

Notice d'information relative au contrat collectif à adhésion facultative SERENIA souscrit sous les numéros 01 01 01 0810 et 01 01 02 0810

- par l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (AGIS), association loi 1901, - Siège : 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret, ci-après désignée l'Association,
- auprès de MPGS (Mutuelle pour la Prévoyance et les Garanties Sociales), une marque de la Mutuelle de l'Industrie du Pétrole (MIP), régie par le livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire Sirène sous le n° SIREN 775 671 902, dont le siège social est situé 178 rue Montmartre – 75096 PARIS Cedex 02, ci-après désignée « la Mutuelle ».

La gestion de votre adhésion au contrat est effectuée, par délégation de la Mutuelle, par 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 Cedex – téléphone : 0969320418 (appel non surtaxé) – Courriel : relationsclients@eca-assurances.com – RCS Nanterre : B 402 430 276, qui agit en tant que mandataire de la Mutuelle, dénommée ci-après «ECA Assurances» ou le « Délégué ».

Le contrat SERENIA a été négocié auprès de l'Assureur par ECA Assurances qui le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires. Les garanties et services d'assistance sont assurés et gérés par GA (Garantie Assistance), Société Anonyme au capital de 1 850 000 € - immatriculée sous le n° 312 517 493 RCS Paris, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé 108, Bureaux de la Colline – 92210 Saint-Cloud.

Préambule

Votre adhésion au contrat SERENIA 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, ECA Assurances et vous-même, nous nous engageons à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion ;
- constituée des éléments suivants :
- La présente Notice d'information qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir les prestations.
- Le Certificat d'Adhésion qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre

adhésion, les personnes assurées, la formule assurée, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.

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

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

Lexique

Pour faciliter la lecture des différents documents relatifs à votre adhésion au contrat, nous avons défini ci-après certains termes utilisés dans ceux-ci.

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

Adhérent : personne physique légalement majeure, membre de l'Association, qui signe la demande d'adhésion, acquitte les cotisations et fait ainsi accéder aux garanties du contrat. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

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.

Année d'assurance : Période s'écoulant entre deux dates anniversaires de la date d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties portée au Certificat d'adhésion pour chaque Assuré.

Assuré : La (ou les) personne(s) garantie(s) dans le cadre de l'adhésion selon la formule souscrite.

Avenant : Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

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. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu

fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

• **Tarif de Responsabilité (TR)** pour les médicaments et autres biens médicaux.

Certificat d'Adhésion : Document émis par le Service Gestion de ECA Assurances en réponse à la demande d'adhésion qui précise l'ensemble des éléments individualisant l'adhésion au contrat. Il mentionne notamment le nom de l'adhérent et des personnes assurées, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

Conclusion de l'adhésion : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et la mutuelle. La date de conclusion est indiquée 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 en vigueur au cours de l'adhésion ou son (sa) concubin(e) notoire.

Contrat d'Accès aux Soins (CAS) : Contrat souscrit sur la base du volontariat et proposé aux médecins titulaires d'un droit de dépassement d'honoraires par lequel ils s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de dépassement d'honoraires. Il a pour objectif de favoriser l'accès aux soins des patients en leur permettant d'obtenir un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux.

Date anniversaire du contrat : date qui correspond à la date de prise d'effet du contrat (jour, mois, année). Elle peut être différente de la date d'échéance principale.

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

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

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

Echéance principale : date de renouvellement de l'adhésion (1er janvier de chaque année) et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

Enfant à charge : Il s'agit de votre ou de vos enfants fiscalement à votre charge, ou à celle de votre conjoint. La garantie cesse à leur égard, au plus tard à la fin de l'année suivant leur 21ème anniversaire ou jusqu'à leur 26ème anniversaire s'ils poursuivent

des études et sont inscrits au régime de la sécurité sociale des étudiants ou se trouvent sous contrat d'apprentissage.

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.

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

France : Il s'agit de la France métropolitaine, des départements et territoires d'outre-mer, et de la Principauté de Monaco.

Garantie : elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue, cumulées à celles des options éventuellement souscrites, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.

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

Long séjour : Unité pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et qui nécessite un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

Maternité : L'état de grossesse, l'interruption de grossesse, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Moyen séjour – Soins de suite ou réadaptation (SRR) : Unité pour les patients nécessitant des soins à leur rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale

Nous : Désigne la mutuelle.

Nomenclatures de la sécurité sociale : elles listent les actes et biens médicaux remboursables. Elles 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 de produits et Prestations (LPP) et la Table Nationale Biologie (TNB).

Nullité de l'adhésion : Sanction prévue par le Code de la Mutualité en cas de fausse déclaration intentionnelle d'un adhérent. Celui-ci perd alors le bénéfice des garanties qui étaient prévues dans le cadre de l'adhésion au contrat et les cotisations, payées ou échues, sont acquises à la mutuelle à titre d'indemnité.

Parcours de soins : Tout assuré social ou ayant-droit âgé de plus de 16 ans doit désigner un médecin traitant, qui peut être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Celui-ci centralise les informations sur son patient et l'orientera vers un spécialiste au besoin. Cette démarche assure un remboursement optimal des soins médicaux. A condition d'avoir déclaré un médecin traitant, il est possible de consulter directement certains spécialistes sans recourir à une prescription préalable du médecin traitant. Il s'agit des médecins exerçant les spécialités suivantes : l'Ophthalmologie, la Gynécologie, la Psychiatrie et Neuro Psychiatrie jusqu'à 25 ans, le Dentaire (sauf stomatologie) et la Pédiatrie. Le patient qui décide de recourir à des soins ou à des professionnels de santé en s'abstenant de solliciter son médecin traitant, lorsque la réglementation l'impose, s'expose à une baisse de ses remboursements par son Régime Obligatoire.

Régime Obligatoire (RO) : C'est le Régime Obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale Française dont relève l'assuré.

Service 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.

Sinistre : La réalisation d'un événement assuré. Constitue un seul et même sinistre l'ensemble des événements se rattachant à un même fait générateur.

Souscription à distance : La Souscription à distance désigne la souscription de l'adhésion au contrat SERENIA réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance (mailing, téléphone, Internet).

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

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

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

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

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

Vous : Désigne l'Adhérent.

Art.1 - Objet du contrat

Le contrat **SERENIA** 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 suite à une maladie, une maternité, un accident ou une hospitalisation. Les prestations assurées dans le cadre de la formule de garantie souscrite ainsi que les garanties optionnelles choisies sont définies sur votre certificat d'adhésion. Le cas échéant, selon les garanties souscrites et votre situation personnelle, les garanties proposées prévoient, à titre accessoire à la garantie principale, dite Garantie Santé, un ensemble de services et des prestations complémentaires d'assistance aux assurés.

Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'Adhérent.

Art.2 – Nature des garanties du contrat

Garanties « contrat solidaire » :

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

Garanties « contrat responsable » :

Les garanties des différentes formules du contrat **SERENIA** s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurance visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale ainsi que ses décrets d'application, dont notamment :

- la prise en charge de la participation des assurés dans les conditions définies à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale,

- la non prise en charge :

- de la majoration du Ticket Modérateur appliquée par le Régime Obligatoire dans certaines situations,
- du dépassement d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins,
- de la participation forfaitaire,
- des franchises médicales.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité, après information préalable des Adhérents.

Art.3 – Conditions d'adhésion au contrat

Pour adhérer au contrat **SERENIA**, vous devez :

- résider en France,
- être assujetti à un Régime Obligatoire de Sécurité sociale, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,
- être âgé de plus de 20 ans pour les garanties optionnelles « Capitaux décès accidentel » et « Assistance hospitalière »,
- respecter les limites d'âge d'adhésion prévues à l'article 4.

Dispositions spécifiques au contrat n° 01 01 02 0810 (Loi Madelin : Contrat réservé aux seuls Adhérents sous statut TNS souhaitant bénéficiaire de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé):

Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du Régime Obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non salariés et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des Régimes Obligatoires de base. Si vous adhérez au **contrat n° 01 01 02 0810 la prestation Allocation obsèques n'est versée à aucune des personnes assurées dans le cadre de votre adhésion** et vous ne pourrez souscrire la garantie optionnelle « Capitaux Décès Accidentel ».

Art.4 - Personnes assurées et âge limite d'adhésion

Personnes assurées

L'Adhérent, et s'ils sont désignés sur le Certificat d'Adhésion, son conjoint, ses enfants ou ceux de son conjoint. Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime Obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

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

Garanties Santé

- **Formules ECO - NECESITE - SECURITE - TRANQUILITE - CONFORT : 90 ans.**
- **Formules PRIVILEGE – SERENITE : 80 ans.**

Garanties optionnelles

- **Capitaux décès accidentel : 60 ans**
- **Assistance hospitalière : 60 ans.**

Rappel : Pour la détermination de l'âge de l'assuré, nous prenons celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion (Cf. définition âge au lexique).

Tout assuré résilié dans le cadre d'une adhésion au présent contrat ne pourra être de nouveau admis que sur accord express de la mutuelle.

Art. 5 – Souscription des garanties du contrat

Le client souhaitant s'assurer peut souscrire au contrat **SERENIA** selon les modalités proposées et mises à sa disposition par ECA Assurances : souscription par écrit sur support papier, par téléphone avec enregistrement, ou par Internet.

Art.6 – Les déclarations de l'Adhérent

6.1 – A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat **SERENIA**, vous devez, quel que soit le mode de souscription évoqué à l'article 5, 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 et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

6.2 – En cours d'adhésion

Vous devrez au plus tard dans les 15 jours :

- **nous déclarer :**

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,
- les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire de Sécurité sociale,
- les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France,

- **procéder** aux déclarations prévues pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion. Les conditions d'accès au contrat sont les mêmes que celles définies pour les assurés lors de l'adhésion.

Si les éléments modifiés constituent :

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

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 ou la réduction des prestations conformément aux dispositions du Code de la Mutualité (L.221-14 et L.221-15).

6.3 - 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 versement des indemnités prévues par votre contrat et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

6.4 – 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 lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

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

Art.7 – Conclusion, effet, durée et renouvellement de l'adhésion

7.1 – Conclusion de l'adhésion

L'Adhérent, la Mutuelle et l'association AGIS conviennent qu'en cas de Souscription à distance, les données sous forme électronique et les enregistrements téléphoniques conservés par la Mutuelle ou tout mandataire de son choix vaudront signature par l'Adhérent et lui seront opposables ; ceux-ci pourront être admis comme preuves de son identité et de son consentement relatif à la souscription de son adhésion au contrat, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, dûment acceptés par lui.

La souscription à l'assurance se fait lorsque la personne sollicitée par ECA Assurances, ayant reçu et pris connaissance de la Notice d'information d'une part, et ayant vérifié qu'elle satisfait aux conditions d'éligibilité d'autre part, donne son consentement à l'offre d'assurance.

L'adhésion au contrat est conclue et prend effet dès l'expression du consentement de l'Adhérent dans les conditions visées ci-dessous, sous réserve de l'acceptation de la souscription par la Mutuelle.

- en cas de souscription par écrit sur support papier

- à la date d'enregistrement informatique de la demande de souscription au contrat dûment complétée et signée par l'Adhérent ;

- en cas de souscription sur Internet

- à la date d'enregistrement informatique de la demande de souscription au contrat dûment complétée et signée par l'Adhérent au moyen de la procédure de souscription électronique accessible sur le site Internet de ECA Assurances ;

- en cas de souscription à l'assurance par

téléphone

- le jour de l'entretien téléphonique, enregistré avec son consentement, au cours duquel l'Adhérent a donné son accord.

L'Adhérent doit avoir reçu et pris connaissance de la Notice d'Information avant la conclusion de l'adhésion au contrat.

7.2 – Date d'effet de l'adhésion

La date d'effet de l'adhésion est mentionnée sur le Certificat d'Adhésion ainsi que sa date de conclusion. En cas de souscription à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent.

La garantie souscrite prend effet dès l'encaissement effectif de la première cotisation dont la date d'exigibilité est indiquée sur le Certificat d'adhésion et après expiration des délais d'attente évoqués à l'article 9.

7.3 - La durée, le renouvellement de l'adhésion

Sous réserve du paiement des cotisations, sauf disposition contraire indiquée aux conditions particulières, l'Adhésion au contrat est conclue jusqu'à la date anniversaire la première année. L'adhésion se renouvellera ensuite au 1er janvier de 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 8.1.

Important : Le présent contrat étant un contrat d'assurance de groupe, il n'est pas concerné par les dispositions de la loi relative à la reconduction tacite des contrats, dite loi Chatel.

7.4 – La révision du contrat et de votre adhésion

Les conditions des garanties sont définies en fonction de la législation française en vigueur à la date d'émission de votre certificat d'adhésion.

En cas de modification de cette législation de nature à mettre en cause la portée des engagements réciproques, les présentes dispositions sont susceptibles d'aménagements.

Vous aurez alors la possibilité de résilier votre adhésion au plus tard dans les 30 jours suivants la date à laquelle ils auront été portés à votre connaissance. La demande de résiliation devra être adressée par lettre recommandée à ECA Assurances. A défaut de réception de cette notification de résiliation, les nouvelles conditions de garanties seront considérées comme acceptées de votre part.

Art.8 – Résiliation de l'adhésion

8.1 - L'adhésion peut être résiliée :

Par l'Adhérent :

- **A la date anniversaire de l'adhésion, c'est-à-dire à l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance), puis ensuite à chaque échéance**

principale fixée au 1er janvier.

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

De plein droit :

- En cas de retrait de l'agrément de la mutuelle
- En cas de décès de l'Adhérent.

Par la mutuelle :

La mutuelle pourra mettre fin aux garanties, selon les modalités prévues par le Code de la Mutualité, pour les motifs suivants :

- Non paiement des cotisations,
- Réticences ou fausse déclaration du risque à l'adhésion ou en cours d'adhésion,
- Aggravation du risque (non liée à l'état de santé), en cours de contrat si l'Assuré n'accepte pas le tarif proposé,
- Fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations.

Contractuellement :

- 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.
- En fonction des options souscrites, lorsque l'Assuré atteint l'âge limite de garantie mentionné à l'article 9.

8.2 - Les modalités de la résiliation

La résiliation par l'Adhérent doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception au siège de ECA Assurances moyennant un préavis de deux mois au moins.

La résiliation par la Mutuelle sera notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

8.3 - Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les sinistres garantis nés et déclarés avant la prise d'effet de la résiliation.

Art. 9 – Prise d'effet, délais d'attente, suspension et cessation des garanties

9.1 – Effet des garanties

La garantie débute à la date d'effet mentionnée au Certificat d'Adhésion ou à l'avenant d'adhésion, à l'égard de chacun des assurés, et après expiration des éventuels délais d'attente.

La date d'effet est fixée au plus tôt le lendemain de la demande d'adhésion.

9.2 - Délais d'attente

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

| | |
|--|--------|
| Allocation frais d'obsèques Assistance Hospitalière, en cas d'hospitalisation non consécutive à un accident | 6 mois |
| Forfait maternité | 9 mois |

Ces mêmes délais d'attente s'appliquent à l'égard des membres de la famille assurés postérieurement à la date d'effet de l'adhésion, ou en cas de modification vers un niveau supérieur de la garantie.

9.3 - Suspension des garanties

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

- non paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code de la Mutualité,
- séjour hors de France de plus de 2 mois par an en une ou plusieurs périodes, ou à l'étranger dans les pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères (liste consultable auprès du Ministère des Affaires Etrangères notamment sur son site internet).

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 ou Monaco après un séjour :
- de plus de 2 mois en une ou plusieurs périodes en dehors du territoire français ;
- à l'étranger dans les pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères.

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.

9.4 - La cessation de la garantie

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, et au plus tard à son :
 - 65ème anniversaire pour la garantie optionnelle « Assistance hospitalière » ;
 - 80ème anniversaire pour la garantie optionnelle « Capitaux Décès Accidentel » ;
 - 85ème anniversaire pour la prestation « Allocation Frais d'Obsèques ».

Art.10- Cotisation

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 l'option de garantie choisie, de l'âge des assurés, du lieu de votre domicile, de la composition familiale et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du ou des Régimes Obligatoires dont vous et vos bénéficiaires relevez lors de la prise d'effet des garanties. La cotisation du troisième enfant et des suivants est gratuite, à condition que les deux premiers enfants assurés paient une cotisation en « qualité » d'enfant. La qualité d'enfant au sens de la cotisation s'acquiert en devenant assuré avant l'âge de 19 ans et se perd à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de 20 ans.

En cours d'adhésion :

Les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2 % par an jusqu'à l'âge de 70 ans, et de 4 % à partir de 71 ans. Lors du 1er renouvellement, cette revalorisation ne sera toutefois appliquée que si **l'adhésion a une durée effective minimale de 12 mois.**

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.

Votre cotisation peut varier en cas de changement du lieu de votre résidence ou du Régime Obligatoire d'un des assurés.

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

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

10.2 - Evolution des cotisations

A chaque renouvellement annuel de l'adhésion, votre cotisation pourra évoluer pour tenir compte :

- du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés,
- des résultats techniques du Contrat.

Elle pourra également évoluer immédiatement ou à l'échéance principale, en cas de modification :

- des conditions de prise en charge par la Sécurité sociale,
- des impôts et taxes qui pourraient être établis sur votre cotisation postérieurement à la souscription de votre adhésion.

ECA Assurances en informera les Adhérents par courrier.

En cas d'augmentation de la cotisation résultant d'une évolution défavorable des résultats techniques, ECA Assurances vous adressera un courrier au moins deux mois avant l'échéance principale. La nouvelle

cotisation prendra alors effet dès l'échéance principale suivant la notification faite par ECA Assurances. Vous pourrez demander le non renouvellement de votre adhésion par courrier recommandé adressé au plus tard dans les 30 jours suivant la notification à ECA Assurances.

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. Vous pourrez, sous réserve d'en faire la demande un mois au moins avant l'échéance principale, demander un changement de fractionnement de la cotisation. Cette modification prendra effet à la date du prochain renouvellement.

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 suivant son échéance, ECA Assurances pourra vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Vos garanties seront 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 - Quelles sont vos garanties ?

11.1-VOTRE GARANTIE SANTE

Notre participation, telle que prévue au sens du présent contrat, intervient sur les dépenses de santé engagées par l'assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux 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 annexé au Certificat d'Adhésion pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants et participations qui sont indiqués.

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.

Vous ne pourrez percevoir pour vous-même ou pour les membres de votre famille assurés, un remboursement dont le montant cumulé à ceux perçus par le Régime Obligatoire et la ou les éventuelles assurances complémentaires, serait supérieur à celui des frais réellement engagés, tels qu'ils figurent sur le bordereau ou la feuille de soins de la Sécurité sociale et le cas échéant, ou les factures des professionnels de santé lorsque les

frais en cause garantis ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire.

L'ensemble des garanties et renforts est souscrit obligatoirement pour les mêmes niveaux pour tous les membres de la famille.

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

1. 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 votre caisse obligatoire,
- 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.

2. Frais ne faisant pas l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire

Le montant est celui figurant sur les factures des professionnels de santé.

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.

Lorsque la prestation garantie est exprimée sous la forme « par an », « par année », ou « forfait annuel » elle s'entend par année d'assurance, selon la définition qui en est précisée au lexique ci-dessus.

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 du forfait Optique : Si l'option souscrite le prévoit, la garantie Santé comprend un forfait optique dont le montant incluant le Ticket Modérateur est mentionné au tableau des garanties. Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 ans et par bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 euros. **La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de prise d'effet de la garantie de l'adhésion de chaque assuré; tout renouvellement de l'équipement dans un délai inférieur à 24 mois suivant la d'effet de la garantie de l'adhésion ne sera pas remboursé.**

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

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

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

Allocation naissance : Si elle est prévue pour la formule de garantie choisie, une allocation est versée en cas de naissance d'un enfant de l'Adhérent, pour autant que son inscription en tant que nouvel assuré dans le cadre de l'adhésion, soit demandée au plus tard dans les deux mois suivant la date de naissance, et sous réserve que la mère du nouveau-né soit assurée dans le cadre de l'adhésion.

Plafond annuel de remboursement du poste dentaire : Le remboursement des frais engagés pour les frais dentaires fait l'objet d'une limitation, appréciée par année d'assurance. Son montant est mentionné dans le tableau des garanties correspondant à la formule de garantie souscrite joint au Certificat d'Adhésion de l'Adhérent. **Lorsque le plafond annuel de remboursement dentaire est atteint, et sous réserve que la prestation concernée soit prise en charge par le Régime Obligatoire de l'assuré, la garantie interviendra à hauteur des participations minimales précisées à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.**

Allocation Frais d'Obsèques : Cette garantie prévoit le versement d'une allocation obsèques en cas de décès d'un assuré avant l'âge de 85 ans.

Le délai d'attente prévu à l'article 9 est abrogé si le décès est consécutif à un accident ou s'il survient dans les 6 mois de l'accident.

Pour les enfants de moins de 12 ans, conformément à la législation, le montant de l'allocation obsèques est limité au montant des frais engagés pour les obsèques.

Rappel : L'allocation obsèques est prévue uniquement pour les adhésions au contrat **SERENIA n° 01 01 01 0810**, soit hors contrat Madelin.

LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ PROPOSÉS

Tiers payant :

Si ce service est prévu dans le tableau des garanties, une carte de tiers payant peut être 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.

Les Services d'Assistance Santé :

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 votre garantie assistance sont indiquées dans une notice d'information jointe au présent document.

11.2 – LA GARANTIE OPTIONNELLE ASSISTANCE HOSPITALIERE

Si elle est retenue dans le cadre de la formule de la Garantie santé souscrite, et mentionnée sur le Certificat d'Adhésion remis à l'Adhérent, la garantie optionnelle **Assistance Hospitalière** assure le versement d'une allocation quotidienne en cas d'hospitalisation garantie de l'assuré, dans un établissement de soins agréé, lorsque cette hospitalisation, d'une durée continue supérieure à 3 jours, est occasionnée par une maladie ou un accident survenant postérieurement au délai d'attente.

La garantie est due à compter du 4ème jour d'hospitalisation pour chaque tranche de 24H consécutives, au maximum pendant 180 jours pour un même événement.

Le montant de l'indemnité journalière assurée est mentionné sur le Certificat d'Adhésion.

11.3 – LA GARANTIE OPTIONNELLE CAPITAUX DECES ACCIDENT

Si elle est retenue dans le cadre de la formule de la Garantie santé souscrite, et mentionnée sur le Certificat d'Adhésion remis à l'Adhérent, la garantie optionnelle **Capitaux Décès Accident** prévoit, en cas de décès résultant des suites d'un accident d'un assuré âgé de moins de 80 ans, le versement d'un capital au bénéficiaire désigné. Le décès de l'assuré doit survenir au plus tard dans les 6 mois suivant la date de l'accident.

Le montant du capital décès assuré est mentionné sur le Certificat d'Adhésion.

Art.12 - Modification des garanties

Après un an d'adhésion, vous pourrez modifier vos garanties à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date.

L'Adhérent ayant atteint l'âge de 65 ans ne peut plus demander à bénéficier d'une augmentation de sa garantie.

La limite d'âge d'accès au contrat doit être respectée lors de la demande de changement. Les modifications de garanties s'appliquent à l'ensemble des assurés de l'adhésion.

Art.13 – Les exclusions et les limitations

IMPORTANT : Sous réserve que la prestation concernée soit prise en charge par le Régime Obligatoire de l'assuré, la garantie interviendra à hauteur des participations minimales précisées à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale en cas de :

- survenance d'un des événements mentionnés aux articles 13.1 et 13.2,
- dépassement des limitations de prise en charge prévues au à l'article 13.4.

13.1 - LES EXCLUSIONS GENERALES

Sont exclus les accidents ou maladies et leurs suites qui résultent :

- de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record ;
- d'un état alcoolique de l'assuré caractérisé par la présence dans le sang d'un taux d'alcool pur égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile française au moment du sinistre ;
- de l'usage de stupéfiants ou substances analogues, médicaments ou traitements à des doses non prescrites médicalement ;
- d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou

inconsciente ;

- de la participation active de l'Assuré à des rixes (sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger), à des crimes ou paris de toute nature ;
- d'une guerre étrangère ou civile ;
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés 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).

13.2 - LES EXCLUSIONS RELATIVES A LA NATURE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE HOSPITALIER

Nous ne garantissons pas l'indemnisation des frais hospitaliers dans les établissements, unités ou services suivants :

- hélio-marins ou de thalassothérapie ;
- long et moyen séjour ;
- gériatrie, retraite, hospices ou les centres pour personnes âgées dépendantes ;
- cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
- établissements médico-sociaux.

En outre, nous ne remboursons pas les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident.

13.3 - LES EXCLUSIONS RELATIVES AUX FRAIS ET TRAITEMENTS SUIVANTS

Nous ne garantissons pas :

- les frais engendrés par des soins commencés ou prescrits antérieurement ou postérieurement à l'adhésion, ou pendant le délai d'attente (cf. Article 9) ;
- tous les frais facturés par les établissements ou secteurs d'établissements pour lesquels le Régime Obligatoire ne prend pas en charge les frais d'hébergement ;
- le forfait journalier en cas de séjour en unité ou centre de soins de longue durée, en établissements et services qui accueillent des personnes âgées, ainsi qu'en établissements médico-sociaux ;
- les frais de prothèses et/ou appareillages dentaires provisoires.

13.4 - LES LIMITATIONS DE LA GARANTIE SANTE

Quelle que soit la formule souscrite, des limitations de remboursements sont prévues. En conséquence, la prise en charge de la Mutuelle sur la base des garanties de l'option souscrite

et mentionnées dans le tableau des garanties est limitée comme suit :

- les séjours en service spécialisé sont limités à 90 jours par an et par personne,
- les frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 14 ans sont limités à 10 jours par an et par enfant,
- la prise en charge des consultations de psychiatrie et neuropsychiatrie est limitée de 6 par an et par assuré,
- sauf si les frais sont consécutifs à un accident, pour les options Sécurité, tranquillité, Confort, Privilège et Sérénité, les prestations sont limitées pour l'ensemble des frais liés à une hospitalisation, aux garanties de l'option Nécessité pendant les 6 premiers mois d'adhésion,
- le versement de l'allocation hospitalière journalière au titre de la garantie optionnelle Indemnité hospitalière est limité à 180 jours pour la même pathologie ou le même accident.

13.5 - LES EXCLUSIONS RELATIVES A LA GARANTIE CAPITAUX DECES ACCIDENT

Outre les exclusions prévues au 13.1 de la présente notice d'information, ne donnent pas lieu à indemnisation par l'Assureur, le décès de l'Assuré résultant directement ou indirectement :

- d'une maladie,
- d'un accident relevant du fait intentionnel de l'Assuré ou du bénéficiaire,
- du suicide ou d'une tentative de suicide de la part de l'Assuré, ou encore d'un état de démence,
- d'un accident survenant lorsque l'assuré conduit un véhicule terrestre à moteur sans être titulaire du permis de conduire en état de validité exigé par la réglementation en vigueur,
- d'un accident de la navigation aérienne survenant alors que l'assuré se trouvait à bord d'un appareil en une qualité autre que celle de simple passager de ligne régulière ou « charter » dûment agréée pour le transport payant de voyageur, ou encore dont le pilote ne disposait pas des qualifications nécessaires,
- d'accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, raids, vols sur prototype, courses, acrobaties, tentatives de records, ou vols d'essais,
- de la pratique ou de l'enseignement à ou par l'assuré d'un sport à titre professionnel ou sous contrat rémunéré,
- de la participation de l'assuré à une course amateur nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur terrestre, aérien ou aquatique,
- de l'explosion ou de la fission du noyau de l'atome ou de radiations ionisantes,
- de la pratique de sports ou activité de loisirs

suivants : les sports de neige ou de glace (le bobsleigh, la luge, le hockey sur glace, le saut à ski), le skeleton, la pêche ou la plongée sous-marine au-delà de 20 mètres, le vol à voile, l'ULM, le parapente, le parachutisme, le delta-plane, la spéléologie, le canyoning, les sports en eau vive, le rafting, l'alpinisme, l'escalade, la varappe, le saut à l'élastique, les sports de combat.

EN AUCUN CAS LE VERSEMENT DE PRESTATIONS, MÊME EFFECTUÉ À PLUSIEURS REPRISES, NE SAURAIT CONSTITUER UNE RENONCIATION DE LA MUTUELLE À L'UNE DES EXCLUSIONS DE GARANTIES PRÉVUES AU CONTRAT.

Art.14 - Territorialité

La garantie du contrat s'exerce en France.

Elle s'étend pour la **Garantie santé** aux accidents et maladies, aux hospitalisations survenues à l'étranger lorsque le Régime Obligatoire de l'Assuré s'applique et que les séjours en dehors de France ne dépassent pas 2 mois par an en une ou plusieurs périodes.

Art.15 – Comment obtenir le règlement de vos prestations ?

15.1 – LES DOCUMENTS QUE VOUS DEVEZ NOUS TRANSMETTRE

Pour le remboursement des dépenses de santé :

Lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec sa Caisse d'Assurance Maladie, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à nous transmettre sont les suivants :

Hospitalisation : l'original du décompte de la Sécurité sociale * ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.

La médecine courante, la pharmacie, les frais de transport, les prothèses et les appareillages (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques,...) : l'original du décompte de la Sécurité sociale *.

Le dentaire : l'original du décompte de la Sécurité sociale *. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes.

L'optique : l'original du décompte de la Sécurité sociale * ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien pour les lentilles prescrites non remboursées. En cas de renouvellement de l'équipement d'optique dans le cadre d'une évolution de la vue, le remboursement se fera sur présentation, soit de la nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit de la

prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien.

Chirurgie réfractive des yeux : la prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier.

Appareillage (prothèse auditive, prothèse orthopédique, prothèse capillaire, gros appareillage) : l'original du décompte de la Sécurité sociale*, ainsi que la facture détaillée acquittée.

Cure thermale : la facture des frais de transports (copie billet de train, avion), et des frais d'hébergement (hôtel, ou locations diverses : camping, gîte, etc.).

Consultation de praticien de la santé non remboursée par le Régime Obligatoire : la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.

Allocation naissance : une copie de l'acte de naissance ou une copie du livret de famille ainsi que l'attestation papier VITALE notifiant son inscription au Régime Obligatoire. L'allocation naissance est versée sous réserve que la mère du nouveau-né soit elle-même assurée dans le cadre de l'adhésion.

Pharmacie, produits et fournitures non remboursés par le Régime Obligatoire : la copie de la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée.

*** ou l'original du décompte de remboursement de votre régime complémentaire, dans le cas où vous auriez déjà obtenu un remboursement de ce dernier.**

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.

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, sous peine de déchéance.

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

Pour le paiement des autres garanties

L'Allocation Hospitalière : L'assuré ou toute personne agissant en son nom, est tenu de déclarer son admission dans un établissement hospitalier au plus tard dans les dix jours ouvrés où il en a eu connaissance sauf en cas de force majeure.

Dès que l'assuré est sorti de l'établissement il doit faire parvenir à ECA Assurances, un bulletin d'hospitalisation ou tout autre document justificatif indiquant les dates d'entrée et de sortie de cet établissement.

L'assuré devra également transmettre un certificat médical précisant la ou les causes de son hospitalisation.

Sous peine de déchéance du droit aux prestations, ces justificatifs doivent parvenir à

ECA Assurances au plus tard trois mois après la fin de l'hospitalisation. Le Médecin conseil de ECA Assurances se réserve le droit de demander tous les renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident qui a nécessité l'hospitalisation et éventuellement faire examiner l'assuré par un médecin de son choix.

L'allocation Frais d'Obsèques : Le décès d'un assuré doit être déclaré au plus tôt par le bénéficiaire qui devra communiquer à **ECA Assurances** tous les justificatifs nécessaires à l'instruction du dossier et notamment un acte de décès, officiel mentionnant les noms et prénoms du défunt, sa date de naissance, la date et l'heure de son décès et la facture acquittée des frais d'obsèques.

L'assureur se réserve le droit de demander tout renseignement complémentaire nécessaire à la vérification du décès et de sa cause exacte.

Les Capitaux décès accidentel : sauf cas fortuit ou de force majeure le bénéficiaire doit déclarer, sous peine de déchéance du droit aux prestations, le décès de l'Assuré dans un délai maximum de 90 jours à ECA-Assurances BP 83 92115 Clichy Cedex. En cas de non déclaration ou de déclaration tardive, les garanties ne seront pas accordées, à moins de pouvoir justifier que, par suite d'un cas fortuit ou de force majeure, la déclaration dans le délai imparti a été rendue impossible. La preuve du caractère accidentel du décès incombe au(x) bénéficiaire(s). Le(s) bénéficiaire(s) devra(ont) adresser les documents et pièces justificatives suivants :

- un certificat médical indiquant la date, les circonstances, et la cause exacte du décès,
- un Acte de Décès,
- une copie du Procès - verbal de gendarmerie ou de police,
- toute preuve de l'accident, de sa cause et de sa date (articles de journaux, témoins et ...),
- les pièces établissant la qualité du bénéficiaire en cas de décès et les nom et adresse du notaire chargé de la succession.

L'assureur se réserve le droit de demander tout renseignement complémentaire nécessaire à la vérification du décès et de sa cause exacte.

15.2 – CONTROLE DES DEPENSES – CONTROLE MEDICAL

Nous nous réservons la possibilité de demander aux assurés :

- tous renseignements ou documents dont nous jugerions utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces 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. Toute pièce médicale doit être adressée sous pli

confidentiel au Médecin-conseil de ECA Assurances. **L'assuré s'engage à transmettre les documents demandés et à se soumettre aux expertises médicales jugées nécessaires par la mutuelle, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.**

15.3 - ARBITRAGE

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'assuré et nous, 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 3e médecin et des frais de sa nomination.

15.4 - LES MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le paiement des prestations, quelle qu'en soit la nature, est toujours effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

Dépenses de santé

A l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le paiement des prestations est toujours établi à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des assurés.

Assistance hospitalière

Le paiement des indemnités prévues au titre de la garantie optionnelle Assistance Hospitalière sera effectué par ECA Assurances dans les 15 jours suivant la réception de toutes pièces s'il y a lieu. En cas d'Hospitalisation de plus de 30 jours, l'allocation sera versée chaque fin de mois.

Allocation obsèques

Cette allocation sera versée, en cas de décès :

- **de l'adhérent** : à son conjoint survivant non séparé de corps et de fait, ou à son partenaire lié par un PACS, ou à son concubin(e) reconnu, à défaut, par parts égales, à ses enfants nés ou à naître, légitimes, reconnus ou adoptifs, à défaut, par parts égales, à ses ascendants ou au survivant d'entre eux, à défaut, ses ayants droits ;

- **du conjoint ou d'un enfant assuré**, désigné sur l'acceptation d'adhésion : à l'adhérent ;

De même pour les enfants de moins de douze ans, l'indemnisation des frais funéraires sera conditionnée à la présentation de la facture des frais funéraires et sera versée à l'adhérent, même si ces frais ont été acquittés par une tierce personne.

Capitaux Décès Accident

Le paiement des prestations prévues au titre de la garantie optionnelle Capitaux Décès Accident est effectué par ECA Assurances au(x) bénéficiaire(s).

Le(s) bénéficiaire(s) des capitaux décès : A l'adhésion, vous pouvez désigner le(s) bénéficiaire(s) sur la demande d'adhésion. Vous pouvez modifier à tout moment votre désignation bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. La désignation bénéficiaire peut être faite sous seing privé (exemple : lettre) ou par acte authentique (exemple : testament chez un notaire). Dans tous les cas, vous devez nous envoyer une lettre datée et signée nous informant de cette nouvelle désignation bénéficiaire. En l'absence de désignation valable au jour du décès, le contrat prévoit le versement du capital décès en priorité au conjoint de la personne assurée, non séparé de corps judiciairement, à défaut, au partenaire avec lequel l'assuré est lié par un Pacte civil de solidarité, à défaut, aux enfants légitimes, reconnus ou adoptés, vivants ou représentés, de l'assuré, par parts égales, à défaut, au père et à la mère de l'assuré, par parts égales, ou au survivant d'entre eux, à défaut aux héritiers de l'assuré. Si cette clause ne convient pas, précisez celle de votre choix sur papier libre.

Conséquences possibles de l'acceptation du bénéficiaire : Dès lors qu'un bénéficiaire accepte le bénéfice du capital assuré, sa désignation devient irrévocable. Pour être valable, l'acceptation doit obligatoirement être faite soit, par avenant signé de l'assureur, l'assuré et le bénéficiaire, soit par acte authentique ou sous seing signé privé de l'assuré et du bénéficiaire. Dans ce cas, elle n'a d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit.

Art.16- 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°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.17 - Subrogation

L'Assuré ou ses ayants-droit conservent leur droit de recours contre tout responsable.

Toutefois, si la Mutuelle a payé une indemnité au titre des frais de soins, elle se substitue à l'Assuré dans ses droits et obligations et jusqu'à concurrence de cette indemnité, contre tout responsable.

Art.18 - Informatique & 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 pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition pour 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 : ECAAssurances – 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.19 - Les réclamations - La médiation

Votre adhésion au contrat SERENIA 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.cscs.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 Vaurigard - 75015 PARIS.

qui traitera votre réclamation en vous apportant

une réponse le plus rapidement possible. Dans sa réponse, la mutuelle vous communiquera les coordonnées du Médiateur qui peut être saisi après épuisement des procédures internes.

Le Médiateur ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée.

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.20 - Autorité de tutelle

Pour les Mutuelles ayant leur Siège en France, l'autorité de tutelle est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) – 61 rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09.

Art.21 – 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 de la conclusion du contrat, pour renoncer à votre souscription, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Toute clause par laquelle l'adhérent abandonne son droit de rétractation est nulle (L121-21 du Code de la Consommation).

• **En cas de vente à distance**

Si votre adhésion est souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (articles 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 de la date de conclusion de votre adhésion (envoi des documents contractuels par ECA-Assurances).

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 ciaprès.

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 SERENIA (indiquer 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.

Fait à Le

Signature de l'Adhérent

Art.22 – Gestion électronique des documents

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

Art. 23 - Garantie Assistance

Dans le cadre de votre adhésion au contrat SERENIA, vous bénéficiez de la garantie assistance.

Les prestations d'assistance accordées aux bénéficiaires sont présentées dans les conventions d'assistance n°1390 et 1391 souscrites par MPGS marque de la MIP auprès de la GARANTIE ASSISTANCE.