

NOTICE D'INFORMATION ECA-LOCOSTIA

Référence : NI-LOCOSTIA0415 / 04-2015

Notice d'information relative au contrat collectif à adhésion facultative LOCOSTIA N° 01 09 01 09 38 souscrit :

- par l'**Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (AGIS)**, Association Loi 1901, Déclaration Préfecture de Paris n° 546967 P, Siège : 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret ci-après dénommé « Association »,
- auprès de **MPGS (Mutuelle pour la Prévoyance et les Garanties Sociales) marque de la MIP (Mutuelle de l'industrie du Pétrole)**, 178 rue Montmartre, 75096 Paris Cedex 02. Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 775 671 902.
- **La gestion des adhésions** au contrat, par délégation de la Mutuelle, est effectuée par ECA – Assurances.

ECA – Assurances, SA de courtage d'assurances au capital de 1 009 000 euros enregistrée au Registre des Intermédiaires en Assurance (ORIAS) sous le numéro 07 002 344 - Siège social: 92/98 boulevard Victor Hugo BP 83 92115 CLICHY Téléphone : 0969 320 418 (appel non surtaxé) - Courriel: relationsclients@eca-assurances.com
• R.C.S.Nanterre B 402 430 276 - APE 6622Z dénommée ci-après « ECA - Assurances »

Préambule

Votre adhésion au contrat est :

- **régie par les dispositions** qui suivent dans le présent document et par le Code de la Mutualité. La loi applicable est la loi française. En accord avec l'Association et vous même nous nous engageons à utiliser la langue française.
- **constituée des éléments suivants :**
 - **La présente Notice d'information** qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir vos remboursements.
 - **Le certificat d'adhésion** qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
 - **Le tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé garanties.

Ces documents peuvent également être consultés sur l'espace dédié de l'adhérent et sur le site www.eca-ssurances.com.

Art.1 - Objet du contrat

Le contrat LOCOSTIA a pour objet de permettre à l'adhérent de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion, du remboursement de ses dépenses de santé garanties, suite à une maladie, un accident ou une hospitalisation, dans les conditions et limites mentionnées dans le tableau des garanties correspondant à la formule souscrite. Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'adhérent.

Art.2 - Nature des garanties du contrat

Le contrat LOCOSTIA est un « contrat solidaire ». L'accès aux différentes formules de garanties n'est soumis à aucun questionnaire médical ni lors de la souscription ni en cours d'exécution du contrat. Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

Les garanties du contrat LOCOSTIA ne respectent pas l'intégralité des dispositions des contrats d'assurance complémentaire santé, dits « contrat responsable » définies par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et par ses différents décrets d'application et arrêtés.

Art.3- Qui peut adhérer au contrat

Pour adhérer au contrat, vous devez cumulativement:

- résider en France métropolitaine,
- adhérer à l'Association et à la Mutuelle
- être assujéti à un Régime Obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit
- être âgé au plus de 99 ans : L'âge limite d'adhésion concerne l'ensemble des personnes à assurer.

Art.4 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion

Elle prend effet à compter du lendemain de la réception du premier paiement et sous réserve de son encaissement puis se poursuit jusqu'à l'échéance anniversaire suivante, sous réserve du paiement de vos cotisations.

Elle se renouvelle ensuite à chaque échéance principale sauf dénonciation par vous, nous, ou l'Association dans les conditions mentionnées à l'article 14 – « Résiliation ».

Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective minimum de **12 mois**.

Art.5 - Conclusion, Prise d'effet, Délais d'attente

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et la Mutuelle.

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

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

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

Délais d'attente : Les garanties du contrat LOCOSTIA ne comportent pas de délai d'attente, exception faites des forfaits optique et dentaire qui ne peuvent être versés que pour des dépenses de santé correspondant à des actes ou matériels prescrits au minimum 12 mois après la date d'effet du contrat.

Art.6 – Suspension de la garantie

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

- Non-paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code de la Mutualité
- Séjour de plus de 2 mois hors du territoire français métropolitain.

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

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

.l'assuré revient vivre en France métropolitaine après en avoir séjourné en dehors plus de 2 mois.

La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit à prestations se rapportant à un accident, une maladie ou une maternité survenu pendant cette période.

Art.7 - Territorialité

La garantie du contrat s'exerce en France selon les modalités prévues pour la formule souscrite. Elle s'étend aux maladies et hospitalisations survenus à l'étranger lorsque les séjours en hors de France ne dépassent pas 3 mois par an en une ou plusieurs périodes. Dans cette situation, les frais engagés à l'étranger sont pris en charge dans les mêmes conditions de remboursement que s'ils avaient été effectués en France et pris en charge par le Régime Obligatoire.

Art.8 - Les exclusions et les limitations

8.1 - Les exclusions

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais et/ou hospitalisation relatifs à des actes ou soins commencés ou prescrits avant la date d'effet ainsi que ceux qui sont la conséquence de :

- de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record,
- de l'alcoolisme, de l'éthylisme, de la toxicomanie

ou de toute autre addiction de l'assuré,

- d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente,
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense),
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par l'amiante ou par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

De plus, nous ne garantissons pas les frais engagés pour le séjour dans les établissements ou services suivants :

- hélio-marins ou de thalasso-thérapie ;
- les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour ;
- de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices ou les centres hospitaliers accueillant des personnes âgées dépendantes ;
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
- les séjours et frais relatifs aux établissements ou service de désintoxication, de post cure, les CCAA, ainsi que les CAARUD ;
- les frais ou séjours en établissements médico-sociaux, ainsi que les LHSS ;

Ne sont également pas pris en charge :

- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- les prothèses dentaires provisoires ;
- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de ECA Assurances indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime Obligatoire de l'assuré.
- la majoration du ticket modérateur à la charge des bénéficiaires âgés de 16 ans ou plus en cas :
 - d'absence de désignation d'un médecin traitant,
 - de refus de donner l'accès aux professionnels de santé l'accès au dossier médical personnel,
 - de consultation d'un médecin hors du parcours de soins,
 - la part des dépassements d'honoraires que sont autorisés à pratiquer certains spécialistes en cas de non-respect du parcours de soins,
 - la contribution forfaitaire par acte médical à la charge de l'Assuré,
 - l'application des franchises médicales.

8.2 – Les limitations

- le forfait journalier est limité à 30 jours par an et par assuré,

- le forfait journalier en service de psychiatrie ou neuropsychiatrie est limité à 90 jours par assuré pour toute la durée de vie de l'adhésion,

En aucun cas, le versement à titre exceptionnel d'une participation sur une prestation non garantie par le contrat LOCOSTIA ne pourra être considéré comme l'acceptation tacite du risque par la Mutuelle.

Art.9 - Vos déclarations

9.1 - A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garanties proposées dans le cadre du contrat LOCOSTIA, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer.

Ces déclarations seront reprises sur votre certificat d'adhésion. Vos déclarations servent de base à l'établissement de votre adhésion et nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

9.2 - En cours d'adhésion

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

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,
- les changements de situation professionnelle ou l'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire d'assurance maladie,
- les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France métropolitaine.

Si les éléments modifiés constituent :

▪ **une aggravation de risque** (hors problème de santé), nous pourrions, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Si vous refusez nos nouvelles conditions de garantie, vous devrez nous en informer par lettre recommandée dans les 30 jours suivant la réception de notre notification.

Nous procéderons alors à la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 10 jours.

▪ **une diminution de risque**, nous pourrions diminuer la prime en conséquence. A défaut, vous pourrez demander la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 30 jours.

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

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration

inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne selon la situation la nullité de l'adhésion et la réduction des indemnités conformément aux dispositions du Code de la Mutualité (L.221-14 et L.221-15).

9.3 - Les autres documents à nous transmettre

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

9.4 - Validité de vos déclarations

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

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

Art.10 - Vos cotisations

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

En début d'adhésion :

▪ Le montant de votre cotisation est mentionné sur le certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge des assurés. Il prend en compte également les modalités de prise en charge et les bases de remboursement en vigueur du Régime Obligatoire respectif dont relève l'assuré lors de la prise d'effet des garanties et le cas échéant du lieu de votre domicile.

En cours d'adhésion :

▪ En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque échéance principale de 2 % par an jusqu'à l'âge de 65 ans, et de 3,5 % à partir de 66 ans. La première variation intervient au minimum après **12 mois d'assurance**.

▪ 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.

Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, nous prenons en compte l'âge de l'assuré au 31 décembre de l'année en cours.

10.2 - La variation de vos cotisations

Lors de chaque échéance principale votre cotisation,

en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des assurés évoquée ci-dessus :

- évoluera en fonction du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés.
- pourra également varier en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions respectives du contrat.
- pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements et / ou des remboursements de l'Assurance maladie de la Sécurité sociale française (sur laquelle sont basées vos garanties dans le cadre du présent contrat) et/ou en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur votre cotisation postérieurement à votre adhésion.

10.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est annuelle et payable d'avance à ECA - Assurances.

Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.

10.4 - Le non-paiement de vos cotisations

A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle ci dans les 10 jours suivants son échéance, ECA-Assurances pourra, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure.

Vos garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi.

Art.11 - La modification de vos garanties

Vous pouvez demander une modification des garanties de votre adhésion lors du renouvellement annuel sous réserve d'en effectuer la demande au moins un mois avant l'échéance principale. Elle prendra effet à la date du renouvellement et concernera l'ensemble des personnes assurées. Cette modification peut porter sur :

- Une diminution ou une augmentation des garanties
- La suppression d'une personne assurée
- Un changement de fractionnement de la cotisation

Art.12 - Quelles sont vos garanties

12.1 – Votre garantie santé

Notre participation en tant qu'Assureur, telle que prévue au sens du présent contrat,

intervient :

▪ **sur les dépenses de santé engagées par l'assuré,** correspondant à des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux engagés à la suite d'une maladie, d'un accident, ou d'une hospitalisation, prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie,

▪ pour autant que ceux ci soient **expressément mentionnés sur le tableau des garanties correspondant à la formule souscrite,** annexé à la demande ou le certificat d'adhésion,

▪ **dans la limite des montants et participations** qui y sont indiqués,

▪ **et sous déduction du montant de la franchise annuelle** (voir définition de ce terme au lexique).

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

En tout état de cause, vous ne pourrez percevoir, au titre de votre adhésion au contrat LOCOSTIA, pour vous-même, ou l'un des membres de votre famille assuré, un remboursement dont le montant, cumulé à ceux perçus par le Régime Obligatoire et le ou les éventuelles assurances complémentaires, serait supérieur à celui des frais réellement engagés.

La justification des frais engagés pour les dépenses garanties s'effectue sur les bases suivantes :

▪ Frais faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire : le montant est celui, tel qu'il figure :

▪ dans le fichier télétransmis par le centre de traitement à ECA-Assurances (procédure de télétransmission avec votre caisse obligatoire)

▪ ou sur les originaux de la feuille de soins ou le bordereau de remboursement établi par son centre de traitement,

▪ et lorsque les frais ont fait l'objet d'une prise en charge par un précédent régime complémentaire, le décompte de remboursement original de ce dernier.

▪ Frais ne faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire : le montant est celui figurant sur les factures des professionnels de santé.

▪ Lorsque les garanties prévoient une prestation soit sous forme de forfait annuel ou soit par an ou par année, il faut comprendre par année d'assurance.

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

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

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

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

▪ **Nos remboursements viennent en complément de ceux faisant l'objet d'un remboursement du Régime obligatoire de Sécurité sociale de l'assuré** (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les assurés pourraient être garantis.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Tarification à l'Acte (T2A), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

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

▪ **Cas particulier des forfaits optique et dentaire**
Les forfaits optique et dentaire, dont le montant est mentionné dans le tableau des garanties correspondant à la formule souscrite, s'entendent pour l'indemnisation des dépenses garanties au cours de deux années d'assurances consécutives. En conséquence, le forfait garanti ne pourra être versé qu'une seule fois au cours de deux années consécutives. Les forfaits optique et dentaire ne peuvent être reportés en cas d'utilisation partielle.

12.2 – Les services complémentaires proposés

▪ **Tiers payant** : une carte de tiers payant est délivrée à l'adhérent par ECA -Assurances lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

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

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

▪ **La télétransmission** : les assurés relevant du Régime Général, de la RAM et de la GAMEX, peuvent demander à bénéficier de la télétransmission informatique de leurs décomptes de prestation de soins à ECA-Assurances. Ce service permet à ECA-Assurances d'effectuer le traitement des

prestations complémentaires à celles versées par le Régime obligatoire et d'en adresser le règlement à l'adhérent. Les assurés s'évitent ainsi l'envoi des décomptes papiers (sous réserves de la présence sur le décompte de la mention « copie transmise pour information à votre organisme complémentaire »). Cette liaison est réalisée pour chacune des personnes assurées, à réception de la copie de l'attestation papier d'assuré social délivrée avec sa carte Vitale. Le dysfonctionnement dans les liaisons avec le centre de gestion du Régime obligatoire de l'assuré peut affecter le bon fonctionnement de service qui ne pourra ni être attribué à ECA Assurances, ni constituer, pour l'assuré, un motif valable pour formuler une demande de résiliation hors échéance.

Art.13 - Comment obtenir le règlement de vos prestations

13.1- Les documents que vous devez transmettre
Lorsqu'ECA-Assurances n'a pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à lui transmettre sont les suivants :

▪ **Hospitalisation** : L'original des notes d'honoraires des chirurgiens et praticiens présentant les actes effectués.

▪ **La médecine courante, la pharmacie, les frais de transport, les prothèses et les appareillages (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques,...)** : L'original des notes d'honoraires des professionnels

de santé précisant le cas échéant la nature des produits, appareils et fournitures médicaux.

▪ **Le dentaire** : L'original de la note d'honoraires précisant la cotation des actes suivant la nomenclature de la Sécurité sociale à laquelle ils se réfèrent.

Pour les prothèses, l'orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes.

▪ **L'optique** : L'original de la prescription médicale et la facture détaillée acquittée établie par l'opticien. Si l'assuré, préalablement à sa demande de remboursement à ECA-Assurances, 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 original de ce régime complémentaire. Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à ECA-Assurances dans un **délai de deux ans** suivant la date de cessation des soins, ou la date de cessation des garanties sous peine de déchéance.

Ce délai est ramené à **trois mois** en cas de résiliation de l'adhésion.

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

Dans le cas où, l'adhérent ou assuré qui demande à bénéficier des prestations pour des frais de santé exposés, refuse de satisfaire ou se soumettre à l'un des points énoncés ci-dessus, ECA-Assurances pourra refuser le remboursement.

13.2- Contrôle des dépenses – Contrôle médical

ECA-Assurances et la Mutuelle se réserve la possibilité de demander aux assurés :

- tous renseignements ou documents dont ils jugeraient utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de ECA-Assurances.

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

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

13.3- Arbitrage

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

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3ème médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3ème médecin et des frais de sa nomination.

13.4-Le paiement des prestations

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

Art.14 - Résiliation

14.1 - L'adhésion peut être résiliée

• Par l'adhérent :

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

moins.

- En cas de disparition des circonstances aggravantes mentionnées dans le contrat, si ECA - Assurances refuse de réduire la prime en conséquence.

- En cas de changement de domicile, de situation ou régime matrimonial, de profession, la retraite professionnelle ou la cessation d'activité professionnelle, l'adhésion à un contrat groupe obligatoire, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation DIRECTE avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle : La résiliation sera acceptée sous réserves que le changement de situation entraîne bien une modification dans le contenu des garanties. L'adhérent dispose de 3 mois à partir de l'évènement pour demander la résiliation et devra fournir un justificatif. La résiliation prend effet un mois après la réception de la demande de résiliation.

• Par la mutuelle en cas :

- D'aggravation du risque dans les conditions prévues à l'article 9.2 ci-dessus ;

- De non-paiement de la prime (art. L.221-7 du Code de la Mutualité). Les cotisations de l'année en cours nous sont toutefois dues dans leur intégralité.

- De réticence ou de fausse déclaration intentionnelle dans la déclaration du risque lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion (art. L.221-14 du Code de la Mutualité).

- De fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues. La résiliation prendra effet 10 jours après sa notification.

La notification vous sera adressée par lettre recommandée par ECA-Assurances à votre dernier domicile connu.

• de plein droit :

- En cas de fixation de votre domicile hors France métropolitaine. Vous devrez alors en informer ECA-Assurances par lettre recommandée, adressée dans les trois mois qui suivent la date d'installation. La résiliation prendra effet à la fin du mois suivant la réception de votre notification.

- En cas de retrait de l'agrément de la Mutuelle.

- En cas de perte de la qualité d'adhérent de l'Association ou de la résiliation des contrats par nous ou l'Association, votre adhésion sera maintenue jusqu'à l'échéance principale de l'année en cours.

Il vous sera ensuite proposé un maintien de garantie dans le cadre d'un contrat individuel au tarif en vigueur pour ce type de contrat.

- En cas de décès de l'adhérent : Si vous n'êtes pas le seul assuré, l'adhésion cessera de produire ses effets à l'égard des autres assurés, à la fin du mois suivant la date de décès de l'adhérent. Une nouvelle adhésion sera alors proposée aux autres assurés.

- En cas de perte de la qualité d'assuré social de

l'adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres assurés pourront continuer à être assurés s'ils en effectuent la demande.

14.2 - Les modalités de la résiliation

La résiliation par l'adhérent doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception et adressée à : ECA – Assurances service résiliation : 92/98 boulevard Victor Hugo BP 83 92115 CLICHY. La résiliation par la mutuelle sera notifiée à l'adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu. La date d'envoi constituera le point de départ du préavis.

14.3 - Les conséquences de la résiliation

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

Art.15 – Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité :

Article L221-11 :

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre 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, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci. La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant 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 du membre participant.

Article L221-12 : La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé

de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L221-12-1 : Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties à une opération individuelle ou collective 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.

Art.16 – Subrogation

L'adhérent ou ses ayants droit conservent leur droit de recours contre tout responsable. Toutefois, si l'assureur a payé une indemnité au titre des frais de soins, il se substitue à l'adhérent dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable.

Art.17 - Informatique et libertés

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est ECA Assurances.

Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par ECA Assurances, et l'envoi de documents concernant les produits proposés par ECA Assurances, destinataire, avec ses mandataires, l'Association, ses assureurs et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance.

Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime dans les conditions et limites prévues par les articles 38, 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Veillez adresser vos demandes à : ECA Assurances – BP 83 – 92115 CLICHY Cedex. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du Médecin conseil – ECA Assurances – BP 83 – 92115 CLICHY Cedex. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-

45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Art.18 - Les réclamations - La médiation

Votre adhésion au contrat **LOCOSTIA** est soumise exclusivement à la compétence des tribunaux français.

En cas de réclamation, vous avez la possibilité de consulter notre charte CLARTE, accessible sur notre site ou sur demande, qui vous donnera la procédure à suivre.

Vous pouvez adresser votre réclamation par mail à l'adresse suivante :

reclamation@eca-assurances.com

Vous avez aussi la possibilité de vous adresser également

- **au médiateur de la CSCA** en effectuant une demande par écrit aux coordonnées suivantes :

Monsieur le médiateur CSCA 91, rue de Saint Lazare
75009 PARIS

Le texte de la charte est disponible à cette adresse :
<http://www.cscsa.fr/contenu/PubCSCA/Mediation/MediationCharte.pdf>

- **à l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution)**

61 rue de Taitbout 75436 PARIS cedex 09

Tel : 01 55 50 41 41 Fax : 01 55 50 41 50

- **au médiateur de la Mutuelle**

FNMF (Fédération nationale de la Mutualité Française)

255 rue de Vaugirard - 75015 Paris

Ces différentes procédures de réclamation sont des procédures amiables et ne vous privent pas de votre droit de présenter votre dossier aux services judiciaires compétents suivant votre cas.

Art.19 - Autorité de tutelle

Pour les Mutuelles ayant leur Siège en France, l'autorité de tutelle est ACPR - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Art.20 - Possibilité de renonciation

En cas de vente par démarchage à domicile (contrat hors établissement) :

Si votre adhésion est effectuée lors d'un démarchage à votre domicile, vous disposez d'un délai de 14 jours, à compter du jour de la conclusion du contrat, pour renoncer à votre souscription par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités (Article L121-21 du code de la consommation). Toute clause par laquelle le consommateur abandonne son droit de rétractation est nulle.

Afin de vous faciliter l'exercice de ce droit, un formulaire détachable est annexé au dossier

d'adhésion.

• En cas de vente à distance

Si votre adhésion est souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (article L221-18 du Code de la Mutualité), elle peut être exécutée immédiatement et intégralement dès sa conclusion, à votre demande expresse. Dans ce cadre, et conformément aux textes précités, vous disposez d'un délai de **14 jours** calendaires révolus pour vous rétracter à compter soit du jour où l'adhésion est conclue; soit du jour où vous recevez les documents contractuels si cette dernière date est postérieure à la date de conclusion du contrat.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à : ECA-Assurances – BP 83 92115 CLICHY. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre ci-après. La cotisation dont vous êtes redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de votre adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle rétractation.

• En cas de rétractation :

Si des prestations ont été versées, vous vous engagez à nous rembourser les montants perçus dans un délai de 30 jours.

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

Modèle de lettre de renonciation :

« *Messieurs, je soussigné (Nom et Prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat LOCOSTIA (indiquer le numéro d'adhésion), que j'ai signé le (indiquer la date) et (si des cotisations ont été perçues) vous prie de me rembourser les cotisations déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie. Je m'engage de mon côté à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. »*

(Signature de l'adhérent)

ART 21 – GESTION ELECTRONIQUE DES DOCUMENTS

Tous les documents échangés (courriers ECA et courriers adhérents) font l'objet d'une numérisation électronique.

LEXIQUE

• **Adhérent** : La personne signant la demande d'adhésion, acquitte les cotisations et ainsi fait accéder aux garanties dudit contrat.

- **Assuré** : La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désignée(s) au certificat d'adhésion.
- **Conjoint** : Est considéré comme Conjoint l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité ou son (sa) concubin(e) notoire.
- **Couple** : Est considéré comme couple, l'adhérent et son conjoint.
- **Enfant** : Il s'agit de votre ou de vos enfants fiscalement à votre charge, ou ceux de votre Conjoint. La garantie cesse à leur égard à la fin de l'année suivant leur 25ème anniversaire. A compter de 18 ans les enfants peuvent continuer à être assurés dans le cadre de l'adhésion des parents moyennant l'acquiescement d'une cotisation Adulte correspondant à leur âge.
- **Age** : L'âge de l'assuré est calculé par différence de millésimes, entre l'année de l'adhésion en cours considérée et l'année de naissance. Exemple : Un assuré souscrivant son adhésion à compter du 1er février 2015, né le 2 août 1975, sera considéré avec un âge de 40 ans (2015 – 1975 = 40), et lors du renouvellement de son adhésion au 1er janvier 2016, avec un âge de 41 ans en 2016.
- **Conclusion de l'adhésion** : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et l'assureur. La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.
- **Année d'assurance** : Période s'écoulant entre deux dates anniversaires de la date d'effet de l'adhésion.
- **Echéance Principale** : Date à laquelle se renouvelle chaque année votre adhésion au 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 pendant cette période.
- **Franchise** : Montant déduit des prestations dues à un assuré en contrepartie d'une réduction de la cotisation. Ce montant, apprécié par année d'assurance, est mentionné dans le tableau des prestations assurées correspondant à l'option souscrite. Les minimums obligatoirement remboursables, prévus par la législation sur le contrat responsable, concernant certaines dépenses de santé engagées dans le cadre du parcours de soins n'entrent pas dans le cadre de la franchise et vous seront remboursés normalement.
- **Garantie** : Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de l'option retenue qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.
- **Long séjour** : Unité pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.
- **Régime obligatoire (RO)** : C'est le Régime Obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale française dont relève l'assuré.
- **Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)** : Tarif sur la base duquel est calculé le remboursement effectué par le Régime Obligatoire de Sécurité sociale française dont relève l'assuré, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.
- **Plafond annuel de remboursement** : seuil limite annuel de la prise en charge par l'assureur d'une dépense pour un type d'acte.
- **France** : Il s'agit de la France continentale et des départements et territoires d'outre-mer.
- **Nous** : Il s'agit de nous la Mutuelle.
- **Vous** : Il s'agit de vous, l'adhérent au contrat.