers payant

Un service de Tiers payant est mis à votre disposition au titre du présent contrat.

Ce service permet aux personnes assurées de bénéficier, auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent ce dispositif, de la dispense d'avance des frais :

- au moins à hauteur de la base de remboursement, en ce qui concerne les prestations faisant l'objet des garanties du contrat et remboursées par le Régime obligatoire de protection sociale ;
- pour l'intégralité du montant (tel que fixé par l'arrêté prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale) et sans limitation de durée, en ce qui concerne le forfait journalier appliqué par les établissements hospitaliers ;
- à hauteur des frais réels dans la limite des prix limites de vente ou des honoraires limites de facturation en ce qui concerne les soins et actes relevant du panier «100% santé».

L'assureur vous délivre une attestation de tiers payant qui devra lui être restituée, dans toutes les circonstances suivantes :

- en cas de résiliation de l'adhésion au contrat ;
- en cas de résiliation du contrat souscrit par l'association ;
- si vous ou votre ayant droit ne remplissez plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre du Régime obligatoire de protection sociale dont vous relevez ;
- en cas d'utilisation ou de tentative d'utilisation frauduleuse du système ;
- et en tout état de cause dès lors que l'ayant droit ne répond plus à la définition de l'article 2.

Dans tous les cas, nous nous réservons le droit de réclamer, tant à vous-même qu'à votre ayant droit, et le cas échéant au professionnel de santé, tout indu ou tout document relatif au système de tiers payant.

Article 11 - Calcul des frais restant à votre charge

Sur votre demande, nous pouvons établir, pour les frais ou actes à honoraires libres ou avec dépassements d'honoraires et pour ceux non pris en charge par le Régime obligatoire, un calcul des éventuelles prestations en nature de ce Régime obligatoire de protection sociale et de celles versées potentiellement au titre du contrat, vous permettant ainsi de déterminer le montant des frais qui restera à votre charge.

Ce calcul sera effectué sur présentation des devis du professionnel de santé.

Titre V - Formules de base, formules optionnelles et modules optionnels de garanties - Montant des prestations

Article 12 - Formules de base, formules optionnelles et modules optionnels de garanties - Montant des prestations

→ TABLEAU DE GARANTIES - CONTRAT NON RESPONSABLE N° 750/672605/00000

Les prestations versées par l'assureur, tant pour vous-même que pour vos ayants droit inscrits au contrat, indiquées dans le tableau ci-après intègrent les remboursements du Régime obligatoire de protection sociale et ne s'ajoutent pas à ceux-ci.
Les prestations versées, cumulées à celles du Régime obligatoire de protection sociale, sont limitées en tout état de cause aux frais réellement engagés par l'adhérent ou par ses ayants droit.

CONTRAT NON RESPONSABLE N° 750/672605/00000		
Signification des abréviations utilisées par l'assureur dans le tableau ci-après : **BR :** Base de remboursement du régime obligatoire de protection sociale telle que définie à l'article 2 de la présente notice. **DPTAM :** Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maitrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie et Obstétrique), tels que définis à l'article 2. **FR :** Frais réellement engagés par la personne assurée sous déduction du remboursement du régime obligatoire de protection sociale. **RO :** Régime obligatoire de protection sociale tel que défini à l'article 2.		
DÉSIGNATION DES ACTES		**MONTANT DES PRESTATIONS : 100 % FR LIMITÉS À :** **Formule Hospitalisation**
HOSPITALISATION		
Honoraires	▪ Médecin adhérent à un DPTAM ▪ Médecin non adhérent à un DPTAM	250 % BR 250 % BR
Actes chirurgicaux	▪ Médecin adhérent à un DPTAM ▪ Médecin non adhérent à un DPTAM	250 % BR 250 % BR
Frais de séjour	▪ Etablissement conventionné ▪ Etablissement non conventionné	100 % FR 100 % BR
Hospitalisation à domicile **Dans la limite, par an et par personne assurée de :**		250 % BR 60 jours, au-delà prise en charge à hauteur de 100 % BR
Forfait journalier hospitalier		100 % FR
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire pris en charge par le RO		100 % BR
Chambre particulière en cas d'hospitalisation (y compris en hospitalisation ambulatoire) d'une personne assurée :		80 € ***Dans la limite de 30 jours par an et par personne assurée pour les hospitalisations en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, en établissement ou service psychiatrique et en maison de santé***
Frais d'accompagnant en cas d'hospitalisation d'une personne assurée, par jour		40 € ***Dans la limite de 30 jours par an et par personne assurée***
Forfait "Confort" (hors hospitalisation à domicile et en ambulatoire) : Frais de téléphone, télévision, accès au réseau internet et achat de journaux sur le lieu de l'hospitalisation, sur présentation de justificatifs		40 € ***Dans la limite de 30 jours par an et par personne assurée***
Hospitalisation dans un pays étranger(1)		100 % BR
SERVICES ASSOCIÉS		
Tiers payant généralisé		Inclus
Aide au calcul des frais restant à charge		Inclus

(1) En cas d'hospitalisation dans un pays étranger (autre qu'un état membre de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange), la prise en charge des frais de séjour par l'assureur limitée aux bases indiquées.

→ TABLEAU DE GARANTIES - CONTRAT RESPONSABLE N° 616/672599/00000

Les prestations versées par l'assureur dans le cadre de la formule retenue par l'adhérent, tant pour vous-même que pour vos ayants droit inscrits au contrat, indiquées dans le tableau ci-après intègrent les remboursements du Régime obligatoire de protection sociale et ne s'ajoutent pas à ceux-ci. **Les prestations versées, cumulées à celles du Régime obligatoire de protection sociale, sont limitées en tout état de cause aux frais réellement engagés par l'adhérent ou par ses ayants droit.**

CONTRAT RESPONSABLE N° 616/672599/00000

Signification des abréviations utilisées par l'assureur dans le tableau ci-après :

BR : Base de remboursement du régime obligatoire de protection sociale telle que définie à l'article 2 de la présente notice.
DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maitrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie et Obstétrique), tels que définis à l'article 2.
FR : Frais réellement engagés par la personne assurée sous déduction du remboursement du régime obligatoire de protection sociale.
HLF : Honoraires limites de facturation tels que définis à l'article 2.
PLV : Prix Limites de Ventes tels que définis à l'article 2.
RO : Régime obligatoire de protection sociale tel que défini à l'article 2.

DÉSIGNATION DES ACTES	MONTANT DES PRESTATIONS : 100 % FR LIMITÉS À :				
	Formule Sécurité	Formule Bien-être 1	Formule Bien-être 2	Formule Optimale 1	Formule Optimale 2
HOSPITALISATION					
Honoraires					
▪ Médecin adhérent à un DPTAM	125 % BR	160 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
▪ Médecin non adhérent à un DPTAM	105 % BR	140 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes chirurgicaux					
▪ Médecin adhérent à un DPTAM	125 % BR	160 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
▪ Médecin non adhérent à un DPTAM	105 % BR	140 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Frais de séjour					
▪ Etablissement conventionné	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
▪ Etablissement non conventionné	150 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	250 % BR
Hospitalisation à domicile	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Dans la limite, par an et par personne assurée de :	60 jours, au-delà prise en charge à hauteur de 100 % BR				
Forfait journalier hospitalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire pris en charge par le RO	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Chambre particulière en cas d'hospitalisation (y compris en hospitalisation ambulatoire) d'une personne assurée :	40 €	50 €	70 €	80 €	100 €
	Dans la limite de 30 jours par an et par personne assurée pour les hospitalisations en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, en établissement ou service psychiatrique et en maison de santé				
Frais d'accompagnant en cas d'hospitalisation d'une personne assurée, par jour	20 €	30 €	50 €	60 €	80 €
	Dans la limite de 30 jours par an et par personne assurée				
Forfait "Confort" (hors hospitalisation à domicile et en ambulatoire) : Frais de téléphone, télévision, accès au réseau internet et achat de journaux sur le lieu de l'hospitalisation, sur présentation de justificatifs	20 €	30 €	50 €	60 €	80 €
	Dans la limite de 30 jours par an et par personne assurée				
Hospitalisation dans un pays étranger[1]	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultation et visite médicale généralistes					
▪ Médecin adhérent à un DPTAM	125 % BR	160 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
▪ Médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	105 % BR	140 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Consultation et visite médicale spécialistes					
▪ Médecin adhérent à un DPTAM	125 % BR	160 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
▪ Médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	105 % BR	140 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR

CONTRAT RESPONSABLE N° 616/672599/00000					
DÉSIGNATION DES ACTES	**MONTANT DES PRESTATIONS : 100 % FR LIMITÉS À :**				
	Formule Sécurité	**Formule Bien-être 1**	**Formule Bien-être 2**	**Formule Optimale 1**	**Formule Optimale 2**
SOINS COURANTS (SUITE)					
Radiologie prise en charge par le RO					
▪ Médecin adhérent à un DPTAM	125 % BR	160 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
▪ Médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	105 % BR	140 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux pris en charge par le RO					
▪ Médecin adhérent à un DPTAM	125 % BR	160 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
▪ Médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	105 % BR	140 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Bonus Fidélité : au-delà d'un an d'adhésion au contrat, le remboursement des actes et soins pratiqués par un médecin adhérent à un DPTAM, pour la prestation considérée, est porté à :					
▪ A partir d'un an d'adhésion :	140 % BR	175 % BR	215 % BR	265 % BR	315 % BR
▪ A partir de deux ans d'adhésion :	155 % BR	190 % BR	230 % BR	280 % BR	330 % BR
Honoraires paramédicaux	125 % BR	160 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Consultation de psychologue prise en charge par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Matériel médical Frais d'appareillages, de prothèses (hors aides auditives, optique et prothèses dentaires) et d'orthopédie pris en charge par le RO	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire pris en charge par le RO (hors cure thermale)	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Médicaments Frais pharmaceutiques (dont vaccins) prescrits médicalement et pris en charge par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Cure thermale prise en charge par le RO (y compris hospitalisation et actes médicaux)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
AIDES AUDITIVES					
Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans :					
▪ **Equipement 100 % santé**[2]	Prise en charge dans la limite des prix limites de vente (PLV)				
▪ **Equipement hors 100 % santé**					
- Personne âgée de moins de 20 ans	100% BR + 100€	100% BR + 150€	100% BR + 200€	100% BR + 250€	100% BR + 300€
- Personne âgée de 20 ans et plus	100% BR + 100€	100% BR + 150€	100% BR + 300€	100% BR + 400€	100% BR + 600€
	Dans la limite de 1700 €				
▪ **Entretien, piles et accessoires** pris en charge par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR + 30 €	100 % BR + 60 €
OPTIQUE					
Lunettes : Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai)[3][4]					
▪ **Equipement 100 % santé**[2]	Prise en charge dans la limite des prix limites de vente (PLV)				
▪ **Equipement hors 100 % santé**					
- Equipement à verres simples[a]	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
- Equipement comprenant 1 verre simple et 1 verre complexe[b]	150 €	200 €	250 €	300 €	375 €
- Equipement à verres complexes[c]	200 €	250 €	300 €	350 €	450 €
- Equipement comprenant 1 verre simple et 1 verre très complexe[d]	150 €	200 €	250 €	300 €	375 €
- Equipement comprenant 1 verre complexe et 1 verre très complexe[e]	200 €	250 €	325 €	375 €	475 €
- Equipement à verres très complexes[f]	200 €	250 €	350 €	400 €	500 €
Dont maximum pour la monture :	**100 €**	**100 €**	**100 €**	**100 €**	**100 €**

CONTRAT RESPONSABLE N° 616/672599/00000					
DÉSIGNATION DES ACTES	**MONTANT DES PRESTATIONS : 100 % FR LIMITÉS À :**				
	Formule Sécurité	**Formule Bien-être 1**	**Formule Bien-être 2**	**Formule Optimale 1**	**Formule Optimale 2**
OPTIQUE (SUITE)					
Bonus Fidélité : prestation supplémentaire versée en complément de la prestation initiale prévue ci-dessous pour les équipements hors 100 % santé (hors monture) et par personne assurée dans les conditions suivantes :					
- A partir d'un an d'adhésion :	+ 25 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €	+ 50 €
- A partir de deux ans d'adhésion :	+ 50 €	+ 75 €	+ 75 €	+ 75 €	+ 75 €
Lentilles correctrices prescrites médicalement, prise en charge ou non par le RO, par an et par personne assurée :	100% BR + 25€	100% BR + 50€	100% BR + 90€	100% BR + 110€	100% BR + 150€
Au-delà de ce plafond pour les lentilles prises en charge par le RO :	**100 % BR**	**100 % BR**	**100 % BR**	**100 % BR**	**100 % BR**
Chirurgie réfractive, par œil, par an et par personne assurée	Non garantie	50 €	75 €	100 €	100 €
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % Santé(2)	Prise en charge dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF)				
Plafonds dentaires : le remboursement des prothèses dentaires (hors 100 % santé) prises en charge ou non par le RO, ainsi que des actes d'implantologie et de parodontologie non pris en charge par le RO est limité à (au-delà du plafond, remboursement au TM uniquement) :					
- **Lors de la 1ère année d'adhésion :**	**Néant**	**800 €**	**1200 €**	**1300 €**	**1500 €**
- **A partir de la 2ème année d'adhésion :**		**1200 €**	**1600 €**	**1700 €**	**1900 €**
Soins et prothèses hors 100 % Santé :					
▪ **Soins dentaires** (hors Inlays/Onlays)	125 % BR	150 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR
▪ **Inlays/Onlays**	125 % BR	150 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR
▪ **Prothèses dentaires** prises en charge par le RO (y compris Inlays-core)	125 % BR	150 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR
Bonus Fidélité : au-delà d'un an d'adhésion au contrat, le remboursement des soins inlays/onlays ainsi que des prothèses dentaires prises en charge par le RO est porté à :					
▪ A partir d'un an d'adhésion :	125 % BR	175 % BR	225 % BR	275 % BR	300 % BR
▪ A partir de deux ans d'adhésion :	125 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	325 % BR
Prothèse dentaire non prises en charge par le RO, par dent	**Non garantie**	100 €	125 €	175 €	225 €
Dans la limite, par an et par personne assurée de :			**2 prothèses**		
Bonus Fidélité : au-delà d'un an d'adhésion au contrat, le remboursement des prothèses dentaires non prises en charge par le RO est porté à :					
▪ A partir d'un an d'adhésion :	**Non garantie**	100 €	150 €	200 €	250 €
▪ A partir de deux ans d'adhésion :	**Non garantie**	100 €	175 €	225 €	275 €
Dans la limite, par an et par personne assurée de :			**2 prothèses**		
Orthodontie :					
▪ prise en charge par le RO	125 % BR	150 % BR	200 % BR	225 % BR	250 % BR
▪ non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée	**Non garantie**	**Non garantie**	100 €	150 €	200 €
Bonus Fidélité : au-delà d'un an d'adhésion au contrat, le remboursement des actes et soins d'orthodontie est porté à :					
- **A partir d'un an d'adhésion :**					
▪ Orthodontie prise en charge par le RO	125 % BR	175 % BR	225 % BR	275 % BR	300 % BR
▪ Orthodontie non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée	**Non garantie**	**Non garantie**	125 €	175 €	225 €
- **A partir de deux ans d'adhésion :**					
▪ Orthodontie prise en charge par le RO	125 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	325 % BR
▪ Orthodontie non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée	**Non garantie**	**Non garantie**	150 €	200 €	250 €

CONTRAT RESPONSABLE N° 616/672599/00000					
DÉSIGNATION DES ACTES	**MONTANT DES PRESTATIONS : 100 % FR LIMITÉS À :**				
	Formule Sécurité	**Formule Bien-être 1**	**Formule Bien-être 2**	**Formule Optimale 1**	**Formule Optimale 2**
DENTAIRE (SUITE)					
Implantologie non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée ▪ Bilan pré-implantaire ▪ Implant intra osseux (racine) ▪ Inlay core ▪ Bridge sur implant	**Non garantie**	**Non garantie**	400 €	600 €	800 €
Parodontologie non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée	**Non garantie**	**Non garantie**	50 €	100 €	150 €
PRÉVENTION, MÉDECINES DOUCES ET SANTÉ AU QUOTIDIEN					
Actes de prévention ▪ **Pris en charge par le RO** (actuellement définis par arrêté du 8 juin 2006) ▪ **Non pris en charge par le RO** : Bilans de dépistage du cancer (cancer du sein, cancer colorectal et cancer du poumon), par an et par personne assurée	Remboursement au titre de l'un des postes prévus ci-dessus, selon leur nature 25 €	25 €	50 €	70 €	100 €
Indemnité de naissance (y compris en cas d'adoption), par enfant	**Non garantie**	**Non garantie**	250 €	300 €	350 €
Médecine douce non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée : Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, éthiopathie, hypnothérapie, homéopathie, consultation de psychologues, de psychomotriciens et consultation diététique ; et, par dérogation aux conditions générales : Actes ou frais de pédicurie et podologie, ergothérapie, luminothérapie, mésothérapie, micro-kinésithérapie, naturopathie, phytothérapie, réflexologie et sophrologie Bonus Fidélité : **au-delà d'un an d'adhésion au contrat, le forfait médecine douce est porté, par an et par personne assurée à :** - A partir d'un an d'adhésion : - A partir de deux ans d'adhésion :	60 € 80 € 100 €	80 € 100 € 120 €	120 € 140 € 160 €	160 € 180 € 200 €	200 € 240 € 280 €
Prestation globale, par an et par personne assurée, au titre de l'ensemble des frais suivants : ▪ **Médicaments et homéopathies** prescrits médicalement non pris en charge par le RO ▪ **Sevrage tabagique** (substituts nicotiniques ou médicaments prescrits) non pris en charge par le RO ▪ **Moyens contraceptifs** prescrits médicalement non pris en charge par le RO ▪ **Vaccins prescrits médicalement** non pris en charge par le RO	**Non garantie**	35 €	55 €	75 €	100 €
Forfait « automédication », par an et par personne assurée Frais pharmaceutiques non prescrits médicalement non pris en charge par le RO, sur présentation de justificatifs	**Non garantis**	**Non garantis**	20 €	30 €	40 €
SERVICES ASSOCIÉS					
Tiers payant généralisé	Inclus				
Aide au calcul des frais restant à charge	Inclus				

(1) En cas d'hospitalisation dans un pays étranger (autre qu'un état membre de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange), la prise en charge des frais de séjour par l'assureur limitée aux bases indiquées.

(2) Tels que définis réglementairement et visés aux articles R. 871-2, L. 165-1 et L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale.

(3) Pour le poste Optique. Limite pour l'équipement complet : Les montants minimums et maximums mentionnés ci-dessous intègrent les remboursements du régime obligatoire de protection sociale et ne s'ajoutent pas à ceux-ci.

a) équipement : - *verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;* - *verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;* - *verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries*	*Minimum : 100 €* *Maximum : 420 €* ***dont 100 € au maximum pour la monture***
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	*Minimum : 150 €* *Maximum : 560 €* ***dont 100 € au maximum pour la monture***
c) équipement : - *verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;* - *verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;* - *verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;* - *verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;* - *verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;* - *verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;* - *verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;*	*Minimum : 200 €* *Maximum : 700 €* ***dont 100 € au maximum pour la monture***
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	*Minimum : 150 €* *Maximum : 610 €* ***dont 100 € au maximum pour la monture***
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	*Minimum : 200 €* *Maximum : 750 €* ***dont 100 € au maximum pour la monture***
f) équipement : - *verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;* - *verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;* - *verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;* - *verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.*	*Minimum : 200 €* *Maximum : 800 €* ***dont 100 € au maximum pour la monture***

(4) Et sauf cas de renouvellements anticipés autorisés dont évolution de la vue, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu, notamment en cas d'évolution de la vue, figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.

→ TABLEAU DE GARANTIES - FORMULES OPTIONNELLES « INDEMNITÉ JOURNALIÈRE HOSPITALIÈRE »

Les formules optionnelles prévues ci-après peuvent être souscrites, tant pour vous-même que pour vos ayants droit inscrits au contrat, dès lors que vous avez souscrit à l'une des formules de base prévues au titre du contrat santé n° 616/672599/00000, et sous réserve du respect des conditions d'âge prévues à l'article 2 et 17 de la présente notice. **Il est rappelé que ces formules optionnelles de garanties ne peuvent être, d'une part, souscrites avec le contrat santé n° 750/672605/00000 « formule Hospitalisation » et ne peuvent, d'autre part, se cumuler.** Ces formules optionnelles ont pour objet de garantir aux assurés une indemnité forfaitaire journalière au titre d'une ou plusieurs hospitalisations ayant le même fait générateur, sous couvert que l'hospitalisation soit prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale. La prestation est versée dans les conditions et limites prévues aux articles 9 et 12 de la présente notice.

FORMULES OPTIONNELLES « INDEMNITÉ JOURNALIERE HOSPITALIERE »		
DÉSIGNATION DES ACTES	MONTANT DES PRESTATIONS	
	IJH Option 1	IJH Option 2
Indemnité Journalière Hospitalière : ➢ Franchise : L'indemnité journalière hospitalière est versée en cas d'hospitalisation de l'adhérent ou d'un ayant droit inscrit au contrat dans les conditions suivantes : - à compter du 1er jour d'hospitalisation en cas d'accident ; - à compter du 4ème jour d'hospitalisation en cas de maladie ou maternité. En cas d'hospitalisation ayant pour cause un même accident, une même maladie ou maternité, l'indemnité journalière est versée si et seulement si la nouvelle hospitalisation intervient moins de trois mois après le dernier jour d'hospitalisation précédemment indemnisé. ➢ Le montant de l'indemnité est fixé en euro et par personne assurée. **L'indemnisation est effectuée tant que la personne assurée est hospitalisée ou effectue sa convalescence. Elle est versée, en tout état de cause, pour une durée maximale de 365 jours sur une période de deux années civiles.**	25 €	50 €

→ TABLEAUX DE GARANTIES - MODULES OPTIONNELS DE RENFORT

Les modules optionnels prévus ci-après peuvent être souscrits, tant pour vous-même que pour vos ayants droit inscrits au contrat, dès lors que vous avez souscrit à l'une des formules de base prévues au titre du contrat santé n° 616/672599/00000, et sous réserve du respect des conditions d'âge prévues à l'article 2 et 17 de la présente notice. **Il est rappelé que ces modules optionnels de garanties ne peuvent être, d'une part, souscrits avec le contrat santé n° 750/672605/00000 « formule Hospitalisation » et ne peuvent, d'autre part, se cumuler.**
Ces modules ont pour objet d'améliorer les prestations ou remboursements prévus pour certains postes ou actes de la formule de base choisie. Les prestations versées par l'assureur et indiquées dans les tableaux ci-après sont exprimées en complément des remboursements du Régime obligatoire de protection sociale et de ceux effectués au titre de la formule de base que vous avez choisie. **Les prestations versées, cumulées à celles du Régime obligatoire de protection sociale et de la formule de base choisie, sont limitées en tout état de cause aux frais que vous ou vos ayants droit avez réellement engagés.**

« RENFORT BIEN-ÊTRE » N° 616/672599/80000 (RESPONSABLE)	
DÉSIGNATION DES ACTES	MONTANT DES PRESTATIONS
PRÉVENTION, MÉDECINES DOUCES ET SANTÉ AU QUOTIDIEN	
Médecine douce non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée : Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, éthiopathie, hypnothérapie, homéopathie, consultation de psychologues, de psychomotriciens et consultation diététique ; et, par dérogation aux conditions générales : Actes ou frais de pédicurie et podologie, ergothérapie, luminothérapie, mésothérapie, micro-kinésithérapie, naturopathie, phytothérapie, réflexologie et sophrologie	+ 100 €
Prestation globale, par an et par personne assurée, au titre de l'ensemble des frais suivants : ▪ **Médicaments et homéopathies** prescrits médicalement non pris en charge par le RO(*) ▪ **Sevrage tabagique** (substituts nicotiniques ou médicaments prescrits) non pris en charge par le RO ▪ **Moyens contraceptifs** prescrits médicalement non pris en charge par le RO ▪ **Vaccins prescrits médicalement** non pris en charge par le RO	+ 50 €
Forfait « automédication », par an et par personne assurée Frais pharmaceutiques non prescrits médicalement non pris en charge par le RO, sur présentation de justificatifs	+ 20 €

(*) **RO :** Régime obligatoire de protection sociale tel que défini à l'article 2.

« RENFORT PLUS » N° 750/672602/00000 (NON RESPONSABLE)

Signification des abréviations utilisées par l'assureur dans le tableau ci-après :

BR : Base de remboursement du régime obligatoire de protection sociale telle que définie à l'article 2 de la présente notice.
DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maitrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie et Obstétrique), tels que définis à l'article 2.
RO : Régime obligatoire de protection sociale tel que défini à l'article 2.

DÉSIGNATION DES ACTES	MONTANT DES PRESTATIONS	
HOSPITALISATION		
Honoraires	▪ Médecin adhérent à un DPTAM ▪ Médecin non adhérent à un DPTAM	+ 100 % BR + 100 % BR
Actes chirurgicaux	▪ Médecin adhérent à un DPTAM ▪ Médecin non adhérent à un DPTAM	+ 100 % BR + 100 % BR
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux	**Consultation et visite médicale généralistes** ▪ Médecin adhérent à un DPTAM ▪ Médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné) **Consultation et visite médicale spécialistes** ▪ Médecin adhérent à un DPTAM ▪ Médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	 + 100 % BR + 100 % BR + 100 % BR + 100 % BR
Radiologie prise en charge par le RO	▪ Médecin adhérent à un DPTAM ▪ Médecin non adhérent à un DPTAM	+ 100 % BR + 100 % BR
Actes techniques médicaux pris en charge par le RO	▪ Médecin adhérent à un DPTAM ▪ Médecin non adhérent à un DPTAM	+ 100 % BR + 100 % BR
OPTIQUE		
Lunettes : Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai)		
Equipement hors 100 % santé	▪ Equipement à verres simples ▪ Equipement comprenant 1 verre simple et 1 verre complexe ▪ Equipement à verres complexes ▪ Equipement comprenant 1 verre simple et 1 verre très complexe ▪ Equipement comprenant 1 verre complexe et 1 verre très complexe ▪ Equipement à verres très complexes	+ 100 €
Définitions des verres simples, complexes et très complexes : - **Verres simples :** verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre-6,00 et + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries - **Verres complexes :** verres unifocaux qui ne font pas partie des verres simples ; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre-4,00 et + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à 8,00 dioptries. - **Verres très complexes :** verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques qui ne font pas partie des verres complexes.		
DENTAIRE		
Plafonds dentaires : les plafonds prévus au poste dentaire du contrat n° 616/672599/00000 (à l'exception de la formule Sécurité) sont augmentés comme suit : ▪ **Lors de la 1ère année d'adhésion (au-delà, remboursement au TM) :** ▪ **A partir de la 2ème année d'adhésion (au-delà, remboursement au TM) :**		 + 600 € + 1000 €
Soins et prothèses hors 100 % Santé :	▪ **Inlays/Onlays** ▪ **Prothèses dentaires** prises en charge par le RO (y compris Inlays-core)	 + 150 % BR
Prothèse dentaire non prises en charge par le RO, par dent **Dans la limite, par an et par personne assurée de :**		+ 100 € **2 prothèses**
Orthodontie :	▪ Prise en charge par le RO ▪ Non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée	+ 175 % BR + 100 €
Implantologie non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée	▪ Bilan pré-implantaire ▪ Implant intra osseux (racine) ▪ Inlay core ▪ Bridge sur implant	 + 300 €
Parodontologie non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée		+ 100 €

« RENFORT INTÉGRAL » N° 750/672602/00000 (NON RESPONSABLE)

Signification des abréviations utilisées par l'assureur dans le tableau ci-après :

BR : Base de remboursement du régime obligatoire de protection sociale telle que définie à l'article 2 de la présente notice.
DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maitrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie et Obstétrique), tels que définis à l'article 2.
RO : Régime obligatoire de protection sociale tel que défini à l'article 2.

DÉSIGNATION DES ACTES	MONTANT DES PRESTATIONS	
HOSPITALISATION		
Honoraires	▪ Médecin adhérent à un DPTAM ▪ Médecin non adhérent à un DPTAM	+ 100 % BR + 100 % BR
Actes chirurgicaux	▪ Médecin adhérent à un DPTAM ▪ Médecin non adhérent à un DPTAM	+ 100 % BR + 100 % BR
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux	**Consultation et visite médicale généralistes** ▪ Médecin adhérent à un DPTAM ▪ Médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné) **Consultation et visite médicale spécialistes** ▪ Médecin adhérent à un DPTAM ▪ Médecin non adhérent à un DPTAM (y compris non conventionné)	 + 100 % BR + 100 % BR + 100 % BR + 100 % BR
Radiologie prise en charge par le RO	▪ Médecin adhérent à un DPTAM ▪ Médecin non adhérent à un DPTAM	+ 100 % BR + 100 % BR
Actes techniques médicaux pris en charge par le RO	▪ Médecin adhérent à un DPTAM ▪ Médecin non adhérent à un DPTAM	+ 100 % BR + 100 % BR
OPTIQUE		
Lunettes : Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés, sans délai)		
Equipement hors 100 % santé	▪ Equipement à verres simples ▪ Equipement comprenant 1 verre simple et 1 verre complexe ▪ Equipement à verres complexes ▪ Equipement comprenant 1 verre simple et 1 verre très complexe ▪ Equipement comprenant 1 verre complexe et 1 verre très complexe ▪ Equipement à verres très complexes	+ 100 €
Définitions des verres simples, complexes et très complexes : - **Verres simples :** verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre-6,00 et + 6,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries - **Verres complexes :** verres unifocaux qui ne font pas partie des verres simples ; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre-4,00 et + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre-8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme sphère + cylindre est inférieure ou égale à 8,00 dioptries. - **Verres très complexes :** verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques qui ne font pas partie des verres complexes.		
DENTAIRE		
Plafonds dentaires : les plafonds prévus au poste dentaire du contrat n° 616/672599/00000 (à l'exception de la formule Sécurité) sont augmentés comme suit : ▪ **Lors de la 1ère année d'adhésion (au-delà, remboursement au TM) :** ▪ **A partir de la 2ème année d'adhésion (au-delà, remboursement au TM) :**		 + 600 € + 1000 €
Soins et prothèses hors 100 % Santé :	▪ **Inlays/Onlays** ▪ **Prothèses dentaires** prises en charge par le RO (y compris Inlays-core)	 + 150 % BR
Prothèse dentaire non prises en charge par le RO, par dent	**Dans la limite, par an et par personne assurée de :**	+ 100 € **2 prothèses**
Orthodontie :	▪ Prise en charge par le RO ▪ Non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée	+ 175 % BR + 100 €

« RENFORT INTÉGRAL » N° 750/672602/00000 (NON RESPONSABLE) - SUITE		
DENTAIRE (SUITE)		
Implantologie non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée	▪ Bilan pré-implantaire ▪ Implant intra osseux (racine) ▪ Inlay core ▪ Bridge sur implant	+ 300 €
Parodontologie non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée		+ 100 €
PRÉVENTION, MÉDECINES DOUCES ET SANTÉ AU QUOTIDIEN		
Médecine douce non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée :	Ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, éthiopathie, hypnothérapie, homéopathie, consultation de psychologues, de psychomotriciens et consultation diététique ; et, par dérogation aux conditions générales : Actes ou frais de pédicurie et podologie, ergothérapie, luminothérapie, mésothérapie, micro-kinésithérapie, naturopathie, phytothérapie, réflexologie et sophrologie	+ 100 €
Prestation globale, par an et par personne assurée, au titre de l'ensemble des frais suivants :	▪ **Médicaments et homéopathies** prescrits médicalement non pris en charge par le RO ▪ **Sevrage tabagique** (substituts nicotiniques ou médicaments prescrits) non pris en charge par le RO ▪ **Moyens contraceptifs** prescrits médicalement non pris en charge par le RO ▪ **Vaccins prescrits médicalement** non pris en charge par le RO	+ 50 €
Forfait « automédication », par an et par personne assurée	Frais pharmaceutiques non prescrits médicalement non pris en charge par le RO, sur présentation de justificatifs	+ 20 €

TITRE VI - EXÉCUTION DU CONTRAT

Article 13 - Référence légale - Prescription

1. Référence légale

Le présent contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative est régi par le Code des assurances et notamment par ses articles L.141-1 et suivants.

Il est constitué de la présente notice d'information valant conditions générales ainsi que du certificat d'adhésion.

Les déclarations de l'adhérent servent de base à l'application des garanties.

2. Prescription

En application de l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

En application de l'article L. 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ;**
- **une demande en justice (même en référé) jusqu'à l'extinction de l'instance.**

  Il en est de même lorsque la demande en justice 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 (articles 2241 et 2242 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 2243 du Code civil) ;
- **un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).**

Il est rappelé que 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 la 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 2245 du Code civil).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil).

Le délai de prescription peut être interrompu également par :

- **la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;**
- **l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception (adressés par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et adressés par l'adhérent à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité de sinistre).**

3. Renonciation

Si l'adhésion au contrat a été effectuée à la suite d'un démarchage à domicile :

En application de l'article L.112-9 du Code des assurances, vous avez la faculté de renoncer à votre adhésion au contrat par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'adhésion au contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Si l'adhésion au contrat a été effectuée à distance :

En application de l'article L.112-2-1 du Code des assurances, vous avez la faculté de renoncer à votre adhésion au contrat par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de votre certificat d'adhésion au contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Dans ces deux cas, cette renonciation doit reproduire le texte suivant : « Je soussigné(e) _____ déclare renoncer expressément à mon adhésion au(x) contrat(s) Complémentaire santé ACTIFS n° _____ et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L.112-9 (ou L.112-2-1) du Code des assurances. » (Date et signature).

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa entraîne la résiliation de l'adhésion au contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée mentionnée au même alinéa par l'assureur.

Dès lors que l'adhérent a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, il ne peut plus exercer son droit de renonciation. En cas de renonciation, l'adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation.

L'assureur est tenu de lui rembourser le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la date de résiliation. Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si le droit de renonciation est exercé alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont l'adhérent n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Article 14 - Date d'effet - Durée - Reconduction - Résiliation - Modification du contrat

1. Date d'effet - Durée

Le contrat conclu entre l'association et l'assureur prend effet au 1er janvier 2024, pour une première période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet.

2. Reconduction - Résiliation

Le contrat est reconduit tacitement le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf résiliation par l'une des partie, notifiée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement, conformément à l'article L. 113-12 du Code des assurances :

- par lettre recommandée si la demande émane de l'assureur,
- par lettre, courrier électronique ou à défaut, par tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du Code des assurances si la demande émane de l'association contractante.

L'association contractante peut également résilier le contrat après une année d'assurance révolue, conformément à l'article L. 113-15-2 du Code des assurances.

Cette résiliation peut être exercée sans frais ni pénalités.

3. Modification

Les modifications convenues entre l'association contractante et l'assureur pourront prendre effet en cours d'exercice, à effet du 1er jour d'un mois civil et donner lieu à l'émission par l'assureur d'un avenant au contrat.

Il est précisé que dans ce cas, l'association contractante est tenue d'informer ses adhérents des modifications qu'il est prévu d'apporter à leurs droits et obligations dans les conditions et délais prévus à l'article 19.

Article 15 - Adhésion des membres de l'association contractante

1. Adhésion

L'adhésion au contrat est réservée aux membres de l'association contractante tels que définis à l'article 2, demandant à adhérer au contrat.

2. Conditions d'adhésion

Pour adhérer au contrat, vous devez remplir une demande d'adhésion comportant une autorisation de prélèvement, par laquelle vous fournissez les renseignements concernant la(les) formule(s) et module(s) de garanties demandé(s) et les personnes à garantir au titre de l'adhésion.

Vous devez en parallèle fournir à HENNER :

- votre code IBAN pour le versement des prestations et le prélèvement des cotisations le cas échéant,
- l'attestation d'assuré social pour vous-même ainsi que pour chacun de vos ayants droit inscrits au contrat.

La personne dont l'adhésion au contrat est acceptée est ci-après dénommée « adhérent ».

L'adhésion est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion au contrat indiquant notamment :

- la date d'effet de l'adhésion,
- les ayants droit inscrits à l'adhésion,
- la(les) formule(s) et le module de renfort de garanties souscrits,
- le taux de cotisation correspondant.

3. Date d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion.

Sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 3 de l'article 21 et à l'article 22, l'adhésion :

- est souscrite pour une période d'un an à compter de la date indiquée au certificat d'adhésion,
- se renouvelle ensuite par tacite reconduction à la date anniversaire du contrat pour des périodes successives d'un an, sauf résiliation par l'une des parties.

L'adhérent peut dénoncer son adhésion par lettre, courrier électronique ou, à défaut, par tout autre moyen prévu à l'article L. 113-14 du Code des assurances, adressé à l'assureur :

- deux (2) mois au moins avant chaque date de reconduction,
- à tout moment, à compter d'une année d'assurance révolue, pour un effet un mois après la date d'expédition ou de remise de la notification à l'assureur.

L'adhésion prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles de l'article 18.

Autres cas de résiliation :

L'adhésion peut être résiliée conformément aux dispositions prévues :

- en cas de refus de la modification proposée par l'assureur (article 22),
- en cas de refus de l'évolution de la cotisation proposée par l'assureur en application de la clause d'ajustement annuel (article 21.2).

L'adhésion au contrat peut également prendre fin à l'initiative de l'assureur :

- en cas de non-paiement des cotisations (article 21),
- en cas de constat d'une fausse déclaration (article 6).

Article 16 - Personnes garanties

Selon votre choix et sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, les garanties du contrat sont accordées :

- à vous-même et, sous réserve qu'il soit également inscrit à l'adhésion au contrat, à votre conjoint, partenaire ou concubin tel que défini à l'article 2;
- à vos enfants à charge au sens de l'article 2, sous réserve que les enfants considérés soient chacun individuellement inscrits au contrat.

L'inscription au contrat de vos ayants droit (conjoint, partenaire du PACS ou concubin et enfants à charge) est laissée, et ce pour chacun d'entre eux individuellement, à votre libre choix.

Il est précisé que :

- vous pouvez demander l'inscription de certains ou de l'ensemble de vos ayants droit postérieurement à votre adhésion au contrat, dans les conditions définies au paragraphe 3 de l'article 17 ci-après ;
- seuls seront pris en compte les ayants droit nominativement inscrits à l'adhésion au contrat, pour lesquels, en outre, la cotisation nécessaire à leur prise en charge est payée à l'assureur.

En tout état de cause, vous et l'ensemble de vos ayants droit inscrits au contrat devez bénéficier du même niveau de garanties.

Article 17 - Prise d'effet de l'inscription au contrat et des garanties - Modification des ayants droit

1. Prise d'effet de l'inscription au contrat

En ce qui vous concerne, l'inscription prend effet à la même date que l'adhésion au contrat.

L'inscription de vos ayants droit prend effet :

- à la même date que pour vous-même, lorsque vous demandez l'inscription des intéressés concomitamment à votre propre adhésion au contrat,
- le lendemain de la date de la modification de situation de famille (mariage, conclusion d'un pacte civil de solidarité, etc.) ou de naissance d'enfants,
- à la date du terme normal d'une garantie antérieure couvrant les ayants droit,

  sous réserve dans ces deux derniers cas, que cette modification ait été portée à notre connaissance dans un délai de deux mois suivant la date de la modification,
- à la date d'anniversaire de votre adhésion au contrat dans les autres cas ou lorsque le délai de deux mois précité n'aura pas été respecté.

2. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet pour vous-même et le cas échant pour vos ayants droit, à la date d'adhésion au contrat et/ou d'inscription à celle-ci, telles que prévues ci-dessus et sous réserves des délais de carence applicables dans les conditions exposées ci-dessous.

En tout état de cause, et indépendamment des délais de carence prévus ci-dessous, il est précisé que nous ne prenons en charge, tant pour vous-même que pour vos ayants droit, que les dépenses réalisées au titre d'actes prescrits à compter de la date d'effet des garanties.

→ Dispositions particulières applicables à la formule « Hospitalisation » n° 750/672605/00000 et aux formules optionnelles « Indemnité journalière hospitalisation » n° 616/672599/800000 :

Un délai d'attente de trois (3) mois est exigé pour la formule « Hospitalisation » ainsi que pour les formules optionnelles « Indemnité journalière hospitalière » susvisées.

Ce délai d'attente est décompté, tant pour vous-même ainsi que pour vos ayants droit, à compter de la date d'adhésion et/ou inscription à celle-ci.

Pendant cette période :

- **les garanties présentées à l'article 12 de la présente notice d'information sont limitées, pour les formules concernées, à 100% de la Base de remboursement de la Sécurité sociale ;**
- **les actes ou frais non pris en charge par le Régime obligatoire de protection sociale n'ouvrent pas droit à prestation.**

Ce délai d'attente n'est toutefois pas appliqué lorsque les frais de santé engagés sont consécutifs à un accident.

→ Dispositions particulières applicables aux modules optionnels « Renfort Plus » et « Renfort Intégral » n° 750/672602/00000 :

Les délais d'attente suivants sont applicables pour les modules susvisés :

- **les garanties :**
  - **cas d'hospitalisation occasionnée par une intervention chirurgicale - actes et frais de chirurgie,**
  - **optique,**
  - **dentaire (en ce qui concerne les frais d'inlays/onlays, de prothèses dentaires - dont inlay-core -, d'implantologie, de parodontologie, d'orthodontie),**

  ne sont accordées à l'adhérent et à ses ayants droit inscrits au contrat qu'après trois (3) mois d'adhésion de l'intéressé au contrat.

  Ces délais de carence ne sont toutefois pas appliqués lorsque les frais engagés sont consécutifs à un accident.
- **les garanties en cas d'hospitalisation occasionnée par une maternité ne sont accordées qu'après 10 mois d'adhésion (en ce qui vous concerne) ou d'inscription au contrat (en ce qui concerne votre ayant droit).**

3. Choix et changement du niveau de garanties - changement de formules et renforts optionnels

Il est rappelé que le contrat Complémentaire santé "Actifs" prévoit 6 formules de garanties de base. Vous souscrivez à la formule de base de votre choix tant pour vous-même que pour vos ayants droit inscrits au contrat.

Hormis la formule « Hospitalisation » non responsable, vous disposez également de la possibilité de souscrire à l'une des options facultatives "Indemnité journalière hospitalière" tant pour vous-même que pour vos ayants droit ainsi qu'à un module optionnel de renfort de votre choix.

Le choix de la formule de garantie (formules et modules optionnels compris) applicable tant pour vous-même que pour vos ayants droit éventuellement inscrits au contrat doit être effectué lors de votre adhésion au contrat et devra être indiqué sur le bulletin individuel d'affiliation complété et signé par vos soins.

Ultérieurement, vous conservez la possibilité :

- de changer votre formule de garanties et/ou formules et modules optionnels après un an d'adhésion à ladite formule ou module, sous couvert de respecter un préavis de deux (2) mois. **Il est précisé qu'aucun changement de formule(s) ou module(s) de garanties ne peut intervenir en cours d'année.**
- à modifier les ayants droits inscrits au titre de l'adhésion au contrat, en cas de changement dûment justifié de la situation de famille (en cas de mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, divorce, rupture du PACS ou cessation du concubinage, décès du conjoint, partenaire du PACS ou concubin, naissance d'enfant…) ou si la demande a pour cause le terme d'une garantie antérieure couvrant les ayants droit, moyennant un préavis d'un mois.

Pour toute demande de modification, vous devrez compléter et signer un nouveau bulletin fourni par l'assureur sur lequel vous indiquerez la nouvelle formule de garanties et le cas échéant la (ou les) modifications de votre situation de famille.
En tout état de cause, dans tous les cas, vous et vos ayants droit inscrits au contrat devez bénéficier de la même formule de garanties.
En outre, si le délai d'un mois ci-dessus n'est pas respecté ou si le nouveau choix exprimé est irrecevable, vous et vos ayants droit inscrits au contrat continuerez à bénéficier de la formule de garanties précédemment retenue.

Article 18 - Cessation de l'adhésion et/ou de l'inscription - cessation des garanties

1. Cessation de l'adhésion

Votre adhésion au contrat cesse :

- à la date d'effet de la résiliation de votre adhésion au contrat telle que mentionnée au **paragraphe 3 Date d'effet, Durée et renouvellement de l'adhésion** de l'article 15 ;
- à la date de résiliation du contrat conclu entre l'association contractante et l'assureur ;
- à la date à laquelle vous cessez d'être membre de l'association contractante, cette dernière devant en aviser l'assureur dans un délai d'un mois,
- si vous bénéficiez à titre obligatoire d'un régime complémentaire d'entreprise, de même nature, le dernier jour du mois civil au cours duquel vous en avez apporté la preuve à l'assureur,
- à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de votre Régime obligatoire de protection sociale,
- dans les conditions prévues au 3 de l'article 21 si les cotisations vous concernant ne sont pas réglées (sous réserve de la mise en œuvre des modalités prévues à l'article L.141-3 du Code des assurances).

Toutefois, à la date de résiliation de votre contrat, nous vous proposerons un contrat de maintien individuel de garanties, moyennant le paiement de la cotisation que nous vous indiquerons.

2. Cessation des garanties

Les garanties du contrat prennent fin pour vous-même et vos ayants droit à la date de la cessation de l'adhésion, telle qu'elle est prévue contractuellement.
Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause pour vos ayants droit inscrits au contrat :

- au dernier jour du mois au cours duquel la radiation d'un ayant droit aura été demandée, **étant précisé que toute radiation d'un ayant droit est définitive ;**
- pour son conjoint, partenaire ou concubin, s'il bénéficie à titre obligatoire d'un régime complémentaire d'entreprise, de même nature, le dernier jour du mois civil au cours duquel il en a apporté la preuve à l'assureur,
- à la date de cessation du paiement des cotisations les concernant dans les conditions prévues au paragraphe 3 de l'article 21 (sous réserve de la mise en œuvre des modalités prévues à l'article L. 141-3 du Code des assurances),
- lorsque vous aurez valablement demandé la cessation de votre adhésion. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable en cas de décès de l'adhérent, son conjoint, partenaire ou concubin survivant pouvant demander à acquérir la qualité d'adhérent au contrat, sous réserve d'en faire la demande à l'assureur dans les 2 mois suivant la date du décès de l'adhérent.

En outre, les garanties cessent :

- Pour votre conjoint : à la date à laquelle la décision de divorce ou de séparation de corps devient définitive ;
  ou pour le partenaire : à la date de rupture du PACS ;
  ou pour le concubin : à la date à laquelle cesse le concubinage.
- Pour les enfants : dès qu'ils cessent d'être à charge au sens du contrat.

Il est précisé que l'assureur ne prend en charge, tant pour vous-même que pour vos ayants droit, que les dépenses réalisées antérieurement à la date de cessation des garanties.

Article 19 - Information des adhérents

Il est rappelé que la présente notice d'information est établie par l'assureur et vous est remise avec le certificat d'adhésion prévu à l'article 15.
Il incombe à l'association contractante d'informer par écrit les adhérents des modifications éventuelles qui seraient apportées à leurs droits et obligations, conformément à l'article L. 141-4 du Code des assurances, trois (3) mois au minimum avant la date prévue pour leur entrée en vigueur.
D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et adresser cette information.

Article 20 - Réclamation, Médiation, Protection des données personnelles, Dématérialisation des échanges relatifs au contrat d'assurance, Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

1. Réclamation - Médiation

Pour toute réclamation, vous pouvez vous adresser à votre interlocuteur habituel ou au Service de la Relation Clientèle de l'assureur par téléphone au 01 70 96 62 68.

Si cette première réponse ne vous satisfait pas, la réclamation peut être adressée :

- ou par email à l'adresse src-collectives@ggvie.fr,
- ou par courrier postal à Groupama Gan Vie - Service des relations avec les consommateurs - Immeuble West Park 2 - 2 boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre

Si cette réponse ne vous satisfait pas, ou si aucune réponse ne vous a été apportée à l'issue de ces deux (2) mois, vous disposez du droit de saisir la Médiation de l'Assurance sur le site : www.médiation-assurance.org ou par courrier (Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09), sans préjudice du droit de saisir la justice.

Si vous le souhaitez, notre Service Réclamations reste à votre disposition sur le site : https://reclamations.ggvie.fr ou par courrier (Groupama Gan Vie Service Réclamations TSA 91414 - 35090 Rennes CEDEX 9).

Les modalités de traitement des réclamations peuvent être consultées sur le site internet www.gan-eurocourtage à la rubrique « Mentions légales ».

2. Protection des données personnelles

2.1. Dispositions applicables à l'assureur en qualité de responsable de traitement des données personnelles

Des données à caractère personnel sont recueillies par l'assureur à différentes étapes de ses activités commerciales ou d'assurance concernant les adhérents ou les personnes parties ou intéressées aux contrats.

Ces données personnelles sont traitées par l'assureur, en qualité de responsable de traitement, en conformité avec les réglementations en vigueur relatives au traitement de ces données et à la protection de la vie privée, notamment les dispositions de la loi informatiques et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement 2016/679 du 27 avril 2016).

Les données personnelles sont conservées conformément à la durée nécessaire à l'exécution du contrat, puis archivées jusqu'à l'extinction des délais de prescription légaux applicables.

DROITS DES PERSONNES

Les personnes précitées disposent, en justifiant de leur identité :

- du droit de prendre connaissance des informations dont dispose l'assureur et de demander à les compléter ou les corriger (droits d'accès et de rectification) ;
- du droit de demander l'effacement de leurs données ou d'en limiter l'utilisation (droit de suppression des données ou de limitation) ;
- du droit de s'opposer à l'utilisation de leurs données, notamment concernant la prospection commerciale (droit d'opposition) ;
- du droit de récupérer les données qu'elles ont personnellement fournies à l'assureur pour l'exécution de leur contrat ou pour lesquelles elles ont donné leur accord (droit à la portabilité des données) ;
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et la communication de leurs données après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés en s'adressant à Groupama Gan Vie par courrier postal, par courriel ou par internet à l'adresse suivante :

Délégué Relais à la Protection des données
Immeuble West Park 2
2 Boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre
contact.dpo@ggvie.fr.

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du Médecin-conseil de l'assureur à l'adresse suivante :

Groupama Gan Vie
Monsieur le Médecin-conseil - Service Médical Collectives
Immeuble West Park 2
2 Boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre.

Les personnes concernées peuvent également formuler une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL) si elles estiment que l'assureur a manqué à ses obligations concernant leurs données.

Dans le cadre de ses obligations, l'assureur est tenu de vérifier régulièrement que les données concernant les personnes sont exactes, complètes et à jour. A cette fin, l'assureur peut être amené à solliciter les personnes précitées pour vérifier ou compléter ces informations.

POURQUOI L'ASSUREUR COLLECTE-T-IL DES DONNÉES PERSONNELLES ?

Leur traitement est nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution du contrat et des garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, à la gestion du risque de fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, selon les finalités détaillées ci-dessous.

Passation, gestion, exécution des contrats et gestion commerciale des clients et prospects

Les données recueillies par l'assureur à différentes étapes de la souscription ou de la gestion des contrats d'assurance sont nécessaires aux objectifs suivants :

- l'étude des besoins en assurance afin de proposer des contrats adaptés à chaque situation ;
- l'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque ;
- la gestion des contrats (de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat), et l'exécution des garanties du contrat ;
- la gestion des clients ;
- l'exercice des recours, et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- la mise en place d'actions de prévention ;
- le respect d'obligations légales ou réglementaires ;
- la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre de la vie du contrat.

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, au conseiller ou contact habituel, aux services de l'assureur en charge de la gestion commerciale ou de la passation, gestion et exécution des contrats et à ses délégataires, intermédiaires, partenaires, mandataires, sous-traitants ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes directement ou indirectement intéressées au contrat et à son exécution, et à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les

commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).
Des données de santé sont susceptibles d'être traitées dès lors qu'elles sont nécessaires à la passation, la gestion ou l'exécution des contrats d'assurance ou d'assistance. Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et avec votre accord. S'agissant de protection sociale, les personnes concernées acceptent expressément ce recueil et les traitements nécessaires.
Elles sont exclusivement destinées aux médecins-conseil de l'assureur ou d'entités du Groupe Groupama en charge de la gestion des garanties, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment ses délégataires ou experts médicaux). Ces informations peuvent également être utilisées par des personnes habilitées au titre de la lutte contre la fraude.
En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées pour la durée du contrat prolongée de la durée de gestion des éventuels sinistres ou litiges en cours, et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription.
En l'absence de conclusion d'un contrat (données prospects) :

- les données de santé sont conservées cinq (5) ans maximum à des fins probatoires ;
- les autres données pourront être conservées trois (3) ans maximum.

Lutte contre la fraude à l'assurance

Les personnes précitées sont également informées que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de leur dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe Groupama.
Dans ce cadre, des données personnelles concernant les personnes précitées peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Groupama dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).
L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) peut être destinataire de données à cette fin.
Les personnes sont également informées qu'ALFA met en œuvre un dispositif mutualisé des données des contrats d'assurance et des sinistres déclarés auprès des assureurs à des fins de lutte contre la fraude. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA, 1, rue Jules Lefebvre - 75431 Paris Cedex 09.
Les données traitées pour la lutte contre la fraude sont conservées cinq (5) ans maximum à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, les données seront conservées jusqu'à la fin de la procédure, et à l'expiration des prescriptions applicables.
Les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, seront désinscrites passé le délai de cinq (5) ans à compter de l'inscription sur cette liste.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Pour répondre à ses obligations légales, l'assureur met en œuvre des traitements ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment des capitaux et, le financement du terrorisme, ainsi que la mise en œuvre de mesures restrictives et de gel des avoirs.
Les données utilisées à cette fin sont conservées cinq (5) ans minimum à compter de la réalisation des opérations ou de la fin de la relation d'affaires.
Le droit d'accès aux données relatives aux traitements mis en œuvre aux fins de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés.

Satisfaction/Qualité de services

Dans son intérêt et celui de ses clients, l'assureur mesure et cherche à améliorer continuellement la qualité de ses services et de ses offres. Des enquêtes de satisfaction peuvent notamment être réalisées.
Dans ce cadre, les échanges par courrier, e-mail ou téléphone entre l'assureur et les personnes précitées peuvent être enregistrés et analysés.
Les enregistrements téléphoniques sont conservés pour une durée maximale de six (6) mois et les autres éléments nécessaires à l'amélioration de la qualité de services sont conservés pour une durée maximale de trois (3) ans.

Études, Statistiques

L'assureur et les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) sont également susceptibles d'utiliser et exploiter des données à caractère personnel concernant les personnes précitées à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer leurs offres de produits et services, de personnalisation de leurs relations avec l'intéressé.
Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles concernant les personnes précitées, collectées automatiquement ou communiquées par la personne elle-même.
Elles peuvent également être combinées avec des données statistiques ou agrégées issues de différentes sources internes ou externes.

TRANSFERTS D'INFORMATIONS HORS DE L'UNION EUROPEENNE

Les données personnelles sont traitées au sein de l'Union Européenne. Toutefois, des données peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors Union Européenne, dans le respect des règles de protection des données et encadrées par des garanties appropriées (ex : clauses contractuelles types de la commission européenne, pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat…).
Ces transferts peuvent être effectués pour l'exécution des contrats, la lutte contre la fraude, le respect d'obligations légales ou réglementaires, la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'assureur d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées. Certaines

données, strictement nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance, peuvent aussi être transmises hors de l'Union Européenne dans l'intérêt de la personne concernée ou de la sauvegarde de la vie humaine.

2.2. Dispositions applicables au courtier gestionnaire en qualité de responsable conjoint de traitement des données personnelles

Il est précisé que HENNER, en sa qualité de délégataire de gestion, est amené à traiter des données personnelles en sa qualité de responsable de traitement conjoint avec l'assureur.
Nous vous invitons à vous reporter à la « Charte RGPD Assurés » disponible sur votre Espace Client mis à disposition par le délégataire ou sur le site internet de ce dernier pour plus de précisions sur le traitement de vos données personnelles et des modalités d'exercice de vos droits.

3. Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme

En tant qu'entreprise d'assurance, l'assureur est assujetti aux dispositions légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme des dispositions des articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier.
L'assureur est ainsi tenu à des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance constante, qui justifient le recueil d'informations auprès de ses Clients.

Titre VII - Cotisations

Article 21 - Cotisations

1. Fixation et paiement

Vos garanties sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle déterminée par personne assurée (vous et chacun de vos ayants droit inscrits au contrat) :

- en euros,
- en fonction de l'âge (calculé par différence de millésime) à la date de l'adhésion au contrat et à chaque renouvellement annuel de celle-ci (tarif à l'âge atteint) de chaque personne assurée,
- en fonction de votre département de résidence,
- et selon la formule de garanties retenue identique pour l'ensemble des personnes assurées.

Les garanties sont accordées sans contrepartie de cotisation à compter du 3ème enfant et pour tous les enfants suivants inscrits au contrat.
La cotisation est payable en euros, mensuellement, trimestriellement ou annuellement selon la périodicité définie au certificat d'adhésion. Elle est payable d'avance sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé dans un pays membre de la zone SEPA pour les paiements par prélèvement.
La cotisation cesse d'être due à la date de cessation de l'adhésion.
Toute taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait payable en même temps que la cotisation et viendrait majorer le montant à payer à l'assureur.

2. Modalités de paiement des cotisations

La cotisation afférente aux garanties du contrat peut être révisée à la date d'anniversaire de l'adhésion audit contrat en fonction du taux d'accroissement annuel de la consommation médicale des comptes nationaux de la santé et des résultats techniques (rapport « sinistres à cotisations ») du contrat ou du groupe de contrats auquel il appartient.
À compter du jour où il a connaissance d'une majoration des taux de cotisation, l'adhérent aura la possibilité de résilier son adhésion au contrat dans un délai de 30 jours.
À cet effet, l'adhérent adressera une lettre ou un courrier électronique à l'assureur ou, à défaut, par tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du Code des assurances.
La résiliation prendra effet un mois après la date d'expédition ou de remise de la notification. Toutefois, si ce délai d'un (1) mois expire au cours du 4ème trimestre de l'année en cours, la résiliation deviendra alors effective au 31 décembre de l'exercice civil considéré, à vingt-quatre (24) heures.
Il est précisé que le prorata de cotisation afférent à la période de garantie courue jusqu'à la date de résiliation est calculé sur l'ancien tarif et demeurera exigible.

3. Défaut de paiement de la cotisation par l'adhérent

En application des dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances, toute cotisation exigible reste due et peut être recouvrée par tout moyen de droit.
En application des dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances, l'association contractante doit, au plus tôt dix jours après la date d'échéance d'une cotisation impayée, adresser à l'adhérent une lettre recommandée de mise en demeure.
La lettre stipulera qu'à l'issue d'un délai de quarante (40) jours à compter de l'envoi de cette lettre, l'adhérent est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement des cotisations.
D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et adresser cette lettre recommandée.

Titre VIII - Révision

Article 22 - Révision

Les garanties sont définies en prenant en considération la réglementation actuelle du Régime obligatoire de protection sociale français.
Si ultérieurement une nouvelle réglementation ou des dispositions prises par l'UNCAM en application des dispositions législatives ou réglementaires alors en vigueur entraîne(nt) une modification des engagements de l'association contractante et de l'assureur, les dispositions suivantes seront applicables en cours d'exercice, selon le contexte et les contraintes réglementaires :

- Lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au contrat son caractère « responsable » : l'assureur indiquera les modifications nécessaires pour maintenir au contrat son caractère « responsable » dans les conditions définies à l'article L.112-3 du Code des assurances. En cas de refus, formulé par écrit dans un délai de trente (30) jours à compter de la proposition, l'assureur

adressera à l'adhérent une lettre recommandée l'informant de la résiliation de son adhésion au contrat.

- Lorsque la modification est motivée par d'autres évolutions de la législation ou réglementation de la Sécurité sociale : l'assureur procédera à l'ajustement de la cotisation. Si l'adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'assureur ou refuse expressément la nouvelle cotisation, l'assureur peut résilier son adhésion au contrat, 10 jours après notification par lettre recommandée.

L'assureur se réserve aussi la faculté d'établir son remboursement en référence à la législation en vigueur lors de la souscription de l'adhésion au contrat.

Par ailleurs, l'assureur pourra éventuellement procéder, si les résultats du régime devenaient déficitaires, à une révision tarifaire ou à une diminution des garanties. Dans ce cas, l'adhérent en serait informé au moins 3 mois avant le renouvellement de son adhésion au contrat.

Groupama Gan Vie
Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 euros RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z Tél. : 01 44 56 77 77 src-collectives@ggvie.fr
Siège social : 8-10 rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08
Entreprise régie par le code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09
Les produits d'assurance de Groupama Gan Vie sont notamment distribués par Gan Assurances
et sous la marque Gan Eurocourtage via les courtiers et Gan Prévoyance.