

# VITANEOR 3

## COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

& Garantie Assistance



NOTICES D'INFORMATION

CONVENTION D'ASSISTANCE

**CEGEMA**   

Siège social : 679, avenue du Docteur Lefebvre | BP 189 | 06272 Villeneuve-Loubet Cedex | [www.cegema.com](http://www.cegema.com) | S.A. de gestion et de courtage d'assurance au capital de 313 800 euros | ORIAS n° 07 001 328 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr) | RCS Antibes B 378 966 485 | Soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 9

Assureur : Swiss Life Prévoyance et Santé | Siège social : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret | S.A. au capital de 150 000 000 euros | Entreprise régie par le Code des assurances | RCS Nanterre 322 215 021

Souscripteur : AGIS (Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité), association loi 1901 déclaration à la Préfecture de Paris n° 546967P | Siège social : 7, rue Belgrand | 92300 Levallois-Perret

Assistance : AWP P&C SA au capital de 17 287 285 euros - régie par le Code des assurances - RCS Bobigny 519 490 080 | Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen

Les prestations d'assistance et de téléconsultation de la convention (922 691) sont mises en oeuvre par AWP FRANCE SAS - SAS au capital de 7 584 076,86 € - 490 381 753 RCS Bobigny

Siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669 - <http://www.orias.fr/>, ci-après désignée sous le nom commercial "Mondial Assistance"

## Sommaire général

DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE PRODUIT D'ASSURANCE (FICHE IPID)	2
DOCUMENT D'INFORMATION TAUX DE REDISTRIBUTION ET TAUX DE FRAIS DE GESTION	4
TABLEAU DES GARANTIES	5
EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS	7
NOTICE D'INFORMATION	10
CONVENTION D'ASSISTANCE	23
DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ	33
STATUTS AGIS	35

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : SwissLife Prévoyance et Santé – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances – 322 215 021 RCS Nanterre.

AWP P&C - SA au capital de 17 287 285 € - 519 490 080 RCS Bobigny, Entreprise d'assurances immatriculée en France et régie par le Code des assurances.

Produit : VITANEOR3

Le contrat VITANEOR3 a été développé et négocié par CEGEMA qui le distribue à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau.

**Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.**

## De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit VITANEOR3 est un contrat de complémentaire santé, collectif à adhésion facultative. Il prévoit le remboursement de tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires (assurés) en cas d'accident, maladie ou maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables. Il peut être souscrit dans le cadre de la loi Madelin pour les personnes éligibles.



## Qu'est-ce qui est assuré ?

### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

#### Formules F1 à F6

✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, frais accompagnant, confort hospi (télévision, Internet, téléphone, presse), hospitalisation à domicile, transport.

✓ **Soins courants** : honoraires, paramédicaux, laboratoires, médecines complémentaires, matériel médical (gros et petit appareillage).

✓ **Médicaments** : Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire.

✓ **Optique** : équipement (monture et verres), lentilles.

✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, inlays-onlays, orthodontie, prothèses et inlay-core (couronnes, bridges, appareils amovibles) remboursés par le Régime Obligatoire.

✓ **Aides auditives** : piles et accessoires.

✓ **Actes de prévention et médicaments prescrits ou non, non remboursés par le régime obligatoire.**

✓ **Cures thermales** : honoraires et frais remboursés par le régime obligatoire.

### AUTRES GARANTIES PREVUES SELON FORMULE CHOISIE

Chambre particulière, chirurgie réfractive, Dentaire non remboursé par le régime obligatoire (implantologie, prothèses, orthodontie, parodontologie).

**Bonus fidélité** sur les honoraires en hospitalisation et soins courants OPTAM, la médecine complémentaire, le forfait cure thermique, la chirurgie réfractive, les prothèses dentaires hors 100% Santé, les aides auditives.

### GARANTIES OPTIONNELLES

**Renfort Hospitalisation** dès la formule F1 : supplément de remboursement des honoraires OPTAM et OPTAM-CO, chambre particulière, frais accompagnant, confort Hospi.

**Option ECO Futé** dès la formule F2 (non cumulable avec le renfort hospi) et Option ECO Pharma niveau 1 et 2 dès la formule F1.

- ECO Futé : suppression de chambre particulière, actes de prévention et médicaments prescrits ou non, non remboursés par le Régime Obligatoire.

- ECO Pharma niveau 1 : suppression de Médicaments remboursés à 15%.

- ECO Pharma niveau 2 : suppression de Médicaments remboursés à 30% et à 15%.

### Formule HOSPI

✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, frais accompagnant, confort Hospi (télévision, Internet, téléphone, presse); hospitalisation à domicile, transport.

### LES SERVICES PRÉVUS

Réseau de soins Carte Blanche (hors formule Hospi). Espace clients Cegema pour le suivi des remboursements.

### L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE

Parmi les nombreux services en inclusion :

✓ Téléconsultation jusqu'à 10 consultations par an par bénéficiaire.

✓ Aide-ménagère et/ou auxiliaire de vie en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile.

✓ Rapatriement sanitaire en cas de maladie, accident ou décès à l'étranger.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les frais relatifs à des séjours en établissements médicosociaux, services ou unités de soins de longue durée (USLD), maisons de retraite, logements foyers pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

### Formule Hospi

- ✗ Le délai d'attente est de 1 mois. Il peut être abrogé en cas de reprise à la concurrence sur présentation d'un certificat de radiation si les garanties sont équivalentes et sans interruption de garanties.



## Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Liste non exhaustive. La liste complète des exclusions et des limitations se trouve dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

! La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité Sociale.

! La majoration du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.

! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

### PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Frais accompagnant, télévision, téléphone, Internet et presse** : les remboursements sont limités à 20 jours par hospitalisation.

### Hors formule HOSPI

! **Frais dentaires** : les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient fonction du niveau de garantie choisi.

Outre les plafonds définis pour chaque type de prestations remboursées par la Sécurité sociale (soins dentaires, inlays-onlays, orthodontie, prothèses et inlay-cores) et non remboursés par la Sécurité sociale (soins dentaires, inlays-onlays, orthodontie, prothèses et inlay-cores, implantologie, prothèses, orthodontie et la parodontologie), il existe sur les niveaux de garantie les plus importants un plafond sur les actes prothétiques hors 100% santé par an et par assuré de 1500€ (F3), 1800€ (F4), 2000€ (F5) ou 2500€ (F6).

! **Frais optiques** : la prise en charge est limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

! **Prévention** : sont remboursés les actes de prévention prévus au contrat responsable et les vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, Traitement antipaludéen pour les voyages, sevrage tabagique, troubles de l'audition, glucomètre, auto-tensionnètre, test de dépistage NR (cancers col de l'utérus, colon, sein) et dépistage de l'ostéoporose.

! **Renfort Hospitalisation** : les remboursements sont limités aux médecins ayant adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO).



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ La garantie du contrat s'exerce en France. Elle s'étend aux accidents, aux maladies et aux hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de base de l'Assuré s'applique.
- ✓ Dans les cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



## Quelles sont mes obligations ?

**Sous peine de suspension des garanties, vous devez,**

**Lors de l'adhésion au contrat :**

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion fournie par l'assureur,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,

**En cours de contrat :**

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat,
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par la Sécurité Sociale (si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si l'assureur n'a pas directement réglé auprès du professionnel de santé),
- Informer l'assureur de tout changement de votre situation, par lettre recommandée postale ou envoi en recommandé électronique, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, et notamment le changement d'adresse ou la fixation hors de France métropolitaine, la composition familiale, le régime obligatoire, la profession exercée.

Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au contrat, auprès de votre centre de gestion Cegema dans les dix jours à compter de l'échéance.
- Paiement fractionné possible (mensuel, trimestriel ou semestriel).
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en fractionnement mensuel et trimestriel) ou par prélèvement automatique.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est définie d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion.
- En cas de contrat conclu à distance ou en cas de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle si celle-ci est postérieure à la date de conclusion du contrat.
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

**Vous pouvez résilier votre adhésion dans les cas prévus par la réglementation, mais également :**

- A la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.  
Vous avez également la possibilité de mettre un terme à votre adhésion au contrat VITANEOR 3 à tout moment, après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.
- En cas de révision des cotisations.  
Votre demande de résiliation doit nous être adressée par lettre recommandée postale ou envoi recommandé électronique ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances.

## TAUX DE REDISTRIBUTION ET TAUX DE FRAIS DE GESTION

Taux relatif à l'exercice comptable arrêté au 31/12 /2020 exprimé en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins	
Type de taux	Taux 2020
Taux brut S/P (y compris Provisions pour Frais de Gestion de Sinistres) en 2020 pour l'ensemble du portefeuille (1)	70.50%
Taux de frais de gestion (2)	25.09%
	dont frais de gestion 12.25%
	dont frais d'acquisition 12.84%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

CEGEMA | Siège social : 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre | BP 189 | 06272 Villeneuve-Loubet Cedex | S.A. de gestion et de courtage d'assurance au capital de 313 800 euros | ORIAS n° 07 001 328 [www.orias.fr](http://www.orias.fr) | RCS Antibes B 378 966 485 | Cegema exerce comme courtier en assurance conformément aux dispositions de l'article L521-2 II 1°b | Soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 9  
Assureur : Swiss Life Prévoyance et Santé | Siège social : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret | S.A. au capital de 150 000 000 euros | Entreprise régie par le Code des assurances | RCS Nanterre 322 215 021

# TABLEAU DES GARANTIES VITANEOR 3

A l'exception de la formule Hospi, Les garanties du contrat VITANEOR 3 décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Le contrat VITANEOR 3 s'adapte donc automatiquement à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% santé »). Elles prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessous. Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés ainsi que des « Prix Limites de Vente » (PLV) et « Honoraires Limites de Facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur (a).

	Non resp.		Responsable 100% Santé compatible					
	HOSPI	F1	F2	F3	F4	F5	F6	
Délai d'attente :	1 mois	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	
<b>HOSPITALISATION</b>								
<b>Honoraires dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO</b>								
<b>BONUS FIDÉLITÉ</b> 2 <sup>ème</sup> année : +25 / dès la 3 <sup>ème</sup> année : +50 /	en 1 <sup>ère</sup> année d'assurance	150%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	en 2 <sup>ème</sup> année d'assurance	150%	125%	150%	175%	225%	275%	325%
	à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'assurance	150%	150%	175%	200%	250%	300%	350%
<b>Honoraires hors OPTAM ou OPTAM-CO</b>								
<b>Forfait journalier hospitalier (1) - Durée illimitée</b>	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	
<b>Frais de séjour</b>	Secteur conventionné	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	
	Secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
<b>Autres frais</b>								
- Chambre particulière (3) - Forfait par journée	40 € / j	-	40 € / j	45 € / j	55 € / j	65 € / j	80 € / j	
- Frais accompagnant (Ascendant - Descendant - Collatéraux) (20 jours par événement)	10 € / j	10 € / j	10 € / j	15 € / j	25 € / j	30 € / j	40 € / j	
- Confort Hospi : télévision, téléphone et Internet, presse (20 jours par événement)	20 € / j	-	20 € / j	20 € / j	20 € / j	20 € / j	20 € / j	
- Transport du malade	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
<b>Hospitalisation à domicile</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
<b>Hospizen</b>	1) En amont de l'hospitalisation, des conseils médicaux pratiques, administratifs et de bien-être. 2) A tout moment, l'expertise d'une équipe de professionnels de santé pour s'informer sur sa situation individuelle. 3) Un diagnostic personnalisé en fonction de son environnement familial, géographique et socio-économique pour planifier les services à domicile.							
<b>Hospitalisation de plus de 24h ou immobilisation à domicile de plus de 5 jours</b>	Forfait de 300 € pour des services et aide à domicile. Ces services et aides peuvent être : auxiliaire de vie, aide ménagère, portage de repas, assistance aux animaux de compagnie, livraison de courses, bien-être à domicile...							
<b>SOINS COURANTS</b>								
<b>Honoraires médicaux</b>								
- Médecins généralistes et spécialistes (4)								
- Radiologie - Imagerie - Echographie								
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)								
<b>dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO</b>								
en 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année d'assurance	-	100%	100%	130%	150%	200%	250%	
à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'assurance	-	125%	125%	155%	175%	225%	275%	
<b>hors OPTAM ou OPTAM-CO</b>								
en 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année d'assurance	-	100%	100%	110%	130%	180%	200%	
à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'assurance	-	100%	100%	130%	150%	200%	250%	
<b>Honoraires paramédicaux</b>	-	100%	100%	130%	150%	200%	250%	
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	-	100%	100%	130%	150%	200%	250%	
<b>Consultations non remboursées par la Sécurité sociale</b>								
- Médecines complémentaires : acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, pédicures, ostéopathes, podologues, psychologues, réflexologues, sexologues, sophrologues								
en 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année d'assurance	-	50 € / an	75 € / an	100 € / an	125 € / an	150 € / an	175 € / an	
à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'assurance	-	75 € / an	100 € / an	150 € / an	175 € / an	200 € / an	225 € / an	
<b>Médicaments</b>								
(sans Option ECO Pharma) remboursés par la Sécurité sociale à 15%, 30% et 65%	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
(avec ECO Pharma 1) remboursés par la Sécurité sociale à 30% et 65%	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
(avec ECO Pharma 2) remboursés par la Sécurité sociale à 65%	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
<b>Matériel médical</b>								
- Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses ...) remboursés par la Sécurité sociale	-	100%	100% + 75 € / an	100% + 100 € / an	100% + 125 € / an	100% + 150 € / an	100% + 200 € / an	
<b>Cures thermales</b>								
- Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
- Forfait hébergement, dépassement, transport en 2 <sup>ème</sup> année d'assurance	-	-	100 € / an	125 € / an	150 € / an	200 € / an	300 € / an	
à partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'assurance	-	100 € / an	200 € / an	225 € / an	250 € / an	300 € / an	400 € / an	
<b>Prévention</b> : ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation des contrats responsables)	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
<b>Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale avec ou sans prescription médicale et Actes de prévention</b> : vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, traitement antipaludéen pour les voyages, sevrage tabagique, troubles de l'audition, glucomètre, autotensiomètre, test de dépistage NR (cancers col de l'utérus, colon, sein) et dépistage de l'ostéoporose	-	50 € / an	75 € / an	80 € / an	100 € / an	125 € / an	150 € / an	
<b>OPTIQUE</b>								
<b>Equipements 100% Santé* :</b>								
- Monture et verres entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à prise en charge renforcée) (b) - Renouvellement tous les 2 ans	-	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	
- Monture de Classe B (associée à des verres de Classe A)	-	30 €	40 €	50 €	60 €	80 €	100 €	
<b>Equipements hors 100% Santé* :</b>								
Equipement entrant dans le cadre du panier libre (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c) Le remboursement de la monture est plafonné à 100 €								
- Une monture de classe B avec 2 verres simples	-	100%	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	
- Une monture de classe B avec au moins un verre complexe ou très complexe	-	100%	200 €	250 €	300 €	350 €	450 €	
<b>Lentilles de contact</b>								
- Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
- Forfait lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale	-	-	50 € / an	75 € / an	100 € / an	125 € / an	150 € / an	
<b>Chirurgie réfractive (par oeil)</b>								
en 1 <sup>ère</sup> année d'assurance	-	-	100 € / an	150 € / an	200 € / an	250 € / an	300 € / an	
à partir de la 2 <sup>ème</sup> année d'assurance	-	-	200 € / an	250 € / an	300 € / an	400 € / an	500 € / an	
<b>DENTAIRE</b>								
<b>Soins</b>								
- Soins dentaires, orthodontie, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale	-	100%	125%	150%	200%	250%	300%	
- Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100% Santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés (a) ou libres	-	100%	125%	150%	200%	250%	300%	
- Inlays-côres remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100% Santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés (a) ou libres	-	100%	150%	175%	225%	275%	325%	
<b>Soins et prothèses 100% Santé*</b>								
- Actes prothétiques et inlays-côres entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à remboursement renforcé)	-	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	

# TABLEAU DES GARANTIES VITANEOR 3

	HOSPI	F1	F2	F3	F4	F5	F6
<b>Prothèses hors 100% Santé*</b> - Actes prothétiques hors cadre du panier de soins 100% Santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés (a) ou libres							
	-	100%	150%	175%	225%	275%	325%
<b>BONUS FIDÉLITÉ +25/ dès la 3<sup>ème</sup> année</b>	-	125%	175%	200%	250%	300%	350%
<b>Plafonds sur les prothèses hors 100% Santé* (au delà remboursement au TM)</b>				1500 € /an	1800 € /an	2000 € /an	2500 € /an
<b>Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale</b> - Implantologie, orthodontie, prothèses, parodontologie							
	-	-	-	100 € /an	150 € /an	200 € /an	300 € /an
<b>BONUS FIDÉLITÉ en 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année</b>	-	-	-	150 € /an	200 € /an	300 € /an	400 € /an
	-	-	-	200 € /an	250 € /an	350 € /an	500 € /an
<b>AIDES AUDITIVES</b>							
<b>Equipements 100% Santé*</b> - Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre ans (d)	-	Rbt intégral					
<b>Equipements hors 100% Santé*</b> - Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale Hors panier de soins 100% Santé* (Appareil de classe 2 à prix libre) - Renouvellement tous les quatre ans (d) - Remboursement maximum : 1700 € par oreille à appareiller (d).							
	-	100%	125%	150%	175%	200%	250%
<b>BONUS FIDÉLITÉ +25/ dès la 3<sup>ème</sup> année</b>	-	100%	150%	175%	200%	225%	275%
Accessoires et piles	-	100%	125%	150%	175%	200%	250%
<b>DÉPENDANCE - PERTE D'AUTONOMIE</b>							
<b>Aides aux Aidants</b>	Forfait de 300 € pour des services et aide à domicile lorsque vous êtes en situation de devoir aider un membre de votre famille devenu dépendant. (La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par personne aidée.)						
<b>Silvercoach</b>	Véritable mine d'informations, « Mon SilverCoach » est un portail tout-en-un au contenu adapté à votre situation (aidants ou personnes âgées) : L'accès simplifié aux services d'assistance, de téléassistance et de télésurveillance. Des informations sociales et administratives afin de bénéficier d'un plan d'aide avec les organismes à contacter, les démarches à effectuer ainsi que les aides financières. La possibilité d'être rappelé par des infirmiers ou des assistantes sociales en cas de questions spécifiques. Les adresses des établissements de santé ou des associations proches de chez vous grâce à un annuaire sanitaire et social. Un parcours santé personnalisé pour les plus de 50 ans et la prévention dénutrition pour les personnes âgées. Un réseau social simple et sécurisé qui permet de partager avec ses proches ses rendez-vous et ses photos.						
<b>TÉLÉCONSULTATION</b>							
Service de télé-médecine 24h24 et 7j/7	10 consultations /an et 20 consultations /an en cas d'ALD.						
<b>ASSISTANCE - SERVICES</b>							
<b>Assistance</b>	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
<b>Carte Blanche</b> : Tiers payant, accès à des équipements à des tarifs modérés et de qualité, pas d'argent à avancer chez de nombreux professionnels de santé (2)	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
<b>ELIGIBILITE RENFORT &amp; OPTIONS ECO</b>							
Renfort Hospitalisation	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Option ECO Futé	NON	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Option ECO Pharma niveau 1	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Option ECO Pharma niveau 2	NON	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

**i** Le Renfort Hospitalisation et l'Option ECO Futé ne sont pas cumulables.

➡ **1 RENFORT HOSPITALISATION** pour **+ de confort** dès la formule F1

➡ **3 OPTIONS ECO** pour **+ de souplesse** (cumulables)

**Jusqu'à -15 %**  
sur la cotisation santé

Honoraires OPTAM ou OPTAM CO **+ 25%**  
Chambre particulière **+ 30 euros par jour**  
Frais accompagnant **+ 10 euros par jour**  
Confort Hospi **+ 10 euros par jour**

**ECO Futé -5 %**  
**Garanties exclues :**  
- Chambre particulière  
- Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale avec ou sans prescription médicale et Actes de prévention

dès la formule F2

**ECO 1 Pharma -5 %**  
**Garanties exclues :**  
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%

dès la formule F1

**ECO 2 Pharma -10 %**  
**Garanties exclues :**  
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15% et 30%

dès la formule F1

## L'accompagnement Santé



**ANNUAIRE DE GÉOLOCALISATION**  
des professionnels de Santé



**GUIDHOSPI**  
Comparer et choisir un établissement hospitalier



**INFOS PRATIQUES**  
guides, newsletter



**RÉSEAU DENTAIRE**  
Jusqu'à 15% de remise  
Prévention bucco-dentaire  
Traçabilité des prothèses



**RÉSEAU AUDIO**  
Jusqu'à 20% de remise  
Prêt d'appareil  
Facilité de paiement



**RÉSEAU OPTIQUE**  
Jusqu'à 40% de remise  
Prise en charge express  
Chatbot 24/7



Une offre packagée  
Zéro dépense  
Verriers de qualité  
42 montures made in France

La participation forfaitaire aux actes lourds est intégralement remboursée.

(1) Hors régime local Alsace Moselle

(2)auprès des professionnels de santé accrédités du réseau Carte Blanche (<https://www.carteblanchepartenaires.fr>) et selon formule de garantie.

### Exclusions et limitations de garantie

(3) Pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, la chambre particulière est limitée à 30 jours par an et par assuré.

(4) Pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie, la chambre particulière n'est pas prise en charge.

(5) La prise en charge des honoraires de consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie est limitée à 6 séances ; à partir de la 7<sup>ème</sup>, seul le ticket modérateur sera remboursé.

### INFORMATIONS 100% SANTÉ\*

\* telles que définies réglementairement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## VITANEOR 3 - EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS <sup>(1)</sup>

Contrat d'assurance santé responsable <sup>(2)</sup>	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge						
<b>HOSPITALISATION</b>								
<b>Forfait journalier Hospitalier (hébergement)</b> Tarif le plus souvent facturé : 20 € (15 € en service psychiatrique) Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 0 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 0 €	Hospi	F1	F2	F3	Hospi	F1	F2	F3
	20 € (15 €)				0 €			
	F4	F5	F6		F4	F5	F6	
	20 € (15 €)				0 €			
<b>Chambre particulière (sur demande du patient)</b> Tarif le plus souvent facturé : NC Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : Non remboursé Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : Non remboursé	Hospi	F1	F2	F3	Hospi	F1	F2	F3
	40 €/jour	0 €/jour	40 €/jour	45 €/jour	Selon les frais engagés			
	F4	F5	F6		F4	F5	F6	
	55 €/jour	65 €/jour	80 €/jour		Selon les frais engagés			
<b>Séjour avec actes lourds</b> L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.								
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>								
<b>Frais de séjour</b> Tarif le plus souvent facturé : Différent selon public / privé Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : BR - 24€	24 €				0 €			
	Hospi	F1	F2	F3	Hospi	F1	F2	F3
<b>Frais de séjour en secteur privé</b> Tarif le plus souvent facturé : Tarif moyen de 745,54 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 745,54 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 721,24 €	24 €				0 €			
	F4	F5	F6		F4	F5	F6	
	24 €				0 €			
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM - CO</b> Tarif le plus souvent facturé : Dépassements maîtrisés Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 100% BR	Dépassement si prévu au contrat				Selon contrat			
	Hospi	F1	F2	F3	Hospi	F1	F2	F3
<b>Opération en secteur privé : honoraires chirurgien</b> Tarif le plus souvent facturé : Tarif moyen de 355 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 271,7 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 271,7 €	83,3 €	0 €	67,93 €	83,3 €	0 €	83,3 €	15,38 €	0 €
	F4	F5	F6		F4	F5	F6	
	83,3 €				0 €			
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM - CO)</b> Tarif le plus souvent facturé : Honoraires libres Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)				Selon contrat			
	Hospi	F1	F2	F3	Hospi	F1	F2	F3
<b>Opération en secteur privé : honoraires chirurgien</b> Tarif le plus souvent facturé : Tarif moyen de 447 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 271,7 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 271,7 €	81,51 €	0 €	13,59 €	81,51 €	93,79 €	175,3 €	161,72 €	93,79 €
	F4	F5	F6		F4	F5	F6	
	175,3 €				0 €			
<b>Séjour sans actes lourds</b> L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.								
<b>Exemple d'un suivi de pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>								
<b>Frais de séjour</b> Tarif le plus souvent facturé : Différent selon public / privé Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 80% BR	20 % BR				0 €			
	Hospi	F1	F2	F3	Hospi	F1	F2	F3
<b>Frais de séjour en secteur public</b> Tarif le plus souvent facturé : Tarif moyen de 3270,12 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 3270,12 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 2616,1 €	654,02 €				0 €			
	F4	F5	F6		F4	F5	F6	
	654,02 €				0 €			
<b>SOINS COURANTS</b>								
<b>Honoraires des médecins de secteur 1 (généralistes ou spécialistes)</b> Tarif le plus souvent facturé : Tarif de convention Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 70% BR - 1 €	30 % BR				1 € de participation forfaitaire			
	Hospi	F1	F2	F3	Hospi	F1	F2	F3
<b>Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</b> Tarif le plus souvent facturé : 25 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 25 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 16,5 €	0,0 €	7,5 €			8,5 €	1 € de participation forfaitaire		
	F4	F5	F6		F4	F5	F6	
	7,5 €				1 € de participation forfaitaire			
<b>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans</b> Tarif le plus souvent facturé : 32 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 32 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 22,4 €	Hospi	F1	F2	F3	Hospi	F1	F2	F3
	0,0 €	9,6 €			9,6 €	0 €		
	F4	F5	F6		F4	F5	F6	
	9,6 €				0 €			
<b>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologue, ophtalmologie, dermatologie, etc.)</b> Tarif le plus souvent facturé : 30 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 30 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 20 €	Hospi	F1	F2	F3	Hospi	F1	F2	F3
	0,0 €	9 €			10,0 €	1 € de participation forfaitaire		
	F4	F5	F6		F4	F5	F6	
	9 €				1 € de participation forfaitaire			

Contrat d'assurance santé responsable <sup>(2)</sup>	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM - CO</b> Tarif le plus souvent facturé : Dépassements maîtrisés Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 70% BR - 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<b>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans</b> Tarif le plus souvent facturé : 32 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 32 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 22,4 €	Hospi   F1   F2   F3 0,0 €     9,6 €   F4   F5   F6   9,6 €	Hospi   F1   F2   F3 9,6 €     0 €   F4   F5   F6   0 €
<b>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologue, ophtalmologie, dermatologie, etc.)</b> Tarif le plus souvent facturé : 44 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 30 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 20 €	Hospi   F1   F2   F3 0 €   9 €   9 €   18 € F4   F5   F6   23 €	Hospi   F1   F2   F3 24 €   15 €   15 €   6 € F4   F5   F6   1 €
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM - CO)</b> Tarif le plus souvent facturé : Honoraires libres Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 70% BR - 1 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% de la BR)	1 € de participation forfaitaire + dépassement selon contrat
<b>Ex : consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans</b> Tarif le plus souvent facturé : 55 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 23 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 16,1 €	Hospi   F1   F2   F3 0 €   5,9 €   5,9 €   8,2 € F4   F5   F6   12,8 €   24,3 €   28,9 €	Hospi   F1   F2   F3 38,9 €   33 €   33 €   30,7 € F4   F5   F6   26,1 €   14,6 €   10 €
<b>Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologue, ophtalmologie, dermatologie, etc.)</b> Tarif le plus souvent facturé : 57 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 23 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 15,1 €	Hospi   F1   F2   F3 0 €   6,9 €   6,9 €   9,2 € F4   F5   F6   13,8 €   25,3 €   29,9 €	Hospi   F1   F2   F3 41,9 €   35 €   35 €   32,7 € F4   F5   F6   28,1 €   16,6 €   12 €
<b>Matériel médical</b> Tarif le plus souvent facturé : Tarif moyen facturé Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<b>Ex : achat d'une paire de béquilles</b> Tarif le plus souvent facturé : 25,8 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 24,4 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 14,64 €	Hospi   F1   F2   F3 0 €   9,76 €   11,16 €   11,16 € F4   F5   F6   11,16 €	Hospi   F1   F2   F3 11,16 €   1,4 €   0 €   0 € F4   F5   F6   0 €
<b>DENTAIRE</b>		
<b>Soins et prothèses 100 % Santé</b> Tarif le plus souvent facturé : Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 70% BR	30 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
<b>Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</b> Tarif le plus souvent facturé : 500 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 120 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 84 €	Hospi   F1   F2   F3 0 €     416 €   F4   F5   F6   416 €	Hospi   F1   F2   F3 416 €     0 €   F4   F5   F6   0 €
<b>Soins (hors 100 % Santé)</b> Tarif le plus souvent facturé : Tarif de convention Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 70% BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<b>Ex : détartrage</b> Tarif le plus souvent facturé : 43,38 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 43,38 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 30,36 €	Hospi   F1   F2   F3 0,00 €     13,02 €   F4   F5   F6   13,02 €	Hospi   F1   F2   F3 13,02 €     0 €   F4   F5   F6   0 €
<b>Prothèses (hors 100 % Santé)</b> Tarif le plus souvent facturé : Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 70% BR	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<b>Ex : couronne céramo-métallique sur molaires</b> Tarif le plus souvent facturé : 537,48 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 107,5 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 75,25 €	Hospi   F1   F2   F3 0 €   32,25 €   86 €   112,88 € F4   F5   F6   166,63 €   220,38 €   274,13 €	Hospi   F1   F2   F3 462,23 €   429,98 €   376,23 €   349,36 € F4   F5   F6   295,61 €   241,86 €   188,11 €
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b> Tarif le plus souvent facturé : Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 100% BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
<b>Ex : traitement par semestre (6 semestres max.)</b> Tarif le plus souvent facturé : 720 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 193,5 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 193,5 €	Hospi   F1   F2   F3 0 €   0 €   0 €   0 € F4   F5   F6   0 €	Hospi   F1   F2   F3 526,5 €   526,5 €   526,5 €   526,5 € F4   F5   F6   526,5 €
<b>OPTIQUE</b>		
<b>Equipeement 100% Santé</b> Tarif le plus souvent facturé : Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 60% BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV (4)	0 €

Contrat d'assurance santé responsable <sup>(2)</sup>	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)				Reste à charge			
<b>Ex : verres simples et monture</b> Tarif le plus souvent facturé : 41 € (par verre) + 30 € (monture) Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 12,75 € par verre + 9 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 7,65 € par verre + 5,4 €	Hospi	F1	F2	F3	Hospi	F1	F2	F3
	0 €	33,35 € par verre + 24,60 €			91,30 €	0 €		
	F4	F5	F6		F4	F5	F6	
	33,35 € par verre + 24,60 €				0 €			
<b>Ex : verres progressifs et monture</b> Tarif le plus souvent facturé : 90 € (par verre) + 30 € (monture) Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 27 € par verre + 9 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 16,2 € par verre + 5,4 €	Hospi	F1	F2	F3	Hospi	F1	F2	F3
	0 €	73,80 € par verre + 24,60 €			172,20 €	0 €		
	F4	F5	F6		F4	F5	F6	
	73,80 € par verre + 24,60 €				0 €			
<b>Equipement (hors 100% Santé)</b> Tarif le plus souvent facturé : Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires				Selon contrat			
<b>Ex : verres simples et monture</b> Tarif le plus souvent facturé : 100 € (par verre) + 139 € (monture) Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 0,05 € par verre + 0,05 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 0,03 € par verre + 0,03 €	Hospi	F1	F2	F3	Hospi	F1	F2	F3
	0 €	0,06 €	99,91 €	149,91 €	338,91 €	338,85 €	239 €	189 €
	F4	F5	F6		F4	F5	F6	
	199,91 €	249,91 €	299,91 €		139 €	89 €	39 €	
<b>Ex : verres progressifs et monture</b> Tarif le plus souvent facturé : 231 € (par verre) + 139 € (monture) Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 0,05 € par verre + 0,05 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 0,03 € par verre + 0,03 €	Hospi	F1	F2	F3	Hospi	F1	F2	F3
	0 €	0,06 €	199,91 €	249,91 €	600,91 €	600,85 €	401 €	351 €
	F4	F5	F6		F4	F5	F6	
	299,91 €	349,91 €	449,91 €		301 €	251 €	151 €	
<b>Lentilles</b> Tarif le plus souvent facturé : Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : Pas de prise en charge (dans le cas général) Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat				Selon contrat			
<b>Forfait annuel</b> Tarif le plus souvent facturé : NC Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : Non remboursé (dans le cas général) Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : Non remboursé (dans le cas général)	Hospi	F1	F2	F3	Hospi	F1	F2	F3
	0 €	0 €	50 €	75 €	Selon les frais engagés			
	F4	F5	F6		F4	F5	F6	
	100 €	125 €	150 €		Selon les frais engagés			
<b>Chirurgie réfractive</b> Tarif le plus souvent facturé : Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : Non remboursé Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat				Selon contrat			
<b>Ex : opération correctrice de la myopie</b> Tarif le plus souvent facturé : NC Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : Non remboursé Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : Non remboursé	Hospi	F1	F2	F3	Hospi	F1	F2	F3
	0,00 €	0,00 €	100,00 €	150,00 €	Selon les frais engagés			
	F4	F5	F6		F4	F5	F6	
	200,00 €	250,00 €	300,00 €		Selon les frais engagés			
<b>AIDES AUDITIVES</b>								
<b>Equipement 100% Santé</b> Tarif le plus souvent facturé : Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 60% BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV				0 €			
<b>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</b> Tarif le plus souvent facturé : 950 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 400 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 240 €	Hospi	F1	F2	F3	Hospi	F1	F2	F3
	0 €	710 €			710 €	0 €		
	F4	F5	F6		F4	F5	F6	
	710 €				0 €			
<b>Equipement (hors 100% Santé)</b> Tarif le plus souvent facturé : Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires				Selon contrat			
<b>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</b> Tarif le plus souvent facturé : 1476 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 400 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 240 €	Hospi	F1	F2	F3	Hospi	F1	F2	F3
	0 €	160 €	260 €	360 €	1236 €	1076 €	976 €	876 €
	F4	F5	F6		F4	F5	F6	
	460 €	560 €	760 €		776 €	676 €	476 €	

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2) Les contrats sont dits responsables quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3) La BR est un tarif de référence fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4) Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

**CEGEMA** | Siège social : 679, avenue du Docteur Lefebvre | BP 189 | 06272 Villeneuve-Loubet Cedex | [www.cegema.com](http://www.cegema.com) | S.A. de gestion et de courtage d'assurance au capital de 313 800 euros | ORIAS n° 07 001 328  
- [www.orias.fr](http://www.orias.fr) | RCS Antibes B 378 966 485 | Soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 9

**Assureur : Swiss Life Prévoyance et Santé** | Siège social : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret | S.A. au capital de 150 000 000 euros | Entreprise régie par le Code des assurances | RCS Nanterre 322 215 021

**NOTICE D'INFORMATION**  
**DU CONTRAT COLLECTIF COMPLÉMENTAIRE SANTÉ À ADHÉSION FACULTATIVE**  
**VITANEOR 3**  
**RÉFÉRENCE : NI SANTÉ - VITANEOR 3 - A 5706 - 04.2022**

Notice d'information santé **VITANEOR 3**

**CONTRATS N° A 5706 0003 (MADELIN) / A 5706 0004 (NON MADELIN) / A 5706 0005 (FORMULE HOSPI)**

## **I. LE PRODUIT – LE CONTRAT**

**VITANEOR 3** est un contrat d'assurance complémentaire santé ayant pour objet de garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

La convention n° A5706 0003 est éligible aux dispositions fiscales de la loi n° 94 – 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin). Les conventions n° A5706 0004 et A 5706 0005 n'entrent pas dans ce cadre fiscal.

Le Contrat **VITANEOR 3** est un produit d'assurance souscrit auprès de :

SwissLife Prévoyance et Santé (SLPS)  
S.A. au capital de 150 000 000 euros  
Siège social : 7, rue Belgrand 92300 LEVALLOIS PERRET  
Entreprise régie par le Code des assurances 322 215 021  
RCS Nanterre

Désigné ci-après « l'Assureur »,

Par :

Association générale interprofessionnelle de solidarité (AGIS)  
Association Loi 1901  
Siège social : 7 Rue Belgrand – 92300 LEVALLOIS PERRET

Désignée ci-après « l'Association ».

Le contrat **VITANEOR 3** a été développé et négocié par CEGEMA, qui en accord avec l'Assureur et l'Association, le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial, et un réseau d'intermédiaires d'assurance partenaires.

**CEGEMA**

**SA de gestion et de courtage d'assurance au capital de 313 800 €**  
Siège social : 679, avenue du Docteur Lefebvre - BP 189 - 06272

Villeneuve-Loubet Cedex  
RCS Antibes B 378 966 485

**Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n° 07 001 328**

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

En sa qualité de souscriptrice, elle veille à la bonne exécution des conventions et les adapte en fonction des intérêts de ses membres.

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

Le contrat **VITANEOR 3** est régi par le Code des assurances français. Le contrat **VITANEOR 3** entre l'Association A.G.I.S et l'Assureur prend

effet le 1<sup>er</sup> janvier 2021, et se renouvelle par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois.

En cas de résiliation du contrat entre l'Association et l'Assureur :

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

L'Association et l'Assureur peuvent d'un commun accord réviser le contrat.

Toute modification des droits et obligations des adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des adhérents, selon les dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances. Dans cette hypothèse, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion sans préavis jusqu'à la date de la modification, cachet de la poste faisant foi.

Selon les termes de délégations de gestion distinctes émises dans le cadre du Contrat **VITANEOR 3**, l'Assureur a confié la gestion des adhésions à :

**CEGEMA -**

Siège social : 679, avenue du Docteur Lefebvre - BP 189  
06272 Villeneuve-Loubet Cedex

désigné ci-après « le délégataire de gestion ».

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

## **II. L'ADHÉSION AU CONTRAT**

L'adhésion au contrat est :

- régie par les dispositions qui suivent et par le Code des assurances. La loi applicable est la loi française. Les parties s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion ;
- constituée des éléments suivants :

- La présente **Notice d'information** qui définit les conditions d'application de l'adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites.

Elle informe l'Adhérent sur les risques non couverts et lui indique également la marche à suivre pour obtenir les prestations.

- Le **certificat d'adhésion** qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de l'adhésion, les personnes assurées, la formule retenue, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.

- Le **tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé assurées et le montant de la participation correspondante.

- La **fiche IPID** (document d'information standard sur le produit d'assurance).

- Le **document d'information sur les taux de redistribution et taux de frais de gestion** visés par l'arrêté du 20 juin 2020.

## Sommaire

<b>CHAPITRE 1 : LEXIQUE</b>	<b>12</b>
<b>CHAPITRE 2 : LE FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION</b>	<b>14</b>
2.1 L'Adhérent et les personnes assurées	14
2.2 Les conditions et formalités d'adhésion	14
2.3 L'âge limite d'adhésion	15
2.4 Les déclarations de l'Adhérent	15
2.5 Le choix de la formule de garanties	15
2.6 La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat	15
2.7 La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties	16
2.8 La suspension des garanties	16
2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat	16
2.10 Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance	17
2.11 Les cotisations	17
2.12 La prescription	18
2.13 La subrogation	19
2.14 Les réclamations – La médiation	19
2.15 L'autorité de contrôle	19
2.16 Protection des données à caractère personnel	19
<b>CHAPITRE 3 : LES GARANTIES</b>	<b>20</b>
3.1 Le cadre juridique	20
3.2 L'objet du contrat	20
3.3 Ce que garantit le contrat	20
3.4 La modification des garanties	21
3.5 L'étendue territoriale des garanties	21
<b>CHAPITRE 4 : LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE</b>	<b>22</b>
4.1 Les cas où la garantie ne s'exerce pas	22
4.2 Les limitations de la garantie santé	22
<b>CHAPITRE 5 : LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS</b>	<b>22</b>
5.1 Le règlement des prestations	22
5.2 Les renseignements complémentaires	22
5.3 Le contrôle et expertise	22
5.4 Les délais à respecter	22
5.5 Les sanctions	22

## CHAPITRE 1 : LEXIQUE

### Quelques définitions pour mieux nous comprendre.

Pour vous faciliter la lecture de ce document, voici la définition de certains termes fréquemment utilisés.

#### Accident

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

#### Adhérent

La personne physique adhérant à l'Association A.G.I.S et au contrat, signant le bulletin d'adhésion. Elle est désignée au certificat d'adhésion.

#### Adhésion à distance

Lorsque l'adhésion au contrat **VITANEOR 3** est réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance.

#### Année d'assurance

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

#### Assuré(s) ou Ayants droit

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) au certificat d'adhésion.

#### Avenant

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

#### Base de remboursement (BR)

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

On parle de :

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

#### Catégories de médecin

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

##### - Médecin conventionné en secteur 1

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

##### - Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP)

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

##### - Médecin conventionné en secteur 2

Il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire. Cette possibilité de facturer

des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.

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

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

##### - Médecin non conventionné

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

#### Centre hospitalier spécialisé (CHS)

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

#### Certificat d'Adhésion

Document émis par CEGEMA qui matérialise l'acceptation de la demande d'adhésion et précise les garanties acceptées par l'Assureur. Il mentionne notamment le nom de l'Adhérent et des personnes assurées, la date de conclusion, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

#### Chambre particulière

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

#### Conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion, indiquée au Certificat d'adhésion, correspond à la date d'édition de ce dernier.

#### Conjoint

On entend par conjoint, sous réserve qu'il soit âgé d'au moins 40 ans à l'adhésion :

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

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

#### Couple

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

#### Date d'effet

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

#### Déchéance

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

## Délai d'attente

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

## Dépassement d'honoraires

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

## Domicile

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

## Échéance

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

## Echéance principale

Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir. Elle est fixée au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

## Enfants

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

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

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

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

## Etablissements médico-sociaux

Etablissement assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

## France

Il s'agit de la France métropolitaine et des Outremer.

## Forfait

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

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

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

## Franchise médicale

En vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, des femmes enceintes).

Elle s'élève à :

- 0,50 euro par boîte de médicaments délivrés en ville ;

- 0,50 euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 2 euros par jour ;

- 2 euros par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 4 euros par jour.

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

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

## Garantie

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

## Honoraire limite de facturation (HLF)

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

## Hospitalisation

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

## Hospitalisation en secteur spécialisé

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

## Long séjour

Le long séjour inclut les soins de longue durée comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Les Unités de Soins de Longue Durée accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou poly-pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

## Maladie

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

## Moyen séjour – Soins de suite ou réadaptation (SSR)

Service ou unité dans un hôpital ou une clinique pour les patients nécessitant des soins à leur rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

## Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale

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

## Nullité

C'est l'annulation pure et simple du contrat ou de l'adhésion qui est censé(e)

alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).

### Parcours de soins

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

### Participation forfaitaire

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

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6<sup>e</sup> mois de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

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

### Plafond dentaire

Montant maximum remboursé par année d'assurance, par bénéficiaire, exprimé par formule de garanties choisie. Seuls les remboursements des prothèses dentaires hors 100% santé\* entrent dans le calcul du plafond dentaire. Lorsque le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires hors 100% santé\* remboursées par le Régime Obligatoire sont prises en charge à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, incluant le remboursement du Régime Obligatoire.

### Période de garantie

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

### Prix limite de vente

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 est libre.

### Régime obligatoire - RO

Il s'agit du ou des Régimes obligatoires d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel sont respectivement affiliés l'Adhérent et les assurés de l'adhésion au contrat.

### Résiliation

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

### Service spécialisé

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

### Sinistre

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

### Tarif d'autorité – TA

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

### Tarif de convention – TC

Tarif de base utilisé par le Régime obligatoire pour le calcul des

remboursements d'actes réalisés par un professionnel de santé conventionné. Il est déterminé conventionnellement entre les organismes de la Sécurité sociale, les fédérations des différents praticiens de santé et les établissements de soins.

### Tarif de responsabilité – TR

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

### Ticket modérateur - TM

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

### Transport

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

### Verres complexes

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

### Verres hypercomplexes

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

### Verres mixtes

Verres avec au moins un verre complexe ou hypercomplexe.

### Verres simples

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

## CHAPITRE 2 : LE FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION

### 2.1 L'Adhérent et les personnes assurées

Pour adhérer au contrat l'Adhérent doit :

- adhérer à l'Association A.G.I.S,
- résider en France,
- être majeur civilement responsable,
- être âgé à l'adhésion d'au moins 55 ans pour l'Adhérent et d'au moins 40 ans pour le conjoint.

En cas de non-respect de ces dispositions, l'Adhérent s'expose à ce que la nullité de son adhésion au contrat **VITANEOR 3** soit prononcée. Peuvent également être assurés au titre de son adhésion, son conjoint et ses enfants, ayants-droit aux prestations en nature d'un Régime d'Assurance Maladie obligatoire français. Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion et désignés dans la présente notice d'information par le terme « Ayants droit ».

**Pour bénéficiaire de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de son régime complémentaire santé (Loi Madelin - art. 154 bis du CGI), l'Adhérent doit adhérer à la convention n° A5706 0003 et s'engage à être à jour, pendant toute la durée de son adhésion au contrat, de ses cotisations auprès des régimes obligatoires de base.**

### 2.2 Les conditions et formalités d'adhésion

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

- les garanties choisies : la formule de base et, le cas échéant la ou les formules renfort correspondantes à la formule de base,
  - des indications relatives à la situation personnelle des personnes à assurer.
- Un complément d'information peut être demandé lors de l'étude du dossier. L'acceptation de l'adhésion est conditionnée aux réponses aux différentes demandes d'information. L'ensemble des réponses aux questions de la demande d'adhésion est obligatoire. Le défaut de réponse aura pour conséquence le non-examen du dossier.

**Tout assuré résilié dans le cadre d'une adhésion au présent**

contrat ne pourra être de nouveau admis que sur accord express de l'Assureur, via CEGEMA.

**L'Adhérent s'engage à déclarer à l'Assureur toute modification relative à sa situation entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date à laquelle il reçoit son certificat d'adhésion.**

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

### 2.3 L'âge limite d'adhésion

**Age limite d'adhésion** lors de la prise d'effet des garanties :

- moins de 80 ans pour les formules « Hospi – F4 – F5 et F6 »,
- sans limitation pour les formules « F1 - F2 et F3 ».

**Rappel** : pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, est pris en compte celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

### 2.4 Les déclarations de l'Adhérent

#### 2.4.1 À l'adhésion

L'adhésion est établie d'après les déclarations de l'Adhérent et la cotisation fixée en conséquence.

L'Adhérent doit répondre à l'adhésion avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la proposition d'assurance. L'Adhérent doit déclarer pour lui-même ainsi que pour ses ayants-droits les garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs.

#### 2.4.2 En cours d'adhésion

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

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

**Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique (art. R53-2 du Code des postes et communications électroniques) adressé à CEGEMA, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'Adhérent en a eu connaissance, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.**

#### 2.4.3 La validité des déclarations

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

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

#### 2.4.4 Les conséquences de la fausse déclaration

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

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

### 2.5 Le choix de la formule de garanties

Le contrat est composé de plusieurs formules de garanties, options et renfort au choix de l'Adhérent.

Au moment de l'adhésion, l'Adhérent a la possibilité de choisir la formule de garanties la mieux adaptée à sa situation et opter pour

le « Renfort Hospitalisation » ou les options « ECO ». Son choix devra être reporté sur sa demande d'adhésion et vaudra tant pour lui-même que pour ses ayants-droit inscrits au contrat.

**Conditions d'adhésion du renfort Hospitalisation et des options Eco :**

Renfort Hospitalisation

**Le renfort Hospitalisation n'est pas cumulable avec l'option ECO Futé.**

Le renfort Hospitalisation peut être retenu pour toutes les formules sauf la formule Hospi.

Options ECO

**L'option ECO Futé n'est pas cumulable avec le renfort Hospitalisation.**

#### • Option ECO Futé

Elle peut être choisie pour les formules F2, F3, F4, F5 et F6, mais pas pour les formules Hospi et F1.

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

- Chambre particulière,
  - Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale avec ou sans prescription médicale, acte de prévention : vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, traitement anti paludéen, sevrage tabagique, dépistage troubles de l'audition, glucomètre, auto-tensiomètre, tests de dépistage non remboursés (cancers col de l'utérus, colon, sein) et dépistage de l'ostéoporose.
- En contrepartie de cette réduction, les garanties concernées par l'option et mentionnées ci-dessus, ne sont plus prises en charge dans la formule de garanties souscrite par l'Adhérent.

#### • Option ECO PHARMA

##### PHARMA Niveau 1

Cette option peut être retenue pour les formules F1, F2, F3, F4, F5 et F6, mais pas pour la formule Hospi.

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

- Pharmacie remboursée à 15% par la sécurité sociale (médicaments à service médical faible).

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

**L'option ECO PHARMA Niveau 1 est cumulable avec l'option ECO Futé.**

##### PHARMA Niveau 2

Cette option peut être retenue pour les formules F1, F2, F3, F4, F5 et F6, mais pas pour la formule Hospi.

Cette option permet de réduire de 10% le montant total de la cotisation du contrat santé pour la formule choisie. Elle concerne la totalité des assurés désignés au Certificat d'adhésion sur le bloc indissociable de garanties mentionnées ci-dessous :

- Pharmacie remboursée à 15% par la sécurité sociale (médicaments à service médical faible)
- Pharmacie remboursée à 30% par la sécurité sociale (médicaments à service médical modéré)

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

**L'option ECO PHARMA Niveau 2 est cumulable avec l'option ECO Futé.**

### 2.6 La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat

#### 2.6.1 La conclusion de l'adhésion

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

L'acceptation de l'Assureur est matérialisée par l'émission du certificat

d'adhésion qui indique la date d'effet de l'adhésion, la nature, l'étendue, le montant des garanties ainsi que le détail de la cotisation.

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

### 2.6.2 La durée de l'adhésion

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

L'adhésion se renouvelle ensuite lors de l'échéance principale chaque année, par tacite reconduction sans intervention de la part de l'Adhérent, sauf dénonciation formulée par lui-même, l'Assureur ou l'Association et, dans les conditions mentionnées à l'article 2.9. Résiliation de l'adhésion aux contrats. L'adhésion prend fin à l'extinction de la totalité de vos garanties d'assurance.

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

#### 2.7.1 La prise d'effet

**La date d'effet des garanties est indiquée au certificat d'adhésion.** L'adhésion produira ses effets au plus tôt à la date fixée au certificat d'adhésion. **La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion.** Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant à l'adhésion.

#### 2.7.2 Les délais d'attente

Les garanties sont acquises immédiatement et sans délai d'attente, à l'exception de la formule Hospi pour laquelle le délai est de 1 mois (un mois). Ce délai peut être abrogé, après accord de l'Assureur, en cas de reprise à la concurrence sur présentation d'un certificat de radiation si les garanties sont équivalentes et sans interruption de garanties.

#### 2.7.3 La cessation des garanties

**La garantie est viagère. Elle cesse toutefois:**

- dès que l'assuré ne répond plus à la définition des personnes assurées ;
- à l'égard de chaque assuré, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

### 2.8 La suspension des garanties

**L'adhésion et les garanties qui y sont attachées sont suspendues en cas de :**

- non-paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code des assurances (art. L 113-3),

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

- les cotisations arriérées, celles venant à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés en cas de non-paiement.

**La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des accidents, maladie ou maternité survenus pendant cette période, quand bien même leur facturation serait postérieure, ainsi que la perte des droits à remboursement des prestations facturées pendant cette période.**

### 2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat

#### 2.9.1. Par l'Adhérent

L'adhésion au contrat peut être résiliée :

- A la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois. L'Adhérent a également la possibilité de mettre un terme à son adhésion au contrat **VITANEOR 3** à tout moment, après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire.

La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.

- En cas de modification du tarif décidée en fonction de l'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties, et ce dans les 30 jours suivant la date de notification de cette modification.

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

#### 2.9.2. Par l'Assureur

L'adhésion peut être résiliée en cas de :

- non paiement des cotisations. Dans ce cas, l'Adhérent demeure tenu de payer les primes dues pour toute la période de garantie en cours;

- réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat ;

- aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si l'Adhérent n'accepte pas le tarif proposé ;

- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues, **étant précisé que l'assuré sera déchu de tout droit à prestations en cas de déclaration de sinistre frauduleuse ;**

- en cas de procédure de sauvegarde (article L. 622-13 du Code de commerce), de redressement judiciaire (art. L. 631-14 du Code de commerce), ou de liquidation judiciaire (article L 641-11-1 du Code de commerce) de l'Adhérent, et dans le respect des dispositions de ces textes ;

- Lorsque l'adhérent perd la qualité de résident fiscal français, ou réside en dehors du territoire français plus de 3 mois par an (en une ou plusieurs périodes).

#### 2.9.3 De plein droit

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur ;

- en cas de décès de l'Adhérent,

- pour chaque assuré selon les garanties choisies et couvertes, dans les conditions prévues à l'article 2.7.3 La cessation des garanties.

**Lorsque le renfort « Hospi » ou les options « ECO » sont retenus en option, selon les conditions prévues à l'article 2.5 Le choix de la formule de garanties, la résiliation s'effectue dans les mêmes conditions que la garantie principale. En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations sont dues pour les soins et traitement en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.**

#### 2.9.4 Modalités de la résiliation

L'Adhérent peut résilier son adhésion par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique afin de conserver une preuve de sa demande, ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du Code des assurances.

Adresse postale : **CEGEMA Assurances**  
679, avenue du Docteur Lefebvre  
BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex

Adresse courrier électronique : [moncontratsante@cegema.com](mailto:moncontratsante@cegema.com).

#### Précisions sur l'envoi recommandé électronique :

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

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

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

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

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

**5°** La signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé tels que définis par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus, utilisé par le prestataire de services qualifié lors de l'envoi. » La résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Assureur, via CEGEMA, doit être notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

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

	Démarchage à domicile	Vente à distance
Définitions	« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »	« Fourniture de services à un consommateur dans le cadre d'un système de vente ou de prestations de services à distance, organisé par le fournisseur ou par un intermédiaire qui, pour ce contrat, utilise exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat. »
Exécution immédiate du contrat		Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent. La cotisation dont l'Adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.
Modalités et conditions de renonciation	L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à la date de conclusion du contrat (date indiquée sur le certificat d'adhésion). Il doit pour cela adresser au délégataire de gestion sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle. - Courrier postal : CEGEMA Assurances - 679, avenue du Docteur Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex - Email : moncontratsante@cegema.com	
Modèle de lettre de renonciation	Je soussigné(e) (nom et prénom de l'Adhérent), demeurant à (domicile principal) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat VITANEOR 3 N° (numéro d'adhésion) que j'ai signée le (date). (Si des cotisations ont été versées) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie. (En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. (Indiquez le lieu, la date et votre signature).	
Perte de la faculté de renonciation	Si l'Adhérent a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie.	
Conséquences de la renonciation	La renonciation prend effet à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. L'Assureur procédera au remboursement des cotisations dans un délai de trente jours suivant la date de renonciation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets. L'intégralité de la prime reste due à l'Assureur, si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.	Si l'Adhérent a demandé l'exécution de son adhésion dès sa conclusion, lorsque celui-ci exerce son droit de rétractation, il ne peut être tenu qu'au paiement proportionnel de la prime correspondant à la période d'assurance, à l'exclusion de toute pénalité.  Si des cotisations ont été perçues, l'Assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de trente jours.
Articles du Code des assurances	L. 112-9 du Code des assurances.	L. 112-2-1 du Code des assurances.

## 2.11 Les cotisations

### 2.11.1 Le montant des cotisations

Le montant de la cotisation est mentionné sur le Certificat d'Adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie et des renforts choisis, de l'âge des assurés, du lieu de domicile de l'Adhérent, de la composition familiale et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du ou des Régimes obligatoires dont l'Adhérent et ses bénéficiaires relèvent lors de la prise d'effet des garanties.

En cours d'adhésion :

- En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2 % par an jusqu'à l'âge de 65 ans, de 2,5% de 66 ans à 74 ans, de 3% de 75 à 79 ans et de 3.5% à partir de 80 ans.
- En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.
- La cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des assurés.
- La cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a changement de zone géographique tarifaire. Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, est pris en compte celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

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

Les taxes actuelles à la charge des assurés sont comprises dans la cotisation.

### 2.11.2 La variation des cotisations

En sus de la clause d'indexation reprise ci-dessus, les cotisations évoluent à chaque *échéance principale* de l'adhésion en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de la structure de nos remboursements.

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

Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications des prestations allouées par le *Régime obligatoire* et / ou toutes modifications législatives et réglementaires. Dans ce cas la cotisation sera modifiée à partir de l'*échéance* qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine *échéance principale* de l'adhésion. Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions. Toute modification ou ajout de taxe ou contribution de toute nature impliquera sans délai une variation de cotisations, s'agissant là de dispositions impératives.

### 2.11.3 La révision du tarif

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

Les révisions tarifaires interviennent à partir de la prochaine échéance principale de l'adhésion dans le respect des dispositions de l'article L 141-4 du code des assurances. Dans cette hypothèse, l'Adhérent aura la faculté de résilier son adhésion conformément à l'article 2.9 La résiliation de l'adhésion au contrat.

### 2.11.4 Le paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. CEGEMA peut accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels (uniquement par prélèvement automatique); il en est alors fait mention au Certificat d'adhésion.

### 2.11.5 Le non-paiement des cotisations

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, CEGEMA, pour le compte de l'Assureur, pourra, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice, adresser à l'Adhérent à son dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure.

Les garanties seront suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et l'adhésion résiliée 10 jours après

l'expiration du délai précité de 30 jours. L'adhésion, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés par l'Adhérent. La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit aux remboursements des frais de soins (se rapportant à des accidents, maladie ou maternité) survenus pendant cette période.

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

## 2.12 La prescription

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

### Délai de prescription

#### ARTICLE L. 114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- 1) en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance;
- 2) en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2<sup>e</sup> alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

### Causes d'interruption de la prescription

#### ARTICLE L. 114-2

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

### Caractère d'ordre public de la prescription

#### ARTICLE L. 114-3

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

### Les causes ordinaires d'interruption

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

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

##### ARTICLE 2240 DU CODE CIVIL

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

#### • Demande en justice

##### ARTICLE 2241 DU CODE CIVIL

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

##### ARTICLE 2242 DU CODE CIVIL

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

##### ARTICLE 2243 DU CODE CIVIL

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

#### • Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

##### ARTICLE 2244 DU CODE CIVIL

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

#### • Étendue de la prescription quant aux personnes

##### ARTICLE 2245 DU CODE CIVIL

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

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

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

##### ARTICLE 2246 DU CODE CIVIL

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

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

##### ARTICLE 2233 DU CODE CIVIL

La prescription ne court pas :

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

##### ARTICLE 2234 DU CODE CIVIL

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

##### ARTICLE 2235 DU CODE CIVIL

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

##### ARTICLE 2236 DU CODE CIVIL

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

##### ARTICLE 2237 DU CODE CIVIL

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

##### ARTICLE 2238 DU CODE CIVIL

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

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

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

## ARTICLE 2239 DU CODE CIVIL

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

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

### 2.13 La subrogation

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

### 2.14 Les réclamations – La médiation

#### • La réclamation

*Premier contact : votre interlocuteur habituel*

En cas de réclamation concernant son adhésion au contrat, dans un premier temps, l'Adhérent est invité à prendre contact avec son interlocuteur habituel ou avec le service client CEGEMA :

**Service Client CEGEMA**

679 avenue du Docteur Julien Lefebvre

BP 189 06272 Villeneuve-Loubet Cedex

Téléphone : 04 92 02 08 50.

*Deuxième contact : le service réclamations*

Si un désaccord persiste, l'Adhérent peut intervenir auprès de son service réclamations aux adresses suivantes :

- Adresse postale : CEGEMA - Service Réclamation : 679, AV Docteur Julien Lefebvre - 06270 Villeneuve Loubet

- Email : [servicereclamations@cegema.com](mailto:servicereclamations@cegema.com)

#### • La médiation

*En dernier recours : le médiateur de l'assurance*

Le médiateur de l'assurance ne peut être saisi qu'après épuisement des procédures internes, à l'adresse suivante :

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

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance.

### 2.15 L'autorité de contrôle

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

## 2.16 Protection des données à caractère personnel

### 2.16.1 Qualité des parties

Dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du Contrat, des données à caractère personnel concernant l'Adhérent et les Assurés sont traitées par CEGEMA ainsi que par SWISS LIFE en leurs qualités de responsables conjoints de traitement.

SWISS LIFE, en sa qualité d'Assureur, détermine les bases légales garantissant la licéité des traitements de données, ainsi que les objectifs et finalités principaux des traitements de données à caractère personnel. CEGEMA, en sa qualité de délégué de gestion, détermine les moyens principaux nécessaires au traitement des données personnelles et assure leur mise en œuvre technique et opérationnelle. La relation entre CEGEMA et SWISS LIFE, en leur qualité de responsables de traitement conjoints, fait l'objet d'un acte juridique écrit reflétant dûment les rôles respectifs des responsables conjoints du traitement et leurs relations vis-à-vis de l'Adhérent et des Assurés. Les grandes lignes de cette relation peuvent être mis à disposition de l'Adhérent et des Assurés en adressant une demande écrite au Délégué à la Protection des Données.

### 2.16.2 Finalités des traitements de données personnelles

Aux fins de fournir les garanties du Contrat, les données à caractère personnel peuvent être traitées pour différentes finalités, mises en œuvre conformément aux réglementations applicables selon les bases légales décrites ci-dessous :

Finalité du traitement de données personnelles	Fondement légal permettant la mise en œuvre du traitement
<b>Finalité 1 : Passation, gestion et exécution du contrat, pouvant notamment inclure des prises de décisions automatisées</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés</li> <li>- Elaboration des statistiques et études actuarielles</li> <li>- Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque</li> <li>- Exécution des garanties des contrats</li> <li>- Gestion des contrats et Gestion des clients</li> <li>- Exercice des recours et gestion des réclamations et des contentieux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel l'Adhérent et le(s) Assuré(s) est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de ces derniers.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc. ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lutte contre la fraude, ces dispositifs pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des contrats et aux intérêts légitimes poursuivis par les responsables du traitement. Ces intérêts consistent notamment à garantir (i) la pérennité de l'activité de l'Assureur et des risques qu'il assure, et de (ii) favoriser l'équité entre Assurés (la mutualisation des cotisations et des risques étant au cœur des activités d'assurance).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'actions de prévention proposées par l'Assureur</li> <li>- Conduite d'activités de recherche et développement</li> <li>- Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes poursuivis par le responsable du traitement. Ces intérêts consistent notamment en l'amélioration des produits et services aux clients, en la prévention et réduction des risques et sinistres, ou encore en la réalisation d'enquête de satisfaction ou autres opérations en relation avec la clientèle.</li> </ul>
<b>Finalité 2 : Prospection commerciale</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectuer les opérations relatives à la gestion des prospects de l'Organisme d'assurance</li> <li>- L'acquisition, la cession, la location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'Organisme d'assurance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes des responsables de traitement conjoints aux fins de pouvoir développer leurs activités et proposer aux Adhérents et Assurés de nouveaux produits et offres.</li> <li>- Vous pouvez vous opposer à tout moment à ce traitement en exerçant vos droits, conformément au paragraphe « Exercice des droits » ci-dessous.</li> </ul>

Des données de santé de l'Adhérent et des Assurés peuvent faire l'objet de traitements sur le fondement de l'article 9-26-b du Règlement Général sur la Protection des Données pour l'exécution des garanties du contrat en matière de protection sociale.

### 2.16.3 Information des Assurés par l'Adhérent

Dans le cadre de l'exécution du Contrat, l'Adhérent peut être amené à transmettre à l'Assureur ou au Délégué, de son plein gré, des données à caractère personnel relatives aux Bénéficiaires des garanties. L'Adhérent reconnaît et s'engage pleinement à informer les Assurés Bénéficiaires des présentes conditions relatives aux traitements de données à caractère personnel, notamment en portant à leur connaissance la présente Notice d'information.

### 2.16.4 Destinataires et transferts des données à caractère personnel

Les données relatives aux Adhérents et aux Assurés pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe de sociétés auquel appartient SWISS LIFE dans le cadre de l'exercice de leurs missions,

aux sous-traitants (agents généraux d'assurance, hébergeur de données, prestataires de solutions informatiques, prestataires d'envois de courriers, etc.) agissant sur strictes instructions des responsables de traitement conjoints, aux réassureurs intervenant dans le cadre des garanties du présent Contrat, ainsi qu'aux mandataires et partenaires (partenaires intervenant dans le cadre des prestations d'assistance, etc.) des responsables de traitement conjoints. Certaines données pourront également être destinées à tous organismes professionnels ou administrations dans le cadre de leurs missions respectives ou pour répondre à des obligations légales. SWISS LIFE et CEGEMA favorisent le traitement des données à caractère personnel des Adhérents et Assurés au sein de pays membres de l'Union Européenne. La majorité des traitements de données sont opérés en France ou en Union Européenne. Dans le cadre de certaines activités, des données à caractère personnel des Adhérents et Assurés peuvent faire l'objet d'un transfert en dehors de l'Union Européenne en vertu de la mise en place de garanties appropriées (notamment la signature de clauses contractuelles types adoptées par une autorité de contrôle ou la Commission européenne et/ou le respect d'un code de conduite) et/ou en vertu d'une décision d'adéquation de la Commission européenne vers un pays assurant un niveau de protection adéquat.

#### 2.16.5 Durées de conservation des données

Les données à caractère personnel de l'Adhérent et des Assurés sont conservées durant toute la durée nécessaire à l'exécution du Contrat d'assurance, puis sont supprimées ou archivées au terme des obligations légales incombant aux responsables de traitement conjoints.

#### 2.16.6 Exercice des droits

L'Adhérent et les Assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données les concernant. Ils ont également la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données après leur décès. Si l'Adhérent et les Assurés ont consenti de manière expresse à certaines utilisations de données, ils peuvent retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application du Contrat ou le respect par les responsables de traitement conjoints d'une obligation légale ou réglementaire.

L'Adhérent et les Assurés peuvent également s'opposer au traitement de leurs données pour un motif légitime. Ils peuvent exercer ce droit d'opposition à tout moment, et de manière absolue, sans justifier d'un motif, pour ne plus recevoir par SMS et/ou mail des offres commerciales de la part des responsables conjoints de traitement pour leurs services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à ces droits, l'Adhérent et les Assurés peuvent s'adresser à : SWISS LIFE – DPO - 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret ou par e-mail à l'adresse suivante : [dposwisslife@swisslife.fr](mailto:dposwisslife@swisslife.fr).

#### Les demandes médicales doivent être libellées à l'attention du médecin-conseil de CEGEMA .

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

Tout Adhérent ou Assuré est informé qu'il est par ailleurs en droit de déposer une plainte auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (<https://www.cnil.fr/>). Nous encourageons l'Adhérent et nos Assurés à contacter en amont nos Délégués à la Protection des Données pour toute problématique relative au traitement de leurs données personnelles.

#### 2.16.7 Coordonnées du Délégué à la Protection des Données

Les responsables de traitement conjoints ont désigné un Délégué à la Protection des Données. Vous pouvez directement prendre contact avec ces derniers aux coordonnées suivantes :

- Pour l'Assureur (porteur de risque) SWISS LIFE, par courrier postal à l'adresse suivante : SWISS LIFE – DPO - 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret ou par e-mail à l'adresse suivante : [dposwisslife@swisslife.fr](mailto:dposwisslife@swisslife.fr);

- Pour le Courtier et délégataire de gestion CEGEMA, par courrier postal à l'adresse suivante : CEGEMA - 679, AV Docteur Julien Lefebvre - 06270 Villeneuve Loubet ou par e-mail à l'adresse suivante : [dpo@cegema.com](mailto:dpo@cegema.com).

## CHAPITRE 3 : LES GARANTIES

### 3.1 Le cadre juridique

**Les garanties du contrat sont dites « responsables ».**

**A l'exception de la formule « Hospi »**, les garanties respectent en cela l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code.

De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation actuelle en vigueur.

**Elles garantissent le remboursement de l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale** dans les conditions et limites de garanties mentionnées dans le tableau de garanties de la formule de garantie souscrite par l'Adhérent et dans le respect des obligations des minima/maxima et interdictions de prise en charge des frais de santé exposés prévus dans les textes précités.

**En ce sens, il ne saurait donc être fait obstacle au remboursement de frais de santé remboursés à l'assuré par le régime de Sécurité sociale à hauteur des minimas mentionnés dans ces mêmes articles, lorsque l'Adhérent a souscrit une formule de garantie dite responsable.**

**De plus, le contrat doit prendre en charge la participation forfaitaire, laissée aux assurés en cas de passage aux urgences non programmé et non suivi par une hospitalisation, prévue à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.**

**Rappel des interdictions de prise en charge :**

**Le contrat responsable :**

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

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

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

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

### 3.2 L'objet du contrat

Le contrat a pour objet de garantir le remboursement des dépenses de santé engagées par les personnes assurées et occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Les frais pouvant faire l'objet d'une prise en charge partielle ou totale sont ceux exclusivement listés dans le tableau des garanties au regard de chacun des grands postes de garantie (Hospitalisation, Soins courants, Dentaire, Optique, Aides auditives, etc.).

### 3.3 Ce que garantit le contrat

#### 3.3.1 La garantie santé

- **Les garanties du contrat garantissent le remboursement de l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale :**

- dans les conditions et limites de garanties mentionnées dans le tableau de garanties de la formule de garantie souscrite par l'Adhérent
- et dans le respect des obligations des minima/maxima et interdiction de prise en charge des frais de santé exposés prévus à l'article L.

871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code.

• Elles peuvent également prévoir le remboursement de certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale à hauteur de la participation qui y est indiquée au regard de chacune des formules de garantie concernée à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties.

• Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral » ou « Frais réels », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des « Prix Limites de Vente » (PLV) et « Honoraires Limites de Facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur.

• Le versement des forfaits est effectué dans la limite des frais réellement engagés et sur justificatifs.

• Pour chaque assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de sa garantie. Servent de référence, la date des soins retenue par le régime obligatoire pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, la date de prescription médicale pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire et pour l'optique la date de facturation de l'équipement. Les dates de proposition, d'exécution et de paiement des actes et travaux dentaires doivent se situer dans la période de garantie.

#### *Cas particulier du forfait Optique*

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

Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. La période est ramenée à un an pour les Assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur. Pour les Assurés de moins de 16 ans et de plus de 6 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement 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 différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Le montant du forfait relatif aux équipements (une monture et deux verres) est exprimé y compris remboursement de la Sécurité sociale. Conformément à la réglementation du contrat responsable la prise en charge maximale de la monture des équipements hors 100% Santé est plafonné. Le montant du plafond est mentionné sur le tableau des garanties.

La prise en charge des équipements s'effectue toujours dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

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

#### *Avantage Bonus de fidélité*

En fonction de l'ancienneté de l'adhésion, les prestations listées ci-dessous sont majorées dans les conditions suivantes (hors formule Hospi):

1) Bonus Fidélité Hospitalisation Honoraires Optam/Optam-Co.

A compter de la 2<sup>ème</sup> année d'assurance, le remboursement est majoré de : +25%.

A compter de la 3<sup>ème</sup> année d'assurance, le remboursement est majoré de : +50%.

2) Bonus Fidélité Soins courants Honoraires Optam/Optam-Co.

A compter de la 3<sup>ème</sup> année d'assurance, le remboursement est majoré de : +25%.

3) Bonus Fidélité Médecines complémentaires.

A compter de la 3<sup>ème</sup> année d'assurance, le remboursement est majoré de : + 25 € pour les formules 1 et 2,

+ 50 € pour les formules 3 à 6.

4) Bonus fidélité Cure thermale.

A compter de la 2<sup>ème</sup> année d'assurance, le remboursement est majoré de : +100 € à + 300 € par an selon la formule (Sauf Formule 1).

A compter de la 3<sup>ème</sup> année d'assurance, le remboursement est majoré de : +100 € à + 400 € par an selon la formule.

5) Bonus Chirurgie réfractive.

A compter de la 3<sup>ème</sup> année d'assurance, le remboursement est majoré de : +100 € à + 200 € par an selon la formule (Sauf formule 1).

6) Prothèses hors 100% santé\*.

A compter de la 3<sup>ème</sup> année d'assurance, le remboursement est majoré de : +25%.

7) Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale.

A compter de la 2<sup>ème</sup> année d'assurance, le remboursement est majoré de : +50 € à + 100 € par an selon la formule (Sauf Formules 1 et 2).

A compter de la 3<sup>ème</sup> année d'assurance, le remboursement est majoré de : +100 € à + 200 € par an selon la formule (Sauf Formules 1 et 2).

### **3.3.2 La dispense d'avance de frais (Tiers payant)**

Les assurés bénéficient de la dispense d'avance des frais, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, sur les prestations faisant l'objet des garanties prévues pour les contrats responsables et indiquées sur l'attestation de tiers payant. La prise en charge peut être obtenue sur simple présentation de l'attestation de tiers payant en cours de validité, sous réserve que le professionnel de santé ou l'établissement de santé accepte le tiers payant. En dehors du parcours de soins, le tiers payant n'est pas possible.

### **3.3.3 Les garanties annexes**

#### *La garantie Assistance*

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

### **3.4 La modification des garanties**

A la date d'échéance principale de son adhésion, sous réserve d'en faire la demande au moins 2 mois avant cette date et de justifier de 12 mois complets d'assurance sans modification des garanties de son adhésion, l'Adhérent a la possibilité de demander à :

- modifier à la hausse ou à la baisse sa formule de garanties, dans le respect des limites d'âge d'accès aux garanties fixées par l'article 2.3. L'âge limite d'adhésion de la présente notice d'information,

- adhérer à l'une des options « ECO » ou au « renfort Hospitalisation », lorsqu'il n'a pas retenu ces garanties au moment de son adhésion.

L'Adhérent conserve la possibilité de résilier les options ECO ou le renfort Hospitalisation à tout moment, après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'option ECO ou du Renfort Hospitalisation.

**Toute résiliation des Options ECO ou du Renfort Hospitalisation sera définitive. Toute nouvelle adhésion à l'une de ces garanties est exclue.**

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

### **3.5 L'étendue territoriale des garanties**

La garantie du contrat s'exerce en France. Elle s'étend aux accidents, aux maladies et aux hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de sécurité sociale de l'Assuré s'applique.

Les actes hors nomenclatures effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie de l'Etat français.

## CHAPITRE 4 : LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE

### 4.1 Les cas où la garantie ne s'exerce pas

Ainsi qu'évoqué au paragraphe 3.1 Le cadre juridique, les différentes formules du contrat étant responsables, les garanties ne sauraient couvrir :

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

Elles ne garantissent également pas les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

### 4.2 Les limitations de la garantie santé

Elles sont mentionnées dans le tableau des garanties du contrat ou au bas de celui-ci pour les formules de garantie concernées par les limitations.

En outre, sont exclus les frais d'hospitalisation en long séjour, c'est-à-dire les soins de longue durée comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Sont également exclus les frais d'hospitalisation des personnes hospitalisées en longue durée, pour une durée indéterminée, dans un établissement qui facture légalement du moyen séjour.

C'est le cas par exemple des frais d'hospitalisation des personnes en état végétatif chronique ou en état paucirrelationnel, qui sont placées en unités de structures de Soins et Suite et de Réadaptation (SSR) par le biais de la circulaire n° 2002-288 du 3 mai 2002.

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

## CHAPITRE 5 : LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

### 5.1 Le règlement des prestations

#### LES DOCUMENTS A TRANSMETTRE

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

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

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, CEGEMA pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus. Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à CEGEMA dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.

#### Le tiers payant

Une attestation de tiers payant est délivrée à l'Adhérent lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense

d'avance de frais pour les prestations indiquées sur l'attestation selon les modalités précisées. L'utilisation de l'attestation de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite attestation. En cas d'utilisation frauduleuse de l'attestation de tiers payant, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

**L'Adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement son attestation en cours de validité. Si l'Adhérent, préalablement à sa demande de remboursement présentée à CEGEMA, a déjà bénéficié d'une prise en charge de ses frais par un premier organisme complémentaire, il devra, en complément des pièces et éléments mentionnés ci-dessus, communiquer le décompte de ce régime complémentaire. Le cumul des divers remboursements obtenus par l'Adhérent ne peut excéder la dépense réelle.**

#### Le paiement des prestations

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

### 5.2 Les renseignements complémentaires

Le médecin-conseil de CEGEMA peut demander tous renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident traité, et notamment de répondre à un questionnaire ou de fournir une attestation médicale.

L'Adhérent peut lui communiquer ces renseignements directement, à son attention exclusive.

### 5.3 Le contrôle et expertise

Sauf cas de force majeure, l'assuré malade ou accidenté doit, le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par l'Assureur.

Toute contestation de l'Adhérent sur les conclusions de l'expert relatives à son état de santé entraînera la procédure qui suit :

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

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

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties. Les conclusions rendues par le tiers arbitre s'imposeront aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci.

### 5.4 Les délais à respecter

**Les demandes de remboursement doivent parvenir à CEGEMA dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.**

### 5.5 Les sanctions

**Si l'assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, CEGEMA pourra refuser le remboursement.**

CONVENTION D'ASSISTANCE  
VITANEOR 3  
Numéro : 922 691

Sommaire

<b>1. ÉVÈNEMENTS GARANTIS</b>	<b>24</b>
<b>2. VALIDITÉ DE LA CONVENTION</b>	<b>24</b>
<b>3. DÉFINITIONS CONTRACTUELLES</b>	<b>24</b>
<b>4. PRESTATIONS</b>	<b>25</b>
4.1 INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE	26
4.2 TELECONSULTATION MEDICALE	26
4.3 ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION OU IMMOBILISATION A DOMICILE	27
4.4 ASSISTANCE EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DUREE (ALD)	28
4.5 ASSISTANCE POUR LES AIDANTS	28
4.6 ASSISTANCE AUX PERSONNES	28
4.7 PROGRAMME DE PREVENTION	29
4.8 DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE	29
<b>5. RESPONSABILITE</b>	<b>31</b>
<b>6. EXCLUSIONS</b>	<b>31</b>
<b>7. MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS</b>	<b>32</b>
<b>8. COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE</b>	<b>32</b>
<b>9. PRESCRIPTION</b>	<b>32</b>
<b>10. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL</b>	<b>32</b>
<b>11. AUTORITÉ DE CONTROLE</b>	<b>32</b>
<b>12. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE</b>	<b>32</b>
<b>DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ</b>	<b>33</b>

**CONVENTION D'ASSISTANCE  
VITANEOR 3  
Numéro contrat : 922 691**

### Besoin d'assistance ?

- **Contactez-nous :**
  - Depuis la France métropolitaine au 01 49 93 72 96 (numéro non surtaxé) ;
  - Depuis l'étranger au 00 33 (1) 49 93 72 96 ;
  - Accès sourds et malentendants :  
<https://accessibilite.votreassistance.fr>

Accessible 24h/24 et 7j/7, sauf mention contraire dans la convention.

- **Pour contacter notre service de Téléconsultation médicale : 01 40 25 52 35** (numéro non surtaxé)

ou via le site internet :  
<https://www.mondial-assistance-teleconsultation.fr/>

- **Veillez nous indiquer :**
  - Le nom et le numéro du contrat souscrit ;
  - Les nom et prénom du Bénéficiaire ;
  - L'adresse exacte du Bénéficiaire ;
  - Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint.

Les prestations de la présente convention d'assistance sont souscrites par **CEGEMA** auprès de :

#### AWP P&C

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

sont mises en œuvre par :

#### AWP FRANCE SAS

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

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

### 1. ÉVÈNEMENTS GARANTIS

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

- Les prestations décrites à l'article 4.1 « INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE » peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.
- La prestation décrite à l'article 4.2 « TELECONSULTATION MEDICALE » est délivrée lorsque :
  - le Bénéficiaire se trouvant dans une situation aiguë non vitale a besoin d'un avis médical
  - Et qu'il ne peut joindre ou consulter, dans un délai compatible avec son état de santé, soit son médecin traitant, soit un médecin parlant français, lorsque le Bénéficiaire est en déplacement à l'Étranger.
- Les prestations décrites à l'article 4.3 « HOSPITALISATION - IMMOBILISATION A DOMICILE » sont délivrées en cas :

- d'Hospitalisation du Bénéficiaire  
ou
- d'Immobilisation à Domicile du Bénéficiaire, précédée ou non d'une Hospitalisation.
- Les prestations décrites à l'article 4.4 « AFFECTIONS DE LONGUE DUREE » sont délivrées en cas d'Affection de longue durée.
- Les prestations décrites à l'article 4.5 « POUR LES AIDANTS » sont délivrées en cas d'entrée en dépendance d'un Membre de la famille. Ces prestations ne se cumulent pas avec les prestations prévues à l'article 4.3 « HOSPITALISATION - IMMOBILISATION A DOMICILE ».
- Les prestations décrites à l'article 4.6 « ASSISTANCE AUX PERSONNES » sont délivrées en cas de survenance, lors d'un déplacement à plus de 50 km du Domicile en France ou dans le monde entier, d'un des événements suivants :
  - Accident,
  - Maladie,
  - Décès.

### 2. VALIDITÉ DE LA CONVENTION

#### VALIDITÉ TERRITORIALE

Les Prestations de la présente convention sont acquises uniquement en France, à l'exception de la prestation « TELECONSULTATION » prévue à l'article 4.2 et des Prestations décrites à l'article 4.6 « ASSISTANCE AUX PERSONNES » qui sont acquises pour les événements survenus aussi bien en France qu'au cours de déplacements n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours dans le monde entier à l'exception des Pays non couverts.

**Pour les prestations décrites à l'article 4.6 « ASSISTANCE AUX PERSONNES », une Franchise kilométrique de 50km s'applique pour les événements survenus en France.**

#### DUREE DE VALIDITÉ

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat d'assurance « VITANEOR 3 » et de l'accord liant **CEGEMA** et **AWP P&C** pour la délivrance de ces prestations.

### 3. DÉFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la présente Convention d'assistance « 922691 » (ci-après la « Convention »), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

#### Accident :

Toute atteinte corporelle provenant d'une cause imprévisible, extérieure et indépendante de la volonté du Bénéficiaire.

#### Affection de longue durée (ALD) :

Maladie reconnue comme Affection de longue durée par l'Assurance Maladie et prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

#### Aidant :

Bénéficiaire assuré majeur qui apporte une aide à titre non professionnel, de manière permanente ou non, à un Membre de la famille dépendant.

#### Bénéficiaire / Vous :

Le terme «Vous» ou «Bénéficiaire» se réfère :

- à la personne physique assurée par le contrat d'assurance «VITANEOR 3» («le Bénéficiaire assuré»),
- à son Conjoint,
- et/ou à ses Enfants .

## Conjoint

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

## Domicile

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

## Enfants

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

## Etranger

Tout pays, à l'exclusion de la France et des Pays non couverts.

## Frais de soins dentaires urgents

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

## Frais funéraires

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

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

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

## Frais médicaux d'urgence à l'étranger

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

## France

France métropolitaine.

## Franchise kilométrique

Distance kilométrique à partir de laquelle les prestations d'assistance sont accordées. La distance est calculée depuis le Domicile jusqu'au lieu de survenance de l'évènement garanti sur la base de l'itinéraire le plus court calculé par le service Via-Michelin ou Google Maps.

## Franchise pécuniaire

Part du remboursement laissée à la charge du Bénéficiaire lors de la mise en œuvre de la prestation. Les montants de Franchise pécuniaire se rapportant à chaque prestation sont précisés à l'article 4 « PRESTATIONS ».

## Grille Autonomie, Gérontologie Groupe Iso Ressources (AGGIR)

Grille nationale permettant d'évaluer le degré de dépendance physique et/ou psychique du Bénéficiaire dans l'accomplissement de ses actes essentiels et quotidiens à travers une série de questions. En fonction de son degré de perte d'autonomie le Bénéficiaire est classé dans l'un des six groupes Iso Ressources (GIR).

## Hébergement

Frais d'hôtel (petit déjeuner compris), à l'exclusion de tout autre frais de restauration, de boisson et de pourboires.

## Hospitalisation

Tout séjour prévu ou imprévu, dans un établissement de soins privé ou public avec ou sans nuitée.

Dans tous les cas, sont assimilés à une Hospitalisation :

- les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ambulatoire

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

Une durée d'Hospitalisation minimum peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

## Immobilisation

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches domestiques habituelles, consécutive à un Accident ou une Maladie, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos prescrit par un médecin.

Une durée d'Immobilisation minimum peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

## Maladie

Altération de la santé provoquant des troubles diagnostiqués par tous moyens d'investigation médicale.

## Membre de la famille

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

## Membre de la famille dépendant

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

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

## Pays non couverts

Pays figurant sur la liste mise à jour des pays exclus, disponible sur le site de Mondial Assistance à l'adresse suivante : <http://paysexclus.votreassistance.fr>

## Prestataire

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

## Proche

Toute personne physique, Membre de la famille ou non, résidant en France et désignée par le Bénéficiaire.

## Téléconsultation médicale

Acte de télémedecine. Il s'agit d'une consultation à distance, entre un médecin et un patient, qui peut être accompagné ou non par un autre professionnel de santé (ex : médecin, infirmier, pharmacien...). Elle est réalisée par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication.

## Transport

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2<sup>nd</sup>e classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

## 4. PRESTATIONS

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

#### 4.1 INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE

Sur simple appel téléphonique, Mondial Assistance, Vous communique des informations et Vous conseille dans les domaines ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Conseil santé	Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France métropolitaine)	<b>Utilisable à tout moment pendant les heures d'ouverture du service.</b>
Conseil social		
Services à la personne		

##### • Conseil santé

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

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

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

**En conséquence, ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin. Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).**

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

##### • Conseil social

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

##### • Services à la personne

Mondial Assistance peut :

- Vous fournir toute l'information utile sur les services à la personne, tels que définis par la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 (« Loi Borloo »),
- Vous mettre en relation avec un Prestataire de son réseau de services à la personne entrant dans le cadre de la Loi Borloo (assistance administrative, bricolage, soutien scolaire, etc.) et hors cadre de la Loi Borloo (esthéticienne, coiffure à Domicile, pédicure, manucure, massages - **hors soins thérapeutiques**).

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

**Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à votre charge.**

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

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

#### 4.2 TELECONSULTATION MEDICALE

Sur simple appel téléphonique ou via le site internet <https://www.mondial-assistance-teleconsultation.fr/>, Mondial Assistance met en œuvre la prestation ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
- Consultation médicale par téléphone ou en ligne via <a href="https://www.mondial-assistance-teleconsultation.fr/">https://www.mondial-assistance-teleconsultation.fr/</a> - Identification d'un établissement de soins proche de l'endroit où se trouve le Bénéficiaire - Transmission au Bénéficiaire d'une prescription médicamenteuse écrite, selon l'appréciation du médecin et si la législation locale l'autorise.	Dans la limite de 10 Téléconsultations maximum par période annuelle de garantie (20 en cas d'ALD) et par bénéficiaire.	

#### ! IMPORTANT !

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

La Téléconsultation ne peut se substituer aux organismes de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18). En cas d'urgence détectée à l'Étranger, toutes les mesures seront mises en œuvre pour aider le Bénéficiaire à identifier les secours d'urgence, selon les mesures locales.

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

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

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

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

Lorsqu'un représentant légal appelle pour son enfant mineur, il lui sera demandé une copie du livret de famille prouvant le lien de parenté ou tout autre document prouvant sa qualité.

### • Téléconsultation médicale

Il s'agit d'un service de télé-médecine. Le Bénéficiaire peut, sous conditions d'authentification forte et d'acceptation des Conditions Générales d'Utilisation, de la Notice d'information-consentement et de la Déclaration de confidentialité, bénéficier d'une Téléconsultation en contactant le Service Téléconsultation de Mondial Assistance.

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

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

- Identifier pour le Bénéficiaire un établissement de soins adapté à sa situation notamment lorsqu'un examen clinique est nécessaire pour établir le diagnostic ;
- transmettre au Bénéficiaire une prescription écrite médicamenteuse, selon l'appréciation du médecin et si la législation locale l'autorise.

A l'issue de de la Téléconsultation et avec l'autorisation du Bénéficiaire, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à son médecin traitant.

### 4.3 ASSISTANCE EN CAS D'HOSPITALISATION OU IMMOBILISATION A DOMICILE

#### 4.3.1 AVANT L'HOSPITALISATION

En cas d'Hospitalisation, et en complément des moyens mis à votre disposition pour contacter Mondial Assistance, Vous pouvez accéder à notre site Hospizen à l'adresse suivante : <https://www.hospizen.fr/cegema>.

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Hospizen		Accès au site web <a href="https://www.hospizen.fr/cegema">https://www.hospizen.fr/cegema</a> . et à l'application pendant 1 an. Renouvelable pour chaque période annuelle de garantie.

Le site Hospizen, Vous permet, préalablement à une Hospitalisation, de consulter en ligne des informations relatives à la préparation pratique de votre Hospitalisation et de votre retour au Domicile.

De plus, Vous pouvez également via ce site présélectionner, préalablement ou postérieurement à votre Hospitalisation, les prestations d'assistance dont Vous souhaitez bénéficier à votre retour au Domicile.

Mondial Assistance Vous contactera pour finaliser l'organisation des prestations d'assistance dont les conditions et limites de mise en œuvre sont prévues à l'article 4.8 « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

#### 4.3.2 DURANT OU APRES L'HOSPITALISATION AVEC NUITEE OU PENDANT L'IMMOBILISATION

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

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Evaluation des besoins et recommandations (prestation décrite à l'article 4.8)	Illimité	- Durée de l'Hospitalisation au moins égale à 1 <b>nuitee</b> ou durée d'Immobilisation à Domicile de plus de <b>5 jours</b> - L'enveloppe de services doit être activée au plus tard <b>15 jours</b> après la sortie ou le début de l'Immobilisation à Domicile
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (prestation écrite à l'article 4.8)	300 € TTC au total	-Cumulable avec l'enveloppe de service prévue à l'article 4.4 «Assistance en cas d'Affection Longue Durée (ALD)»

Livraison en urgence de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin	100 € TTC maximum	Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.
Livraison et mise à disposition de matériel médical prescrit par le médecin	100 € TTC maximum	
Téléassistance ponctuelle à Domicile		Organisation du service sans prise en charge.
Accompagnement psychologique	Prise en charge de 3 entretiens par téléphone et/ou remboursement de 12 séances maximum de consultation en cabinet (80 € TTC maximum par consultation).	

- **Livraison et mise à disposition de matériel médical prescrit par le médecin**

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

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

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

- **Téléassistance ponctuelle à Domicile**

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

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

- **Accompagnement psychologique**

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

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le Bénéficiaire vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son Domicile ou de son lieu de travail.

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

#### 4.3.3 APRES L'HOSPITALISATION AMBULATOIRE

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

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Evaluation des besoins et recommandations (prestation décrite à l'article 4.8)	Illimité	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 3 jours après l'Hospitalisation ambulatoire.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (prestation décrite à l'article 4.8)	150 € TTC au total	La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.

#### 4.4 ASSISTANCE EN CAS D'AFFECTION DE LONGUE DUREE (ALD)

Lorsque vous êtes atteint d'une Affection de longue durée, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Evaluation des besoins et recommandations (prestation décrite à l'article 4.8)	Illimité	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après l'hospitalisation ou le début de l'immobilisation à Domicile.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (prestation décrite à l'article 4.8)	400 € TTC au total	La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par Affection de longue durée.  Cumulable avec l'enveloppe de services prévue à l'article 4.3 « Assistance en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation à Domicile ».

#### 4.5 ASSISTANCE POUR LES AIDANTS

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

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Evaluation des besoins et recommandations (prestation décrite à l'article 4.8)	Illimité	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard dans les 3 mois suivant l'entrée en dépendance de l'aidé (Bénéficiaire évalué en Gir 1 à 4 sur la Grille AGGIR).
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (prestation décrite à l'article 4.8)	300 € TTC au total	La prise en charge est limitée à 1 fois par personne aidée.

#### 4.6 ASSISTANCE AUX PERSONNES

##### 4.6.1 ASSISTANCE AU BENEFICIAIRE ASSURE

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

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Rapatriement ou transport sanitaire	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance.	Prestations soumises à la décision des médecins de Mondial Assistance
Transfert d'un Proche accompagnant le Bénéficiaire pendant son rapatriement		
Frais médicaux d'urgence à l'Etranger	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remboursement des frais restant à votre charge (hors frais dentaires) : 30 000 € TTC maximum.</li> <li>Remboursement des Frais dentaires d'urgence : 350 € TTC maximum.</li> <li>Avance des frais d'hospitalisation : 30 000 € TTC.</li> </ul>	<p>Une Franchise de 30 € s'applique au remboursement des Frais médicaux et dentaires.</p> <p>Les limites suivantes s'entendent par Bénéficiaire et par période annuelle de garantie.</p>

Prolongation du séjour du Bénéficiaire	80 € TTC par nuit et par Bénéficiaire dans la limite de 5 nuits.	
Soutien au Bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé sur place	<p>- Prolongation du séjour d'une Personne restée au chevet du Bénéficiaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Frais d'Hébergement : 80 € TTC maximum dans la limite de 5 nuits.</li> <li>Coût du Transport retour</li> </ul> <p>OU</p> <p>- Transfert d'un Proche au chevet du Bénéficiaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Coût du Transport aller-retour</li> <li>Hébergement : 80 € TTC maximum dans la limite de 5 nuits.</li> </ul>	La durée prévisible de l'hospitalisation ou de l'immobilisation sur place du Bénéficiaire est d'au moins 10 nuits.
Retour au Domicile du Bénéficiaire	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance.	

##### • Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire

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

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

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

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

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

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

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

**En raison des risques pouvant mettre en danger la santé des femmes ayant atteint un stade avancé dans leur grossesse, les compagnies aériennes appliquent des restrictions, différentes selon les compagnies et susceptibles d'être modifiées sans préavis : examen médical au maximum 48 heures avant le départ, certificat médical, accord médical de la compagnie, etc.**

**Le transport par avion est subordonné à l'obtention des autorisations accordées par la compagnie aérienne. Mondial Assistance ne saurait être tenue responsable d'un retard ou d'un empêchement dans l'exécution de la prestation « Rapatriement ou transport sanitaire du Bénéficiaire » du fait de toute restriction d'une compagnie aérienne.**

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

- Transfert (Transport aller-simple) d'un Proche accompagnant le Bénéficiaire pendant son rapatriement.
- Frais médicaux d'urgence à l'Etranger

Remboursement des Frais médicaux d'urgence à l'Etranger sur prescription médicale restant à la charge du Bénéficiaire après intervention des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le Bénéficiaire est affilié.

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

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

Mondial Assistance peut également procéder à l'avance des frais d'hospitalisation imprévus et urgents, après accord de son service médical, dans la limite du plafond figurant au tableau ci-dessus.

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

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

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

- les frais d'implant, de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres, ainsi que les frais d'appareillage,
- les frais engagés en France métropolitaine et dans les Départements d'outre-mer, qu'ils soient consécutifs ou non à un Accident corporel ou une Maladie survenu en France ou à l'Etranger,
- les frais de vaccination,
- les frais résultant de soins ou de traitements dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- les frais de rééducation, de cure thermale ou de séjour en maison de repos, ainsi que les frais de soins ou traitements ne résultant pas d'une urgence médicale.

Lorsque le rapatriement ou le transport sanitaire intervient après la date de fin de séjour du Bénéficiaire ou si l'état de santé du Bénéficiaire ne nécessite pas d'Hospitalisation mais l'empêche de poursuivre son voyage dans les conditions prévues initialement, Mondial Assistance organise et prend en charge, dans les conditions et limites indiquées au tableau ci-dessus les prestations ci-après :

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

**Ou**

- Transfert d'un Proche au chevet du Bénéficiaire hospitalisé ou immobilisé sur place :
- Transport (aller et retour) et
- Hébergement sur place.

Retour au Domicile du Bénéficiaire dès que son état de santé le permet.

#### 4.6.2 ASSISTANCE EN CAS DE DECES

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

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Transport de corps	Coût du Transport du corps organisé par Mondial Assistance	Les frais d'accessoires, de cérémonie, d'inhumation ou de crémation restent à la charge de la famille du Bénéficiaire.
Frais funéraires	Prise en charge des frais limité par Bénéficiaire à 1 500 € TTC	
Transfert d'un Proche sur le lieu du décès	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût du Transport aller/retour</li> <li>• Frais d'hébergement : 80 € TTC par nuit dans la limite de 5 nuits.</li> </ul>	

- Transport du corps depuis le lieu du décès, la chambre funéraire ou le lieu de mise en bière jusqu'à l'établissement de l'opérateur funéraire du lieu d'inhumation ou de crémation en France, choisi par le défunt ou les Membres de la famille.
- Frais funéraires afférents à ce transport.
- Transfert d'un Proche (Transport aller-retour et Hébergement) sur le lieu du décès :

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

#### 4.6.3 ASSISTANCE POUR LES PERSONNES VOYAGEANT AVEC LE BENEFICIAIRE

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

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Acheminement d'un Proche ou d'un accompagnateur pour le retour au Domicile des personnes restées sur place handicapés ou de moins de 15 ans	Coût de l'intervention organisée par Mondial Assistance	

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

#### 4.7 PROGRAMME DE PREVENTION

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Silvercoach		Accès au site web et à l'application pendant 1 an <a href="https://cegema.monsilvercoach.fr">https://cegema.monsilvercoach.fr</a> Renouvelable par année d'assurance

#### 4.8 DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE

- Evaluation des besoins et recommandations

Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose des solutions d'aide et de services adaptés ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement. Le Bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

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

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

Mondial Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe dont le montant, les conditions et les limites sont indiqués ci-dessus.

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

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

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

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

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

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

**Le montant maximum indiqué dans le détail de chaque prestation ne saurait donner droit à un paiement en espèces.**

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

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

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

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

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

#### **Transport**

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

**En cas d'hospitalisation ambulatoire, prise en charge d'un taxi ou d'un billet de transport en commun.**

#### **Hébergement des parents à proximité du Bénéficiaire mineur pendant son Hospitalisation**

Si le Bénéficiaire mineur est hospitalisé à plus de 50 km de son Domicile, Mondial Assistance organise et prend en charge l'Hébergement de ses parents pendant la durée de l'Hospitalisation dans la limite de 70 € TTC/ nuit.

**Non prévu en cas d'hospitalisation ambulatoire.**

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

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

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),

- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,

- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

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

**Non prévu en cas d'hospitalisation ambulatoire.**

#### **Préparation du retour au Domicile**

Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une

Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

**Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.**

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

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

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

**Non prévu en cas d'hospitalisation ambulatoire.**

#### **Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire ou du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche**

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

#### **Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche**

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

#### **Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans**

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

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

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

#### **Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants scolarisés jusqu'au niveau baccalauréat**

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

**Non prévu en cas d'hospitalisation ambulatoire.**

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

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

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

- soit une personne de compagnie.

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

#### **Portage des repas**

Mondial Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de 4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande.

**Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.** Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

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

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions

précisées à la prestation concernée.

**Cette prestation est disponible uniquement en France métropolitaine, hors Corse.**

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

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

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

### **Fermeture du Domicile quitté en urgence**

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

Cette prestation s'effectuera sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité. Mondial Assistance peut organiser le Transport aller-retour de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.

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

**Non prévu en cas d'hospitalisation ambulatoire.**

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

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

**L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>nde</sup> catégorie (article L. 211-12 du Code rural et de la pêche maritime).**

**Non prévu en cas d'hospitalisation ambulatoire.**

### **Livraison de courses**

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

### **Bien-être à domicile: coiffure et esthétique**

Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants :

- esthéticienne,
- coiffeur,
- prothésiste capillaire,

y compris ceux réalisés à domicile.

**Non prévu en cas d'hospitalisation ambulatoire.**

## **5. RESPONSABILITE**

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

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

**Une information pour chaque pays est également disponible dans la rubrique « Conseil aux voyageurs » du site internet du Ministère des**

**Affaires étrangères et du Développement international <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs/conseils-par-pays/>**

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire. L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

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

**La responsabilité de Mondial Assistance concerne uniquement les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. Elle ne sera pas tenue responsable des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité. Elle ne sera pas tenue responsable de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.**

## **6. EXCLUSIONS**

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,
- les conséquences :
  - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
  - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
  - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
  - de l'exposition à des agents incapacitants,
  - de l'exposition à des agents radioactifs,
  - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,

qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne,

- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les conséquences de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

Au titre de la prestation « Téléconsultation médicale » décrite à l'article 4.2, sont également exclues :

- les Téléconsultations lorsque le service médical de Mondial Assistance identifie une urgence médicale ;
- les consultations pour des pathologies psychiatriques ;
- les prescriptions de certificats médicaux ;
- les prescriptions d'arrêt de travail et leur prolongation éventuelle;
- les prescriptions particulières, telles que :
  - les médicaments soumis à prescription restreinte :
    - les médicaments réservés à l'usage hospitalier
    - les médicaments à prescription hospitalière
    - les médicaments à prescription initiale hospitalière
    - les médicaments à prescription réservée aux médecins spécialistes
    - les médicaments nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.
  - les médicaments soumis à accord préalable. La liste exhaustive est accessible sur [http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/list\\_APcl.pdf](http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/list_APcl.pdf) ;
  - les médicaments d'exception : la liste des médicaments d'exception est disponible sur le site Meddispar, le site de référence des médicaments réglementés, proposé par l'Ordre

national des pharmaciens ;

• la prescription de stupéfiants.

Au titre de la prestation « Accompagnement psychologique » décrite à l'article 4.3.2 sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

## 7. MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

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

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

reclamation@votreassistance.fr (ou envoyer un courrier à l'adresse : AWP FRANCE SAS, Service Réclamations, TSA 70002 – 93488 Saint Ouen Cedex.) Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

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

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

La Médiation de l'Assurance  
<http://www.mediation-assurance.org>  
LMA  
TSA 50110  
75441 Paris Cedex 09

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

## 8. COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE

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

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

## 9. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances. Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

### Article L114-1 du Code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les

contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

### Article L114-2 du Code des assurances

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

### Article L114-3 du Code des assurances

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

### Information complémentaire :

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

## 10. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

AWP P&C est le responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats. Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés hors de l'Union Européenne. Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données le Bénéficiaire peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : informations-personnelles@votreassistance.fr.

Le Bénéficiaire est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle il peut s'inscrire : <https://conso.bloctel.fr/>.

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

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

## 11. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09 - [www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr).

## 12. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

La Convention est régie par la loi française. La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français.

## DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

### La sécurité de vos données personnelles nous importe.

AWP P&C est une compagnie d'assurance agréée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) proposant des produits et services d'assurance. Protéger votre vie privée est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment nous collectons les données personnelles, quel type de données nous collectons et pourquoi, avec qui nous les partageons et à qui nous les divulguons. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

#### 1. Qui est le responsable du traitement des données ?

Le responsable du traitement des données est la personne, physique ou morale, qui contrôle et est responsable de la conservation et de l'utilisation des données personnelles, au format papier ou électronique. AWP P&C (« Nous », « Notre ») est responsable du traitement des données, tel que défini par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

#### 2. Quelles données personnelles sont collectées ?

Nous collecterons et traiterons différents types de données personnelles vous concernant, conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, nous pourrions être amenés à collecter et traiter les « données personnelles sensibles » vous concernant.

**⚠ En souscrivant le présent contrat, vous vous engagez à communiquer les informations figurant dans cette déclaration de confidentialité à tout tiers pour lequel toute donnée personnelle pourrait nous être transmise (ex. les autres assurés, les bénéficiaires, les tiers impliqués dans le sinistre, les personnes à prévenir en cas d'urgence, etc.), et vous acceptez de ne pas communiquer ces informations autrement.**

#### 3. Comment vos données personnelles sont-elles collectées et traitées ?

Nous collecterons et traiterons les données personnelles que vous nous transmettez et celles que nous recevons de tiers (comme expliqué plus bas) pour un certain nombre de finalités et sous réserve de votre consentement exprès, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
Administration du contrat d'assurance (ex. : traitement des réclamations, les enquêtes et estimations nécessaires à la détermination de l'existence de l'évènement garanti et du montant des indemnités à verser ou le type d'assistance à fournir, etc.)	Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer votre niveau de satisfaction et de l'améliorer	Non. Nous avons un intérêt légitime à vous contacter après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de nous assurer que nous avons exécuté nos obligations contractuelles d'une manière satisfaisante. Toutefois, vous avez le droit de vous y opposer en nous contactant comme cela est expliqué dans la section 9 ci-dessous.
Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance et les activités d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives	Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.

À des fins de vérification, pour nous conformer aux obligations légales ou aux procédures internes	Non. Nous pouvons traiter vos données dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par nos procédures internes. Nous ne solliciterons pas votre consentement au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de notre intérêt légitime. Toutefois, nous nous assurerons que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par notre société mère.
Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation	Si nous réalisons l'une de ces activités de traitement, nous le ferons en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données « à caractère personnel » et votre consentement n'est plus requis.
Pour la gestion du recouvrement de créances	Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.
Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques, y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre.	Non. Il est entendu que la détection et la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du Responsable du traitement. Par conséquent, nous sommes en droit de traiter vos données à cette fin sans avoir à recueillir votre consentement.
Pour transférer les risques via une réassurance et une coassurance	Nous pouvons traiter et partager vos données à caractère personnel avec d'autres compagnies d'assurances ou de réassurances, avec lesquelles nous avons signé ou nous signerons des accords de coassurance ou de réassurance. La coassurance est la couverture du risque par plusieurs compagnies d'assurances au moyen d'un seul contrat, en assumant chacune un pourcentage du risque ou en répartissant les couvertures entre elles. La réassurance est la « sous-traitance » de la couverture d'une partie du risque à un réassureur tiers. Toutefois, il s'agit d'un accord interne entre nous et le réassureur et vous n'avez aucun lien contractuel direct avec ce dernier. Ces transferts de risques interviennent au titre des intérêts légitimes des compagnies d'assurances, qui sont même généralement expressément autorisés par la loi (y compris le partage des données à caractère personnel strictement nécessaires à cette finalité)

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, nous traiterons les données personnelles vous concernant que nous recevons de notre partenaire commercial CEGEMA.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre consentement exprès n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou de la gestion de votre sinistre, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales.

Vos données personnelles seront nécessaires pour tout achat de nos produits et services. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces données, nous ne serons pas en mesure de vous garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles de vous intéresser, ou encore de vous proposer des offres adaptées à vos exigences spécifiques.

#### **4. Qui peut accéder à vos données personnelles ?**

Nous nous assurons que vos données personnelles sont traitées dans le respect des finalités indiquées plus haut.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que tiers, responsables du traitement des données :

- organismes du secteur public, autres sociétés de notre groupe, autres assureurs, réassureurs.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que préposés au traitement des données, opérant sous notre responsabilité :

- autres sociétés de notre groupe (dont AWP France SAS), consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégués de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents).

En définitive, nous pourrions être amenés à partager vos données personnelles dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et

- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

#### **5. Où sont traitées vos données personnelles ?**

Vos données personnelles pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section 4, toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Nous ne divulguons pas vos données personnelles à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert de vos données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société de notre groupe, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend notre groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés de notre groupe. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, nous prendrons des mesures afin de garantir que le transfert de vos données personnelles hors UE sera effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Vous pouvez prendre connaissance des mesures de protection que nous mettons en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en nous contactant comme indiqué dans la section 9.

#### **6. Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?**

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit :

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsable(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin

qu'elles soient toujours exactes ;

- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;
- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et
- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente - Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant comme indiqué à la section 9.

#### **7. Comment vous opposer au traitement de vos données personnelles ?**

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement desdites données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis dans la section 6.

#### **8. Combien de temps conserverons-nous vos données personnelles ?**

Nous ne conserverons vos données à caractère personnel que pendant la durée nécessaire aux fins indiquées dans la présente déclaration de confidentialité puis elles seront supprimées ou anonymisées une fois qu'elles ne sont plus nécessaires. Ci-dessous nous vous communiquons quelques-unes des durées de conservation applicables aux finalités indiquées à la section 3 ci-dessus.

- Pour une durée de deux (2) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance
- En cas de sinistre – deux (2) ans à compter du règlement du sinistre.
- En cas de sinistre avec dommages corporels – dix (10) ans à compter du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations – deux (2) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat – deux (2) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Toutefois, sachez que des obligations ou des événements spécifiques supplémentaires peuvent parfois annuler ou modifier ces durées, tels que des litiges ou des enquêtes réglementaires en cours, qui peuvent remplacer ou suspendre ces durées jusqu'à ce que l'affaire soit close et que le délai applicable d'examen ou d'appel ait expiré. En particulier, les durées de conservation basées sur des prescriptions dans le cadre d'actions en justice peuvent être suspendues puis reprendre par la suite.

#### **9. Comment nous contacter ?**

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS  
Département Protection des Données Personnelles  
7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen  
E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

#### **10. À quelle fréquence mettons-nous à jour la présente déclaration de confidentialité ?**

Nous procédons régulièrement à la révision de cette déclaration de confidentialité.

## Sommaire

<b>TITRE PREMIER</b>	<b>36</b>
<b>CLAUSES GENERALES</b>	<b>36</b>
<b>ARTICLE 1 : CRÉATION</b>	<b>36</b>
<b>ARTICLE 2 : DÉNOMINATION ET SIÈGE SOCIAL</b>	<b>36</b>
<b>ARTICLE 3 : DURÉE – EXERCICE SOCIAL</b>	<b>36</b>
<b>ARTICLE 4 : OBJET</b>	<b>36</b>
<b>ARTICLE 5 : COMPOSITION – MEMBRES</b>	<b>36</b>
<b>ARTICLE 6 : PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE</b>	<b>36</b>
<b>ARTICLE 7 : COTISATION</b>	<b>36</b>
<b>TITRE DEUXIEME</b>	<b>36</b>
<b>ADMINISTRATION</b>	<b>36</b>
<b>ARTICLE 8 : CONSEIL D'ADMINISTRATION</b>	<b>36</b>
<b>ARTICLE 9 : RÈGLEMENT INTÉRIEUR</b>	<b>37</b>
<b>TITRE TROISIEME</b>	<b>37</b>
<b>ASSEMBLEES GENERALES</b>	<b>37</b>
<b>ARTICLE 10 : ASSEMBLÉES GÉNÉRALES (ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE)</b>	<b>37</b>
<b>ARTICLE 11 : COMMISSAIRES AUX COMPTES</b>	<b>38</b>
<b>TITRE QUATRIEME</b>	<b>38</b>
<b>RESSOURCES – DEPENSES – AVOIR DE L'ASSOCIATION</b>	<b>38</b>
<b>ARTICLE 12 : RESSOURCES</b>	<b>38</b>
<b>ARTICLE 13 : DÉPENSES</b>	<b>38</b>
<b>ARTICLE 14 : AVOIR</b>	<b>38</b>
<b>TITRE CINQUIEME</b>	<b>38</b>
<b>DISSOLUTION</b>	<b>38</b>
<b>ARTICLE 15 : DISSOLUTION</b>	<b>38</b>

## TITRE PREMIER CLAUSES GENERALES

### Article 1 : Création

Entre les membres fondateurs soussignés, il est créée une Association régie par la loi du 1er juillet 1901 et par les textes qui l'ont modifiée ainsi que par les présents Statuts.

### Article 2 : Dénomination et siège social

L'association prend la dénomination de : ASSOCIATION GENERALE INTERPROFESSIONNELLE de SOLIDARITE («A.G.I.S.») et sera dénommée dans le cadre des présents Statuts comme : («Association»).

Son siège social est établi : 7 rue Belgrand – 92300 Levallois Perret.

Le siège social pourra être déplacé sur le territoire français sur décision du Conseil d'Administration, qui dispose à cet effet, du pouvoir de modifier les Statuts.

Le Conseil d'Administration pourra créer, s'il le juge opportun, pour la bonne gestion ou pour le développement de l'Association, des sections locales ou professionnelles.

### Article 3 : Durée – Exercice social

L'Association est fondée pour une durée illimitée.

L'exercice social de l'Association commence le 1er janvier et s'achève le 31 décembre de chaque année civile.

### Article 4 : Objet

L'Association a pour but, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur :

- 1°) de développer l'esprit de solidarité et d'entraide,
- 2°) de défendre les intérêts de ses membres,
- 3°) de coordonner l'action des différentes institutions avec lesquelles elle aura passé un accord à cette fin, d'assurer leur promotion et la gestion de leurs oeuvres ou services,
- 4°) de négocier et de proposer à ses membres un ou plusieurs contrats, bons, garanties ou couvertures permettant la garantie des risques de prévoyance, le financement de la retraite, l'optimisation de placements. En particulier, de proposer à ses membres l'adhésion facultative à des contrats collectifs d'assurance vie ou des bons collectifs de capitalisation,
- 5°) d'assurer la gestion desdits contrats, bons, garanties ou couvertures proposés à ses membres ou d'autres contrats d'assurance, bons ou couvertures,
- 6°) d'apporter à tous ses membres l'aide matérielle et morale dont ils peuvent avoir besoin en toutes circonstances, en particulier les informer sur les possibilités qui leur sont offertes dans les domaines de la prévoyance, de la retraite, des placements et en matière d'assurance vie et de capitalisation,
- 7°) plus largement tout acte entrant dans le cadre de cet objet social ou permettant sa réalisation.

### Article 5 : Composition – Membres

L'Association se compose des personnes physiques adhérant à un contrat d'assurance ou de capitalisation, garantie, bon ou couverture souscrit par l'Association. L'adhésion à l'Association et à ses Statuts résulte automatiquement de l'adhésion à tout contrat, garantie, bon ou couverture souscrit par l'Association auprès d'un organisme habilité.

### Article 6 : Perte de la qualité de membre

La qualité de membre se perd :

- automatiquement, à compter de la date à laquelle le membre cesse d'être partie à un contrat, bon, garantie ou couverture souscrit par l'Association, quelle qu'en soit la raison, y compris en cas de décès. Dans ce dernier cas, les droits et obligations pris antérieurement par le membre décédé pourront, le cas échéant, perdurer auprès de ses ayants droits en fonction de la nature des engagements,
- à compter de l'exclusion d'un adhérent, notamment pour défaut de

paiement des primes relatives à son adhésion dans les conditions de l'article L. 141-3 du Code des assurances ou pour atteinte grave aux intérêts de l'Association. Dans ce dernier cas, le membre concerné sera invité à fournir des explications ou produire tout élément matériel préalablement à la réunion au cours de laquelle sera décidée l'exclusion. Le membre pourra être assisté lors de cette réunion par un autre membre de l'Association. La décision d'exclusion sera, le cas échéant, notifiée à l'intéressé par lettre recommandée avec AR.

### Article 7 : Cotisation

Il est institué une cotisation à la charge des membres de l'Association. Le montant et les modalités de règlement de cette cotisation sont fixés par le Conseil d'Administration.

## TITRE DEUXIEME ADMINISTRATION

### Article 8 : Conseil d'administration

#### Article 8-1 : Composition

L'Association est administrée par un Conseil d'Administration composé de 12 administrateurs maximum élus par l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration doit être composé, pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant déteu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt, ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des conventions d'assurance souscrites par l'Association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes.

Tout Administrateur venant en cours de mandat à détenir un mandat ou à recevoir une rétribution quelconque de la part de l'un des organismes d'assurance signataire d'une convention d'assurance avec l'Association, s'engage à en informer immédiatement le Président par lettre recommandée avec accusé de réception.

Pour le cas où cette déclaration venait à faire passer le taux d'administrateurs dits indépendants à moins de 51%, l'Administrateur en question perdra automatiquement sa qualité d'Administrateur et il sera procédé à son remplacement au cours de la plus prochaine Assemblée Générale.

Les administrateurs sont élus pour une durée de six ans, et renouvelés par 1/3 tous les 2 ans. L'ordre de sortie est déterminé d'après l'ancienneté des nominations. Les administrateurs sortants sont rééligibles.

Les candidatures doivent être adressées au Président du Conseil d'Administration au plus tard 15 jours avant la date de l'Assemblée. Le Conseil d'Administration arrête les propositions de candidature soumises à l'Assemblée Générale Ordinaire, sans pouvoir n'en écarter aucune.

Tout administrateur peut être révoqué *ad nutum* sur proposition de trois administrateurs au moins, lesquels doivent alors solliciter du Président ou du Conseil d'Administration la convocation, dans un délai raisonnable, d'une Assemblée Générale Ordinaire de l'Association qui statuera sur cette révocation et élira un nouvel administrateur en lieu et place de l'administrateur révoqué.

Le Conseil d'Administration procède à l'élection de son Président et à sa révocation *ad nutum*, ce dernier ne prenant pas part au vote.

#### Article 8-2 : Pouvoirs du Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour prendre toutes décisions se rapportant à l'objet de l'Association, à son fonctionnement et à ses réalisations à la condition que celles-ci ne soient pas réservées à l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration est notamment habilité à décider la souscription d'un contrat, bon, garantie ou couverture offert à l'adhésion des membres de l'Association.

Sur délégation de l'Assemblée Générale, conformément aux dispositions de l'article 10-1, le Conseil d'Administration peut également décider la signature d'un avenant.

Le Conseil d'Administration autorise tous achats, aliénations, contrats ou locations nécessaires au fonctionnement de l'Association et à l'atteinte de ses objectifs. D'une manière générale, le Conseil peut déléguer une partie de ses pouvoirs à un administrateur, un membre du Bureau ou un tiers. Cette délégation sera limitée dans son champ et dans sa durée. Le Conseil d'Administration surveille la gestion courante opérée par les membres du Bureau et dispose de la faculté de se faire rendre des comptes des actes et décisions prises.

En cas de besoin, le Conseil d'Administration ou le Président peut s'assurer les services d'un conseiller technique ou expert nommé parmi les administrateurs ou non.

Le Conseil d'Administration peut convoquer les Assemblées Générales en cas de carence du Président. Le Conseil d'Administration sera convoqué à la diligence du Vice-président ou à défaut par un autre membre du Bureau.

### **Article 8-3 : Président du Conseil d'Administration – Bureau du Conseil d'Administration**

Le Conseil d'Administration choisit un Bureau comprenant :

- un Président,
- un Vice-président,
- un Secrétaire,
- un Trésorier.

Les membres du Bureau du Conseil d'Administration sont nommés pour deux ans. Ils sont rééligibles. Sous la responsabilité du Conseil d'Administration, le Bureau du Conseil d'Administration assure l'expédition des affaires courantes ou urgentes.

Le Bureau du Conseil d'Administration peut se faire assister de toutes personnes qu'il jugera utile, membres de l'Association ou non.

Le Président représente l'Association dans tous les actes de la vie civile et en justice, et est investi de tous pouvoirs à cet effet. Il a également pour rôle d'assurer la gestion courante de l'Association en liaison avec le Bureau du Conseil d'Administration. Il a qualité pour ester en justice, peut former tous appels et pourvois et transiger sans autorisation.

Il ne peut en revanche procéder à tous achats, aliénations, contrats ou locations nécessaires au fonctionnement de l'Association et à l'atteinte de ses objectifs sans autorisation du Conseil d'Administration.

Le Président convoque les Assemblées Générales et le Conseil d'Administration.

Il rend compte de sa gestion et de celle du Bureau du Conseil d'Administration à l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle de l'Association.

Il peut déléguer pour des questions et un temps limité une partie de ses pouvoirs à un membre du Conseil d'Administration, à un membre du Bureau du Conseil d'Administration, soit à un tiers.

Le Président, au nom du Conseil d'Administration, est chargé de remplir toutes les formalités de déclaration et de publication prescrites par la législation et la réglementation en vigueur.

### **Article 8-4 : Réunions du Conseil d'Administration**

Le Conseil d'Administration se réunit au moins une fois par an et toutes les fois qu'il est convoqué par le Président à son initiative ou à celle de la moitié des administrateurs au moins.

Il délibère valablement à la majorité simple, quel que soit le nombre d'administrateurs présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

### **Article 8-5 : Défraiement et indemnisation des administrateurs**

Les frais entraînés par l'exercice de leurs fonctions sont remboursés aux administrateurs. Ils peuvent également recevoir des indemnités ou rétributions fixées chaque année par l'assemblée générale.

### **Article 9 : Règlement intérieur**

S'il le juge nécessaire, le Conseil d'Administration pourra adopter un Règlement Intérieur qui précise les modalités d'application des présents Statuts. Le Conseil d'Administration peut modifier le

Règlement Intérieur à tout moment. Ce Règlement Intérieur, ainsi que ses modifications éventuelles, devra être soumis à la ratification de la prochaine Assemblée Générale Ordinaire de l'Association.

Le Président, au nom du Conseil d'Administration, est chargé de remplir toutes les formalités de déclaration et de publication du Règlement Intérieur prescrites par la législation et la réglementation en vigueur.

## **TITRE TROISIEME ASSEMBLEES GENERALES**

### **Article 10 : Assemblées Générales (Ordinaire et Extraordinaire)**

#### **Article 10-1 : Assemblée Générale Ordinaire**

L'Assemblée Générale Ordinaire comprend tous les membres de l'Association présents ou représentés.

L'Assemblée Générale Ordinaire est seule compétente pour :

- nommer, renouveler et révoquer les membres du Conseil d'Administration (le ou les administrateurs concernés s'abstenant),
- contrôler la gestion du Président ou du Conseil d'Administration et par délégation celle du Bureau du Conseil d'Administration et leur en donner quitus,
- statuer au moins une fois par an sur les comptes de l'Association et voter le budget de l'exercice suivant de l'Association,
- autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe au sens de l'article L. 141-1 du Code des assurances souscrits par l'Association. L'Assemblée Générale peut toutefois déléguer au Conseil d'administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit. Le Conseil d'Administration exerce alors ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, en fait rapport à la plus proche Assemblée. En application de l'article L 141-7 du Code des assurances, l'Assemblée Générale a seule qualité pour autoriser la modification des dispositions essentielles des contrats d'assurance de groupe sur la vie ou de capitalisation souscrits par l'association.
- ratifier les avenants signés par le Conseil d'Administration sur délégation de l'Assemblée
- et généralement pour délibérer sur les questions mises à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale Ordinaire se réunit au moins une fois par an, dans les six mois de la clôture de l'exercice précédent.

Les membres sont informés de la tenue de l'Assemblée Générale Ordinaire :

- uniquement les membres de l'Association titulaires d'une adhésion à un contrat d'assurance de groupe sur la vie ou de capitalisation : sur convocation individuelle écrite adressée par lettre simple ou par courrier électronique,
- pour les autres membres de l'Association : au moyen d'une insertion dans un journal d'annonces légales du ressort du siège social ou par tout autre moyen décidé par le Conseil d'administration.

La convocation est effectuée, par le recours à un (des) moyen(s) susvisé(s), à l'initiative du Président ou du Conseil d'Administration trente (30) jours au moins avant la date de la tenue de l'Assemblée.

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale Ordinaire est arrêté par l'auteur de la convocation.

Tout projet de résolution communiqué au Conseil d'Administration soixante (60) jours au moins avant la date de l'Assemblée Générale Ordinaire par le dixième des membres titulaires de droit de vote au moins, ou si ce nombre excède cent, par au moins cent (100) membres titulaires de droit de vote, sera soumis au vote de l'Assemblée Générale. Tout projet de résolution présenté par la moitié au moins des administrateurs et déposé auprès du Conseil au moins soixante (60) jours avant la réunion sera également soumis à l'Assemblée Générale Ordinaire.

La convocation mentionne l'ordre du jour, les projets de résolution, le lieu et l'heure de l'Assemblée Générale Ordinaire.

L'Assemblée Générale Ordinaire entend les rapports sur la gestion du Président ou du Conseil d'Administration et par délégation celle du Bureau du Conseil d'Administration, sur la situation financière et morale de l'Association.

L'Assemblée Générale Ordinaire délibère à la majorité simple des membres titulaires de droit de vote, présents ou représentés, à raison d'une voix par membre, quel que soit le nombre d'adhésions à un(des) contrat(s) de groupe sur la vie ou de capitalisation du même membre.

Cependant, concernant les délibérations relatives aux contrats d'assurance, ont voix délibérative, uniquement les membres de l'Association titulaires d'une adhésion à un contrat d'assurance de groupe sur la vie ou de capitalisation, tels que visés par l'article L 141-7 du Code des assurances. Les autres membres n'ont voix délibérative que pour les délibérations relatives à la modification des contrats auxquels ils ont adhéré.

Chaque membre peut se faire représenter par son conjoint ou un membre de l'Association, ce dernier disposant à son tour de la capacité de remettre le pouvoir confié à son conjoint ou à un autre membre, étant précisé qu'il n'est pas possible d'être porteur de plus d'un pouvoir. Le pouvoir donné vaut pour une seule Assemblée Générale, ou deux si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint. Le cas échéant, le pouvoir vaut pour une Assemblée Générale Mixte (Assemblées Ordinaire et Extraordinaire tenues le même jour) ou deux, si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint. Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au Président et donnent lieu à un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

L'Assemblée Générale Ordinaire ne peut valablement délibérer que si mille membres titulaires du droit de vote ou un trentième desdits membres au moins sont présents, représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres titulaires du droit de vote présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance.

La convocation de l'Assemblée Générale peut mentionner qu'en l'absence de quorum sur première convocation, une seconde Assemblée est convoquée à une autre date que ladite convocation précise, et qui est postérieure d'au moins 15 jours à la date fixée pour la première Assemblée. La convocation précise que dans ce cas, une information serait communiquée, après la première Assemblée, sur un site internet indiqué dans la convocation ainsi que dans un Journal d'Annonces Légales du département du siège de l'association AGIS.

La Présidence de l'Assemblée Générale Ordinaire est assurée par le Président du Conseil d'Administration ou, à défaut, par un administrateur désigné par le Conseil d'Administration.

Toutes les délibérations de l'Assemblée Générale Ordinaire sont prises à la main levée. Le scrutin secret est de droit s'il est demandé par le Président ou le Conseil d'Administration. Sur demande du Conseil d'Administration, le vote pourra être recueilli au moyen de procédés de communication à distance. Dans ce cas, tous les votes (à distance et à main levée) sont comptabilisés ensemble.

Les délibérations de l'Assemblées font l'objet d'un procès-verbal rédigé sur un registre spécial signé par le Président, le scrutateur et le secrétaire, puis sont transcrites sur un registre spécial signé par le Président et par un administrateur. Une copie du procès-verbal de l'Assemblée peut être consultée au siège de l'Association au plus tôt quinze (15) jours après la tenue de l'Assemblée.

### Article 10-2 : Assemblée Générale Extraordinaire

L'Assemblée Générale Extraordinaire comprend tous les membres de l'Association.

Elle est convoquée dans les mêmes conditions de forme et de délais que l'Assemblée Générale Ordinaire à l'initiative du Président du Conseil d'Administration, ou sur proposition du Conseil d'Administration ou de 9% des membres titulaires de droit de vote au moins.

L'Assemblée Générale Extraordinaire a seule compétence pour décider :

- de modifier les statuts de l'Association sous réserve des clauses particulières concernant le transfert du siège,
- de fusionner l'Association avec une autre association ayant le même objet,
- de dissoudre l'Association.

Les délibérations proposées par des membres dans les conditions visées ci-dessus concernant les Assemblées Générales Ordinaires devront également être soumises au vote de l'Assemblée Générale Extraordinaire.

L'Assemblée Générale Extraordinaire statue à la majorité simple des membres titulaires de droit de vote présents ou représentés pour toutes les décisions de modification des Statuts et à la majorité des deux tiers des membres titulaires de droit de vote présents ou représentés pour toutes les autres décisions.

Sauf clause contraire, le déroulement de l'Assemblée Générale Extraordinaire obéira aux règles prévues pour les Assemblées Générales Ordinaires, en particulier en ce qui concerne les règles de quorum et de présidence.

### ARTICLE 11 : COMMISSAIRES AUX COMPTES

Il est prévu la faculté pour le Conseil d'Administration de désigner un ou plusieurs commissaires aux comptes. Cette désignation est soumise à la ratification de l'Assemblée Générale.

## TITRE QUATRIEME RESSOURCES – DEPENSES – AVOIR DE L'ASSOCIATION

### Article 12 : Ressources

Les ressources de l'Association comprennent :

- les cotisations de ses membres dans les conditions fixées par le Conseil d'Administration,
- les subventions publiques qui pourront lui être accordées,
- les revenus des biens qu'elle possède,
- les sommes perçues en contrepartie des prestations qu'elle fournit,
- de toutes autres ressources (subventions ou versements) autorisées par les textes législatifs et réglementaires

L'Association n'a pas de but lucratif.

### Article 13 : Dépenses

Les dépenses de l'Association comprennent toutes les sommes destinées à faire face aux charges découlant de son activité et son fonctionnement. Ces dépenses sont décidées par le Conseil d'Administration ou par toute autre personne que le Conseil d'Administration aura délégué expressément à cet effet.

L'Association répond de ses engagements sur ses propres ressources, sans aucune responsabilité personnelle de ses membres.

### Article 14 : Avoir

L'avoir de l'Association est employé en toutes valeurs ou tous placements autorisés par la législation en vigueur.

## TITRE CINQUIEME DISSOLUTION

### Article 15 : Dissolution

La dissolution de l'Association est décidée par l'Assemblée Générale Extraordinaire. L'Assemblée désigne alors un administrateur ou un tiers pour prendre l'ensemble des décisions pour procéder à sa dissolution et en particulier liquidé les biens de l'Association.

Elle détermine les conditions de cette liquidation dans le cadre des lois et règlements en vigueur. En cas d'existence d'un actif net, ce montant sera versé à toute association ayant un objet similaire. En aucun cas, les membres de l'Association ne peuvent se voir attribuer une part quelconque des actifs de l'Association.

Conformément à l'article L. 140-6 du Code des assurances, en cas de liquidation ou de dissolution de l'Association, les adhésions en cours au jour de la dissolution ou de la liquidation, se poursuivront de plein droit entre les organismes assureurs et les personnes antérieurement adhérentes au contrat.