

Notice d'information relative au contrat collectif à adhésion facultative TONUSSIA sous le N° 01 01 01 08 23.

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 désignée « l'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. Ci-après désignée « la Mutuelle »

Le contrat TONUSSIA a été négocié par ECA - Assurances qui en assure la diffusion et la commercialisation à titre exclusif, via ses propres réseaux commerciaux et un réseau d'intermédiaires partenaires.

Le contrat est souscrit dans le respect du Code de la Mutualité et des statuts, règlement intérieur et règlement mutualiste de la Mutuelle, l'ensemble formant un tout indissociable.

La loi applicable est la loi française.

Votre adhésion au contrat est :

- régie par les dispositions qui suivent dans le présent document et par le Code de la mutualité. La langue française sera d'usage dans nos relations, tout au long de la vie de votre adhésion au contrat ;
- 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 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

La gestion de votre adhésion est effectuée 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) – Email : relationsclients@eca-assurances.com – RCS Nanterre : B 402 430 276, dénommée ci-après « ECA - Assurances »

Lexique

Pour vous faciliter la lecture de ce document, nous avons défini ci-après certains termes fréquemment utilisés dans le texte de la présente notice d'information ou le tableau des garanties.

Accident

Par accident il faut entendre toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent

Il s'agit de la personne physique ou morale, membre de l'Association qui signe le certificat d'adhésion au contrat, acquitte les cotisations, et ainsi fait accéder aux garanties du dit contrat.

Age

On entend par âge, l'âge atteint par l'adhérent ou l'assuré au 31 décembre de l'année considérée. Dans ce cadre, le calcul de l'âge est obtenu par la différence entre le millésime de l'année considérée et celui de l'année de naissance.

Exemple : Vous êtes né le 21 février 1960. L'âge pris en considération au cours de l'année 2007 sera de 47 ans (2007 - 1960 = 47).

Année d'assurance

Période s'écoulant entre deux dates anniversaires de la date d'effet.

Année (...de Bonus de fidélité)

Période de 12 mois de garantie dans l'option choisie. La première débutant à partir de la date d'effet fixée pour chaque assuré.

Assuré

Toute personne qui bénéficie de la garantie souscrite dans le cadre de l'adhésion, y compris l'adhérent.

Base de Remboursement - BR -

L'ensemble des tarifs de base utilisés par le Régime obligatoire pour le calcul de ses remboursements.

Bonus de fidélité

Majoration de la prestation qui selon la durée de vie de l'option souscrite, s'ajoute à la prestation de base initiale.

Conclusion (...de l'adhésion)

L'adhésion est conclue par l'envoi, au domicile de l'adhérent, des conditions contractuelles (Certificat d'adhésion et Notice d'information) par le Gestionnaire.

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.

Date de conclusion du contrat

Date d'édition du certificat d'adhésion (ou de signature en cas de démarchage à domicile) ou des conditions particulières.

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.

Dépassement d'honoraires

Partie des honoraires dépassant les tarifs de référence du Régime Obligatoire.

Echéance principale

Echéance annuelle fixée la première fois 12 mois après la prise d'effet des garanties (date anniversaire) puis ensuite au 31/12/de chaque année.

Enfant (...à charge)

Il s'agit de votre ou vos enfants fiscalement à votre charge, ou celle de votre conjoint. La garantie cesse à leur égard 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.

Hospitalisation

Séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Long séjour

La notion de long séjour peut se définir quant à la durée plus ou moins longue de l'hospitalisation, quant au degré de dépendance de la personne hospitalisée et selon qu'elle soit sous surveillance continue ou non.

Maladie

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

Maternité

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

Nous

Il s'agit de nous même, l'Assureur.

Nomenclature (...des actes de la Sécurité sociale)

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables. Elles servent de base pour les calculs des remboursements des Régime obligatoire et complémentaire. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

Régime Obligatoire - RO

Le Régime Obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale auprès duquel est affilié l'assuré.

Tarif de convention-Tarif de responsabilité

Il s'agit des tarifs servant de base au calcul du remboursement du régime obligatoire.

Tarif d'autorité

Tarif servant de base au calcul du remboursement du Régime obligatoire pour les actes pratiqués par des professionnels de santé relevant du secteur non conventionné.

Ticket modérateur - TM

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

Vous

Il s'agit de vous, adhérent, souscripteur de l'adhésion au contrat.

PREAMBULE

Votre adhésion au contrat TONUSSIA a pour objet de vous permettre de bénéficier, et, le cas échéant, les membres de votre famille, de la prise en charge totale ou partielle des dépenses de santé.

Les prestations assurées de la formule de garantie que vous avez choisie sont définies sur votre Certificat d'adhésion.

ART 1 - LA NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT

Le contrat TONUSSIA 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 ne s'inscrivent pas dans le cadre du dispositif législatif, relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé, dits « contrat responsable » défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets d'application et arrêtés.

ART 2 - QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?

Pour adhérer au contrat, vous devez être:

- Membre de L'Association,
- Assujetti à un Régime Obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,
- Âgé de moins de 66 ans.

ART 3 - CONCLUSION, EFFET ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

3.1 - La date d'effet, la durée et le renouvellement de votre 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.

• Elle est ensuite renouvelée annuellement par **tacite reconduction** à l'échéance principale fixée au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation par vous ou nous, dans les cas et selon les modalités précisées aux articles 4.2 et 4.3 ci-après.

• A l'exception des garanties qu'il est prévu de faire cesser à un âge déterminé, et des situations visées aux articles L.221-7, L.221-14, et L.212-21 du Code de la Mutualité, l'adhésion est viagère dès sa prise d'effet.

3.2 - La révision du contrat et de votre adhésion

Les conditions des garanties sont définies en fonction de la législation sociale 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 la résiliation, les nouvelles conditions de garanties seront considérées comme acceptées de votre part.

3.3 - La résiliation de votre adhésion

• A l'initiative de l'adhérent :

Vous avez la possibilité de demander la résiliation de votre adhésion :

▪ A la date du premier anniversaire de votre adhésion ainsi qu'à chaque échéance principale, selon les dispositions de l'Article 4.1, moyennant un préavis de 2 mois.

▪ En cas d'augmentation de la prime résultant d'une révision du tarif dans les conditions prévues par l'article 8.2

▪ 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.

Votre notification de résiliation doit être adressée par lettre recommandée à

ECA-Assurances - Service résiliation
92/98 boulevard Victor Hugo BP 83
92115 CLICHY

• A l'initiative de la Mutuelle :

La résiliation peut intervenir en cas :

▪ D'aggravation du risque dans les conditions prévues à l'article 8.2;

▪ 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 communiquée par lettre recommandée adressée ECA Assurances à votre dernier domicile connu. La date d'envoi constituera le point de départ du préavis.

• Elle intervient 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 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 retrait de notre agrément de 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 la prochaine 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.

ART 4 - LA DUREE DE LA GARANTIE

4.1 - Le début de la garantie et le délai d'attente

• **Le début de la garantie** : La garantie débute à l'égard de l'assuré, après expiration du délai d'attente éventuel, décompté à partir de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion ou l'avenant d'adhésion.

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

• **Le délai d'attente** : La garantie ne comporte pas de délai d'attente pour l'ensemble des prestations assurées, sauf :

- 10 mois pour le Forfait naissance en cas de maternité de l'assurée,
- **6 mois** pour l'allocation Frais d'obsèques,
- **12 mois** pour les traitements par psychothérapie et psychanalyse, les consultations, visites et hospitalisations liées aux affections psychiatriques et neuropsychiatriques.

4.2 - La 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.

4.3 - La cessation de la garantie

Toutes les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion, à l'exception de certaines garanties qui peuvent cesser en fonction de l'âge de l'assuré.

La garantie cesse à l'égard de chacun des assurés, - au plus tard en même temps que celle de l'adhérent, sauf en cas de décès;

- et, au plus tôt, dès qu'il ne répond plus à la définition des personnes assurées selon les dispositions de l'article 10.1.

ART 5 - VOS GARANTIES

Sauf dispositions spécifiques mentionnées sur le certificat d'adhésion ou le tableau des garanties, les garanties et prestations assurées correspondantes sont généralement exprimés en pourcentage des bases de remboursement du Régime Obligatoire et pour les prestations forfaitaires en euros.

Les montants des remboursements et des prestations assurées sont mentionnés sur le tableau des garanties joint au certificat d'adhésion.

Selon les garanties, elles peuvent prévoir, en fonction de la durée de la période de garantie, sous la forme de bonus fidélité, une majoration de la prestation initialement prévue, ou de nouvelles prestations assurées.

ART 6 - VOS COTISATIONS

6.1 - 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 :

Les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2% par an jusqu'à l'âge de 65 ans, et de 3% à partir de 66 ans. Lors du premier renouvellement, cette revalorisation ne sera toutefois appliquée que si **l'adhésion à 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 évoluer en cas de changement:

- du lieu de votre domicile,
- 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 modalités pratiques du calcul de l'âge sont expliquées au lexique.

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.

6.2 - L'évolution 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 à l'article 7.1 :

- Évoluera en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

- Pourra également évoluer :

- en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions au contrat
- pour tenir compte du contexte évoqué à l'article 4.2 suite à une modification de la réglementation postérieure à la souscription de votre adhésion.

- 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.

6.3 - 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.

6.4 - 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, nous pourrons, indépendamment de notre 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 7 - LA VIE DE VOTRE ADHESION

7.1 - A l'adhésion

Lors de la demande d'adhésion, pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat ECA-TONUSSIA, 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 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.

Pour être assuré, chacune des personnes à assurer doit être, lors de la prise d'effet de la garantie:

- assujettie à un Régime Obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit et pouvoir bénéficiaire à ce titre des prestations en nature,
- et, âgée de moins de :
 - 65 ans pour l'adhérent et son conjoint,
 - 20 ans pour les enfants à charge.

Pour la détermination de l'âge de l'assuré, nous prenons celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

7.2 - 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 ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire,
 - les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine et des DOM-TOM.

Si les éléments modifiés constituent :

- une aggravation de risque (hors problème de santé), nous pourrons, 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 préavis de 10 jours.

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

- procéder aux déclarations prévues pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion. Les conditions d'accès à l'assurance sont

les mêmes que celles définies pour les 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 l'application suivant les cas, des articles L.221-14 (nullité de l'adhésion) et L.221-15 (réduction des indemnités) du Code de la Mutualité.

7.3 - Modification des modalités de garantie en cours d'adhésion

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 (l'assuré ayant atteint l'âge de 65 ans ne peut plus demander à bénéficier d'une augmentation de garantie);
- La suppression d'une personne assurée.
- Un changement de fractionnement de la cotisation.

7.4 - 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.

7.5 - 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 courrier postal, ou à défaut, confirmées par vous-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informée 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 8 - LA NOTICE D'INFORMATION

Conformément à la législation, nous vous remettons, préalablement à votre adhésion au contrat, une notice d'information qui constitue le présent document. Cette notice d'information vous précise les modalités d'application et du fonctionnement de votre adhésion au contrat. Elle est également consultable sur notre site internet : www.eca-assurances.com

ART 9 - L'OBJET DE VOTRE GARANTIE

La garantie permet aux assurés d'obtenir le remboursement de tout ou partie de leurs dépenses médicales et chirurgicales consécutives à une maladie, un accident ou une maternité ainsi que de celles relatives à des actes de prévention.

Elle prévoit également le versement d'une indemnité en cas de décès d'un assuré avant l'âge de 85 ans.

La garantie Santé est complétée par la mise en œuvre d'un ensemble de services.

9.1 - Les personnes assurées

Bénéficiaire, en tant qu'assuré, des remboursements de la garantie Santé et des services associés proposés:

- Vous même en tant qu'adhérent,
- et le cas échéant, votre conjoint et les enfants à charge pour lesquels vous aurez demandé la garantie dans les conditions prévues aux articles 8.1 et 8.2.

Les personnes assurées sont désignées sur le certificat d'adhésion ou, le cas échéant, sur l'avenant d'adhésion.

9.2 - 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, 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'assurance pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants 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.

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.

9.3 - Le remboursement de vos dépenses de santé

• Nos remboursements viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les assurés pourraient être garantis.

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

• Vous ne pourrez percevoir pour vous-même ou pour les

membres de votre famille assurés, un remboursement 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.

- S'il en est fait mention dans le tableau des garanties de la formule assurée, notre garantie peut prévoir le versement de prestations ou d'allocations forfaitaires en cas de maternité ou de décès.

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 Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

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.

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 (cf. définition au lexique)

9.4 - Le paiement de l'allocation Frais d'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.

Le paiement est effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français, sur transmission à ECA Assurances du bulletin de décès et de la facture des frais d'obsèques.

ART 10 - LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

10.1.1 - 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).

10.1.2 – Sont également exclus :

- les pénalités résultant du non-respect du Parcours de soins,

- la majoration du ticket modérateur à la charge des bénéficiaires en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant

- les dépassements et majorations liés au non respect du parcours de soins ;

- les actes et prestations pour lesquels le bénéficiaire n'aurait pas accordé l'autorisation au professionnel de santé de consulter son dossier médical personnel et de le renseigner.

- la contribution forfaitaire par acte médical à la charge de l'Assuré (1 € au 1er janvier 2013),

- l'application des franchises médicales :

- 0,50 € par boîte de médicaments,

- 0,50 € par acte paramédical à l'exception de ceux pratiqués au cours d'une hospitalisation,

- 2,00 € par au transport sanitaire.

10.2 - Les exclusions relatives à la nature de l'établissement ou du service.

Nous ne garantissons pas les frais engagés pour le séjour dans les établissements ou services suivants:

- hélio-marins ou de thalassothérapie ;

- 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 ;

10.3 - 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 ;

- les frais de chambre particulière en cas d'hospitalisation en secteur de psychiatrie ou neuropsychiatrie,

- 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 ;

- tout frais non consécutif à un accident, facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique;
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
- les interventions ayant pour but de remédier à des maladies ou infirmités congénitales, ainsi que leurs suites, sauf pour les nouveau-nés sous réserve que l'enfant soit déclaré au contrat dans les 30 jours suivant sa naissance.
- Les consultations et visites de psychiatre ou de neuropsychiatre au delà de 6 consultations par an et par assuré ;
- Par ailleurs, les frais d'hospitalisation pour le traitement des affections mentales ou psychiatriques seront limités pour chaque assuré à 90 jours pour toute la durée de vie de l'adhésion.

10.4 - Les limitations de garantie

La prise en charge de la Mutuelle sur la base des garanties de la formule souscrite et mentionnées dans le tableau des garanties est limitée comme suit :

- les consultations, visites et hospitalisations réalisées dans le cadre de la prise en charge de traitement des affections mentales, psychiatriques ou neuropsychiatriques, sont limitées à 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale y compris le remboursement du Régime Obligatoire,
- les frais d'hospitalisation pour le traitement des affections mentales ou psychiatriques sont limités pour chaque assuré à 90 jours pour toute la durée de vie de l'adhésion.

ART 11 - LES SERVICES COMPLEMENTAIRES

Si elle est prévue 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.

ART 12 - COMMENT OBTENIR LE REGLEMENT DE VOS PRESTATIONS ?

12.1 - La télétransmission avec votre caisse d'assurance maladie

Dans les départements où nous avons signé un accord avec une caisse d'assurance maladie, les assurés pourront bénéficier d'un système simplifié pour le remboursement de leurs dépenses de santé.

- Directement relié aux services informatiques des différentes caisses, ECA Assurances effectuera un traitement simultané du calcul de la participation complémentaire au remboursement des frais exposés et effectuera le paiement correspondant. Ainsi, les assurés ne transmettront pas le décompte des prestations du Régime Obligatoire (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.

Si vous même et les membres de votre famille bénéficiaires ne souhaitent pas bénéficier de cette possibilité, vous devez le préciser par écrit à ECA Assurances.

12.2 - Les documents que vous devez transmettre

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, ECA Assurances pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles figurant dans le tableau ci-dessous.

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 pour obtenir le remboursement des dépenses de santé sont mentionnées dans le tableau ci-après.

Les demandes de remboursements 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.

- L'hospitalisation : L'original du décompte de la Sécurité sociale* ou les originaux des factures de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation des actes.
- Les frais de transport : L'original du décompte de la Sécurité sociale* et la facture acquittée.
- 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.
- La médecine courante : L'original du décompte de la Sécurité sociale* et le justificatif de paiement.
- La pharmacie : L'original du décompte de la Sécurité sociale ou la facture détaillée du pharmacien*.
- Les prothèses et les appareillages (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques, etc) : L'original du décompte de la Sécurité sociale*, la facture détaillée.

• La maternité : Un extrait d'acte de naissance de l'enfant de l'adhérent ou la copie du livret de famille pour obtenir le versement d'un forfait pour chaque naissance ou adoption.

Le forfait naissance est alloué que si la mère est assurée au contrat.

- Consultation de praticien de la santé non remboursée par le Régime Obligatoire : La note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.
- La prévention : La prescription médicale et la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.

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

12.3 - Contrôle des dépenses-Contrôle médical

Nous nous réservons la possibilité de demander aux assurés:

. tous renseignements ou documents dont nous jugerions utiles 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.

12.4 - 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'assuré, 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.

ART 13 - TERRITORIALITE

La garantie ne concerne que les assurés résidant durablement en France métropolitaine ou les DOM-TOM.

Toutefois, la garantie Santé portant sur le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation, de votre contrat est acquise dans le monde entier pour les assurés, à partir du moment où le Régime Obligatoire intervient.

ART 14 - LES RECLAMATIONS - LA MEDIATION

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 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 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 221-12 : 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 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

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.

Veuillez 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 17 - LA SUBROGATION

Conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, l'assuré bénéficiaire des prestations nous donne subrogation pour exercer son recours, en cas de sinistre, contre les tiers responsables jusqu'à concurrence des prestations et indemnités versées en application des garanties prévues dans le cadre de l'adhésion.

ART 18 - AUTORITE 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 19 - VOS POSSIBILITES 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).

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (articles L 221-18 du Code de la Mutualité), l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent. Dans ce cadre, et conformément aux textes précités, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour se rétracter à compter.

- soit du jour où le contrat est conclu ;
- soit du jour où l'adhérent reçoit 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 Cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre ci-après. La cotisation dont l'adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale au contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.

En cas de renonciation :

- Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à la Mutuelle les montants perçus dans un délai de 30 jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle 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 TONUSSIA (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 20 – GESTION ELECTRONIQUE DES DOCUMENTS

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