

Notice d'information AvantAge Santé Senior Référence : NI-AVANTAGE-2013/04

Notice d'information relative au contrat collectif à adhésion facultative AvantAge souscrit sous les N° 0ZC00 0001 pour les personnes relevant du régime général et sous le N° 0ZC00 0002 pour les personnes relevant du régime des travailleurs non salariés dit TNS loi Madelin :

• par l'Association Lafayette Patrimoine & Epargne (A.L.P.E), association loi 1901, déclaration à la préfecture de Paris n°W751208250 - Siège : 92/98 Boulevard Victor Hugo – 92110 CLICHY, dénommée ci-après « Association »

• auprès de la société AREAS DOMMAGES, Société d'Assurances Mutuelle à cotisations fixes régie par le code des Assurances, siège 47/49 rue de Miromesnil – 75380 Paris Cedex 08, désignée ci-après « La Mutuelle ».

Le contrat AvantAge a été souscrit par ECA Assurances qui le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires.

La gestion des adhésions au contrat AvantAge, par délégation de la Société AREAS, est effectuée par ECA-Assurances, ci-après désigné ECA-Assurances – société anonyme de gestion et de courtage d'assurances au capital de 1 009 000 € -Siège social : BP 83 - 92115 CLICHY - RCS NANTERRE B 402 430 276.

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 des Assurances. En accord avec l'Association et vous-même, nous nous engageons à utiliser la langue française. Elle est 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.

La gestion de votre adhésion est effectuée par :

ECA - Assurances (SA de courtage d'assurances au capital de 1 009 000 € enregistrée au Registre des Intermédiaires en Assurance (ORIAS) sous le numéro 07 002 344 - Siège social: 92/98 bd Victor Hugo – 92110 Clichy - R.C.S. Nanterre B 402 430 276 - APE 6622 Z). ECA-Assurances, qui agit en tant que mandataire de la Mutuelle, est dénommé ci-après «ECA - Assurances».

Titre I. Le contrat et votre adhésion

ART 1 - QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ET DE VOTRE ADHESION ?

Votre adhésion au contrat AvantAge 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 2 - LA NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT

Garanties « contrat solidaire » : L'accès au contrat et à ses garanties 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 s'inscrivent 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.

En conséquence, elles ne remboursent pas :

- la contribution forfaitaire par acte médical prélevée par le Régime obligatoire,
- les majorations de ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins coordonnés,
- le dépassement d'honoraires autorisé des médecins spécialistes consultés hors du parcours de soins,

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 - 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 plus de 54 ans et de moins de 91 ans pour les formules Avantage 150 et Avantage 200,
- de plus de 54 ans et de moins de 80 ans pour la formule Avantage 250,
- et de plus de 54 ans et moins de 71 ans pour la formule 300 (respecter les âges limites Article 8).

Dispositions spécifiques au contrat N° 0ZC00 0002 (Contrat réservé aux seuls adhérents sous statut TNS loi Madelin souhaitant bénéficier 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 non agricoles 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.

ART 4 - LA DUREE DE VOTRE ADHESION

4.1- La date d'effet, la durée et le renouvellement de votre adhésion

Votre adhésion est parfaite dès la conclusion de l'adhésion et l'acquittement de tout ou partie de la cotisation. La conclusion de votre adhésion s'effectue sur les bases de durée suivantes :

• Elle prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion et, sauf accord particulier de la Mutuelle, au plus tôt le 1er jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion, et se poursuit jusqu'à l'échéance anniversaire suivante, sous réserve du paiement de vos cotisations.

• 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, l'adhésion est viagère dès sa prise d'effet.

4.2- 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. Les révisions induites par les évolutions de la Loi du 13 août 2004 (Cf. Art 2) ne sont pas concernées par ces dispositions.

4.3- 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 annuelle, 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 Régime obligatoire ou de domicile si les garanties en relation avec la situation antérieure ne correspondent plus à votre nouvelle situation. La demande de résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la date de l'événement et prend effet un mois après la réception de votre notification.

Votre notification de résiliation doit être adressée par lettre recommandée à l'adresse suivante :

ECA Assurances - BP 83 – 92115 Clichy Cedex.

ECA Assurances se réserve la possibilité de demander aux assurés tous documents dont il jugerait utile de disposer pour

l'appréciation du bien-fondé de la demande de résiliation.

• A l'initiative de la Mutuelle :

La résiliation peut intervenir de notre part en cas :

• d'aggravation du risque dans les conditions prévues à l'article 4.3 ci-dessus;

• de non paiement de la prime (L 113.3 du Code des Assurances). 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. 113.8 et L.113.9 du code des Assurances).

• 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 et adressée par 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 5 - LA DUREE DE LA GARANTIE

5.1- 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 :

- 9 mois pour les prestations en Implantologie et Parodontologie,
- en hospitalisation, les prestations pour les options AvantAge 200 et au-delà sont limitées à la garantie de l'option AvantAge 150, les 6 premiers mois après la date d'effet des garanties de l'assuré.

Se reporter au tableau de garantie.

5.2- 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 des Assurances,
• séjour de plus de 2 mois consécutifs 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.

5.3- La cessation de la garantie

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 6 - LA BASE DE VOTRE GARANTIE ET DE VOS REMBOURSEMENTS

Sauf dispositions spécifiques mentionnées sur le certificat d'adhésion ou le tableau des garanties, les garanties et prestations assurées correspondantes sont généralement exprimées en pourcentage des bases de remboursement du Régime obligatoire et pour les prestations forfaitaires en Euros ou en pourcentage du plafond mensuel du Régime Obligatoire. Lorsque la garantie fait référence à un plafond mensuel du Régime Obligatoire, celui-ci correspond au plafond en vigueur à la date à laquelle sont exposés les frais.

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

ART 7 - VOS COTISATIONS

7.1- 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 69 ans, et de 6% à partir de 70 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 et quatrième enfant 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 20 ans et se perd à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de 21 ans et à condition qu'il soit fiscalement à la charge de l'assuré.

7.2- 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.

7.3- 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.

7.4- 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 pourrions, 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 8 - LA VIE DE VOTRE ADHESION

8.1 – 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 AvantAge, 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.

Garantie Santé : 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,
- âgé de plus de 54 ans et de moins de 91 ans pour les formules Avantage 150 et Avantage 200,
- de plus de 54 ans et de moins de 80 ans pour la formule Avantage 250,
- et de plus de 54 ans et moins de 71 ans pour la formule Avantage 300,
- de moins de 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.

8.2 - 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.

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.

. 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. 113.8 et L.113.9 du code des Assurances.

8-3 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 et sous réserve d'acceptation de la compagnie. Elle prendra effet à la date du renouvellement et concernera l'ensemble des personnes assurées. Cette modification peut porter sur :

- Une diminution ou une augmentation des garanties
- La suppression d'une personne assurée

8.4- 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.

8.5- 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 reçues par ECAAssurances par courrier postal, 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 ECAAssurances en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

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.

Titre II – Quelles sont les garanties prévues dans le contrat?

ART 10 - L'OBJET DE VOTRE GARANTIE II

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, durant la période de validité de l'adhésion.

10.1- Les personnes assurées

Bénéficiaire, en tant qu'assuré, des remboursements de la garantie Santé :

- 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.

10.2- Quelles sont vos garanties ?

- 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 ou option 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.

Le remboursement de vos dépenses de santé

- Nos remboursements viennent en complément de ceux du Régime Obligatoire (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 le Régime Obligatoire, 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.

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.

• Cas particulier de la médecine complémentaire :

Les actes non pris en charge par le régime de base et listés dans le tableau de garanties sont pris en charge dans la limite de 30 € par consultation et dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

- Bonus Prothèse auditive : lorsqu'aucun remboursement de prothèse auditive n'a été réalisé pour un assuré au cours d'une année d'assurance couverte par une formule AvantAge, un complément de 25 % par an dans la limite de 100 euros, sur toute la durée de vie de l'adhésion, sera versé à l'assuré. Les bonus sont

limités et non cumulables.

• Bonus Optique : lorsqu'aucun remboursement d'Optique n'a été réalisé pour un assuré au cours d'une année d'assurance couverte par une formule AvantAge, un complément de :

- 25 euros par an dans la limite de 100 euros, sur toute la durée de vie de l'adhésion, sera versé à l'assuré d'une formule AvantAge 150 et AvantAge 200 ;

- 30 euros par an dans la limite de 120 euros, sur toute la durée de vie de l'adhésion, sera versé à l'assuré d'une formule AvantAge 250 ;
- 50 euros par an dans la limite de 150 euros, sur toute la durée de vie de l'adhésion, sera versé à l'assuré d'une formule AvantAge 300. Les bonus sont limités et non cumulables.

• Franchise Optionnelle : Si celle-ci a été souscrite, une franchise optionnelle de 50 euros est allouée par année d'assurance et par bénéficiaires sur les prestations. Cette franchise ne s'applique pas sur les consultations chez votre généraliste, les spécialistes, la pharmacie, les actes biologiques (analyses, examens) et les actes de prévention.

ART 11 - QUELS SONT LES CAS OU LA GARANTIE NE S'EXERCE PAS ?

11.1- Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion, ainsi que les accidents ou maladies et leurs suites qui résultent :

• de la pratique par l'assuré, en tant qu'amateur, des sports suivants : la spéléologie, les sports aériens, les sports de montagne pratiqués en dehors du domaine balisé et ouvert au public, les sports d'ascension (alpinisme, escalade, varappe), la plongée sous-marine au-delà de 20 mètres de profondeur, les sports extrêmes (toutes disciplines), les sports comportant l'utilisation d'engins à moteur (terrestres, fluviaux ou maritimes)

• de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie de l'assuré ou toute autre addiction ;

• d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente ;

• de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense) ;

• des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par l'amiante ou par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

Sont également exclues les professions suivantes :

Sapeur pompier, convoyeur de fonds, marin pêcheur, policier, CRS, gendarme, gardien de prison, agent de sécurité avec port d'arme et / ou chien, toute profession nécessitant la manipulation ou le transport d'explosif, toute profession nécessitant des travaux sous l'eau ou sur plateformes en mer ;

11.2-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 (voir définition en annexe) ;
• de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices ou les centres hospitaliers accueillant des personnes âgées dépendantes ou non ;

11.3- Les exclusions relatives aux hospitalisations et traitements suivants

Nous ne garantissons pas :

• 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 d'ECA Assurances indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime Obligatoire de l'assuré ;
• tous frais non consécutifs 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 nous ait été déclaré dans les 30 jours suivant sa naissance.

• Les consultations et visites de psychiatre, psychologie 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.**

Toutefois en cas de survenance d'un des événements mentionnés ci-dessus, la garantie prendra en charge le remboursement des frais prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

ART 12 - 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.

Titre III. Comment obtenir vos remboursements et prestations ?

ART 13 - CE QUE VOUS DEVEZ DECLARER

13.1-Pour la garantie Santé

La télétransmission avec votre caisse d'assurance maladie : Dans les départements où nous avons signé un accord avec une caisse d'assurance maladie (Caisse Primaire d'Assurance Maladie pour les salariés, Bureau RAM-GAMEX pour les Indépendants et Exploitants Agricoles), 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 réserve 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 être attribué à ECA Assurances, et 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 souhaitez pas bénéficier de cette possibilité, vous devez le préciser par écrit à ECA Assurances.

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 mentionnés 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 du Régime Obligatoire 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 du Régime Obligatoire

• **Le dentaire** : L'original du décompte du Régime Obligatoire 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 du Régime Obligatoire et

la facture détaillée acquittée établie par l'opticien.

• **La médecine courante** : L'original du décompte du Régime Obligatoire

• **La pharmacie** : L'original du décompte du Régime Obligatoire et la facture détaillée du pharmacien.

• **Les prothèses et les appareillages** (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques, etc.) : L'original du décompte du Régime Obligatoire, 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.

13.2- 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 à ECA Assurances.

• de se faire examiner par un médecin de notre choix. L'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

13.3- Arbitrage

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'assuré et 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.

Titre IV- Quelles sont les autres dispositions relatives à votre adhésion ?

ART 14 - L'ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES DU CONTRAT

La garantie ne concerne que les assurés résidant durablement en France métropolitaine ou les DOM. 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 15 - 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.csc.a.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 chaque compagnie dont nous vous adresserons les coordonnées sur demande.

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 16 - LA 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 des Assurances :

Article L 114.1, L 114.2, et L 114.3 : Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court:

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

connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L.114.2 : La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L.114.3 : Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ART 17 - DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION (LOI 78.17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIEE)

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite « informatique et libertés » modifiée par la loi n° 2004- 801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est la Mutuelle. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès du Service clients d'ECA ou du service Client de la Mutuelle dont les coordonnées respectives sont mentionnées en entête du présent document. Les données personnelles seront utilisées pour le suivi de votre dossier et l'envoi de documents concernant les produits d'assurances par AREAS Assurances, destinataire de l'information, avec ses mandataires, l'Association le cas échéant, les organismes de réassurances. Cependant, si vous souhaitez ne pas être sollicité, nous vous invitons à le faire savoir par courrier simple à ECA Assurances à l'adresse précitée.

ART 18 - LA SUBROGATION

Conformément aux dispositions du code des Assurances, 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 19 - AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée d'assurer le contrôle de la Mutuelle garantissant les risques couverts au titre du présent contrat est: Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout - 75009- Paris

ART 20 - VOS POSSIBILITES DE RENONCIATION

Veillez vous référer à l'annexe «Exercice du droit à renonciation» jointe au devis.

Titre V - 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 1946. L'âge pris en considération au cours de l'année 2011 sera de 65 ans (2011 - 1946 = 65).

Année d'assurance :

Période comprise entre deux échéances principales.

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.

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.

Franchise (...à charge) :

Montant déduit des prestations dues à un assuré en contrepartie d'une réduction de la cotisation. Ce montant est apprécié par année d'assurance et est mentionné sur le certificat d'adhésion et dans le tableau des prestations assurées correspondant à l'option souscrite.

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 20ème anniversaire s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime du Régime Obligatoire 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.

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.

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.

**CONTRAT COLLECTIF N°00002005
ECA-ASSURANCES
ASSISTANCE SANTE SENIOR
CONVENTION D'ASSISTANCE**

COMMENT CONTACTER GARANTIE ASSISTANCE

• Téléphone : 01 70 36 06 52

• Télécopie : 01 53 21 24 88

24 heures sur 24, en indiquant le numéro de votre convention d'assistance : 000002005

IMPORTANT : Pour que les prestations d'assistance soient acquises, GARANTIE ASSISTANCE doit avoir été prévenue (par téléphone, fax) et avoir donné son accord préalable

ECA-ASSURANCES a souscrit au profit de ses adhérents la présente convention d'assistance n°000002005 auprès de GARANTIE ASSISTANCE.

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les prestations d'assistance accordées aux bénéficiaires définis ci-dessous.

Ces prestations sont assurées et gérées par 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 38, rue La Bruyère - 75009 PARIS.

ECA-Assurances est une société anonyme de courtage d'assurances, immatriculée sous le n°402 430 276 RCS NANTERRE, dont le siège social est situé 92/98 Boulevard Victor Hugo BP 8392115 CLICHY Cedex. Inscrite au registre ORIAS sous le numéro 07 002 344 (www.orias.fr).

1.DISPOSITIONS GENERALES

1.1.BENEFICIAIRES

Bénéficiaire des garanties décrites dans la présente convention d'assistance :

– toute personne physique titulaire d'un contrat « FRAIS DE SANTE AVANTAGES » souscrit auprès d'ECA-ASSURANCES en cours de validité.

– le conjoint de l'adhérent,

– leurs enfants.

Les bénéficiaires doivent vivre sous le même toit et leur domicile

fiscal doit être situé en France telle que définie au 1.4 et portés sur le bulletin d'adhésion.

1.2.VALIDITE TERRITORIALE

Les garanties sont utilisables au domicile du bénéficiaire en France telle que définie au 1.4, sauf restrictions expressément stipulées.

1.3.PRISE D'EFFET ET DUREE

L'ensemble des garanties définies dans la présente convention suit le sort du contrat « FRAIS DE SANTE SENIOR » auquel il se rattache et dont il fait partie intégrante (date d'effet, durée, suspension, renouvellement, résiliation...).

Les garanties sont acquises à tout bénéficiaire visé au 1.1 dès lors que l'événement à l'origine de sa demande d'assistance survient durant la période de validité de cette convention et au plus tôt le 1er mai 2013.

1.4.DEFINITIONS

Pour l'application de la présente convention d'assistance, on entend par :

ACCIDENT : toute atteinte corporelle provenant d'un événement soudain, imprévisible et extérieur au bénéficiaire et indépendante de la volonté de ce dernier.

CONJOINT : le conjoint proprement dit de l'adhérent, ou son concubin ou son partenaire lié par Pacte Civil de Solidarité.

DEPENDANT (DEPENDANCE OU PERTE D'AUTONOMIE) : diminution du potentiel physique ou psychique du proche de l'adhérent (ou son conjoint) dont l'état est consolidé. L'état physique ou psychique de ce proche est consolidé lorsqu'il ne peut plus s'améliorer. La perte d'autonomie doit avoir pour conséquence d'empêcher ce proche d'accomplir seul au moins trois des six actes ordinaires de la vie quotidienne suivants : toilette, habillage, alimentation, préparation des repas, ménage ou déplacements.

DOMICILE : le lieu de résidence principale et habituelle de l'adhérent et des bénéficiaires, situé en France telle que définie ci-dessous, mentionné au titre de domicile fiscal sur la déclaration d'impôt sur le revenu.

ENFANT : l'enfant âgé de moins de 16 ans à charge de l'adhérent et/ou de son conjoint

EVENEMENT : selon la garantie sollicitée, la maladie, l'accident, le décès.

FRAIS DE SEJOUR : frais d'hôtel petit-déjeuner continental inclus.

FRANCE : France Métropolitaine (Corse incluse), Guadeloupe, Martinique, Guyane et Réunion, ainsi que Principautés d'Andorre ou de Monaco.

HOSPITALISATION : tout séjour supérieur à 48 heures consécutives (sauf stipulation contraire) dans un établissement de santé, effectué dans le but de recevoir des soins à la suite d'un accident ou d'une maladie.

L'établissement de santé public ou privé (hôpital ou clinique) doit être habilité(e) à pratiquer des actes et dispenser des traitements auprès de personnes malades ou accidentées et détenir toutes les autorisations administratives et sanitaires requises.

IMMOBILISATION : toute immobilisation temporaire au domicile, supérieure à 5 jours consécutifs (sauf stipulations contraires), médicalement prescrite, et consécutive à un accident ou une maladie.

MALADIE : altération de la santé, constatée par une autorité médicale habilitée.

PROCHE : père, mère, conjoint, enfant de l'adhérent.

1.5.NECESSITE DE L'APPEL PREALABLE

Pour que les prestations d'assistance ci-après exposées soient acquises, G.A doit avoir été prévenue au préalable par téléphone ou par télécopie, avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une de ces prestations ne donne lieu à aucun remboursement de la part de G.A.

Pour toute demande d'assistance, le bénéficiaire (ou toute autre personne agissant en son nom) doit :

- contacter G.A sans délai (voir coordonnées et modalités ci-avant),
- fournir les renseignements suivants :

- le numéro du contrat d'assurance ou d'adhésion,
- son nom, prénom, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone où il pourra éventuellement être contacté,
- la nature des difficultés motivant l'appel, les noms, adresse et numéro de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le bénéficiaire, afin que G.A puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, servir les prestations garanties adaptées à la situation.

1.6.ENGAGEMENTS FINANCIERS

1.6.1. ENGAGEMENTS FINANCIERS

Sans préjudice des règles exposées au 1.5 et 1.6.3, toute demande de prise en charge adressée par le bénéficiaire à G.A devra être accompagnée des pièces justificatives originales correspondant à la demande.

En cas de prise en charge des frais de séjour à l'hôtel, G.A ne participe qu'aux frais de location de chambre réellement exposés, dans la limite des plafonds indiqués ci-après, et à l'exclusion de tout autre frais.

1.6.2. AVANCE DE FRAIS

Dans le cadre de certaines garanties stipulées dans la présente convention, G.A peut verser au bénéficiaire, à sa demande, une avance de fonds afin de lui permettre de faire face à certaines dépenses imprévues.

- Conditions préalables au versement de l'avance par G.A :

À titre de garantie de remboursement par le bénéficiaire de l'avance consentie, G.A adressera un certificat d'engagement au bénéficiaire qui devra le renvoyer dûment complété et signé par ses soins à G.A. L'avance sera mise en œuvre après réception dudit certificat d'engagement par G.A.

Le bénéficiaire devra joindre au certificat d'engagement transmis à G.A un chèque certifié ou un chèque de banque.

- Délai de remboursement de l'avance à G.A :

Le bénéficiaire s'engage à rembourser à G.A la somme avancée par cette dernière dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'avance.

- Sanctions :

A défaut de remboursement dans le délai de 3 mois, la somme deviendra immédiatement exigible et G.A pourra, sans mise en demeure préalable, prendre toutes mesures susceptibles d'en assurer le recouvrement.

1.6.3. CONDITIONS D'ORDRE MEDICAL

Dans tous les cas, la nature de l'assistance et le choix des moyens à mettre en œuvre pour répondre à la demande du bénéficiaire relèvent de la décision du médecin de G.A qui recueille, si nécessaire, l'avis du médecin traitant.

Les montants de prise en charge, la durée de mise en œuvre des prestations ainsi que le nombre d'heures mentionnés dans les garanties ne sont pas forfaitaires.

Afin de permettre au médecin de G.A de prendre sa décision, il pourra être demandé au bénéficiaire de fournir tout justificatif médical de l'événement soudain et imprévisible qui conduit le bénéficiaire à solliciter son assistance.

Le cas échéant, G.A recommande au bénéficiaire d'adresser ces documents sous pli confidentiel à l'attention du service médical de GARANTIE ASSISTANCE.

G.A ne peut se substituer aux organismes locaux d'urgence ni prendre en charge les frais consécutifs à leur intervention.

1.7.EXCLUSIONS

G.A ne peut, en aucun cas, se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais de transport primaire engagés.

G.A ne garantit pas les événements suivants et leurs conséquences :

- Les états de grossesse et leurs complications (à l'exception des séjours en maternité pour grossesse pathologique supérieure à 8 jours),
- les conséquences d'un dommage intentionnellement commis par l'adhérent,
- les hospitalisations aux fins de soins de suite et de réadaptation;
- les tentatives de suicide et leurs conséquences ;
- les maladies ou troubles mentaux comprenant les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement
- les états pathologiques faisant suite à une Interruption

volontaire de Grossesse ou une Procréation Médicalement Assistée ;

- toute intervention médicale volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique notamment) ;
- les affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation au domicile ;
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement ;
- les conséquences d'un état d'ivresse manifeste ou d'un état alcoolique tel que visé à l'article R.234-1 du Code de la route ;
- les conséquences d'un conflit armé (guerre étrangère ou civile), d'une émeute,
- les conséquences de la participation volontaire du bénéficiaire à un acte de terrorisme ou de sabotage, un crime un délit, une rixe, un pari ou un défi.
- les accidents et décès survenus du fait de la participation du bénéficiaire, en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires.

1.8.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 du Code des Assurances :

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

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires (citation en justice, commandement ou mesure d'exécution forcée) d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

1.9.SUBROGATION

Toute personne bénéficiant de l'assistance subroge GARANTIE ASSISTANCE dans ses droits et actions contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties.

1.10.LOI APPLICABLE - LITIGE

Le présent contrat est soumis à la loi française.

Toute action dérivant des conditions générales sera portée devant le Tribunal dans le ressort duquel l'adhérent a son domicile.

1.11.CONTROLE

ECA-ASSURANCES et GARANTIE ASSISTANCE sont soumises au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) située 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.

1.12.INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire avant l'adhésion à la convention d'assistance puis lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la gestion de l'adhésion et à la fourniture des prestations d'assistance garanties. En adhérant au contrat, le bénéficiaire consent à ce traitement informatique.

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 dite «informatique et libertés», modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à ECA-Assurances, 92/98 Boulevard Victor Hugo BP 83 92115 CLICHY Cedex. Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution

des présentes garanties.

1.13.RECLAMATIONS

A.RECLAMATION PORTANT SUR LES CONDITIONS DE SOUSCRIPTION, DE GESTION OU DE RESILIATION DE L'ADHESION :

L'assuré peut adresser une réclamation au service Service réclamations d'ECA (CLARTE) BP 83 92115 Clichy cedex ou reclamation@eca-assurances.com qui répondra dans les 30 jours maximum.

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, l'assuré peut s'adresser au Service Réclamations de G.A. (cf. C)

B.RECLAMATION CONCERNANT LE TRAITEMENT DU SINISTRE :

Toute réclamation portant sur une prestation assurée par GA (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) doit être formulée dans un premier temps auprès du service chargé de traiter la demande de prestation en appelant le numéro suivant : 01 70 36 06 52.

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, l'assuré peut s'adresser au Service Réclamations de G.A. (cf. C)

C.SI LA REPOSE APPOREE A LA RECLAMATION NE SATISFAIT PAS L'ASSURE :

L'assuré peut adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante : GARANTIE ASSISTANCE - Service Réclamations, 38 rue La Bruyère, 75009 PARIS.

Une réponse sera adressée dans un délai de quinze jours à compter de la réception du courrier de réclamation. Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, G.A. envoie un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse.

1.14.EXONERATION DE RESPONSABILITE

G.A est responsable de la nature et de la qualité des prestations d'assistance fournies aux bénéficiaires des garanties. Toutefois :

- la responsabilité de G.A est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère, notamment, aux délais et/ou aux difficultés d'obtention de documents administratifs (visas d'entrée et de sortie de territoire, passeports...) qui constituent des conditions essentielles et préalables, fixées par certains états, à la circulation et/ou au transport des personnes ou des biens sur un territoire ou entre deux états donnés.

- la responsabilité de G.A ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le bénéficiaire est consécutif(ve) à l'insuffisance des disponibilités locales.

- G.A ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :

- soit, de cas de force majeure

- soit, d'événements tels guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves (article L.121-8 alinéa 2 du code des assurances),

- soit, des saisies ou contraintes par la force publique,

- soit, des interdictions officielles,

- soit, des actes de piraterie, de terrorisme ou d'attentats soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage,

- soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

2.GARANTIES ACCORDEES

2.1.ASSISTANCE INFORMATION SANTE

Les prestations d'information « Santé » ont pour objet d'écouter, d'informer et d'orienter le bénéficiaire et, en aucun cas, elles n'ont vocation à remplacer le médecin traitant. Cette assistance téléphonique est accessible, du lundi au samedi de 9H à 19H, sur simple appel du bénéficiaire.

Les informations fournies ne peuvent se substituer à une consultation médicale et ne peuvent donner lieu à une quelconque prescription.

Les médecins peuvent répondre à toutes demandes du bénéficiaire. Les informations qui seront données le seront toujours dans le respect de la déontologie médicale (confidentialité et respect du secret médical).

De plus, en cas d'urgence médicale, le bénéficiaire doit appeler en priorité son médecin traitant, les pompiers ou les services médicaux d'urgence (SAMU 15).

2.1.1. INFORMATION SANTE D'ORDRE GENERAL

INFO SANTE est un service d'informations générales animé par les médecins de G.A et destiné à répondre à toute question de nature médicale, notamment dans les domaines suivants :

- la santé,
- les vaccinations,
- la mise en forme,
- la diététique,

2.1.2. INFORMATION VOYAGES

INFO SANTE est aussi un service d'informations sur les obligations en matière de vaccins et les précautions d'usage avant, pendant et après les voyages, selon les pays visités.

2.1.3. INFORMATION DEPENDANCE

Sur simple appel téléphonique, le bénéficiaire peut solliciter auprès de G.A. des renseignements et des informations sur la dépendance, notamment dans les domaines suivants :

- information et conseils médicaux dans le domaine de la dépendance : renseignements d'ordre général dans le domaine de la dépendance ou du handicap dans le respect des règles déontologiques préconisées par l'ordre des médecins.
- informations et conseils sur l'adaptation du lieu de vie : la perte d'autonomie et ses conséquences dans les domaines de l'environnement et l'architecture
- informations sur les aides disponibles, informations sur l'habitation, aménagement et matériel spécifique...
- informations et conseils d'ordre juridico-social : délivrance d'informations d'ordre social et juridique à propos des aides au financement d'un projet d'adaptation, des services d'aides sociales et de la maîtrise des coûts (CESU inclus, bien entendu);
- informations et conseils «relais de la dépendance» : renseignements sur les hôpitaux, maisons de retraite, centres de rééducation fonctionnelle, auxiliaires de vie, dentistes accessibles, ergothérapeutes, infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues et psychomotriciens.

2.1.4. INFORMATION JURIDIQUE PRATIQUE ET SOCIALE

GA recherche et communique à l'adhérent les renseignements qui lui sont nécessaires dans les domaines mentionnés ci-après.

- Informations d'ordre juridique : Habitation, logement, impôt, fiscalité, assurances, allocations, retraites, justice, défense, recours, salaires, contrats de travail, associations, sociétés, commerçants, artisans, droits du consommateur, voisinage, famille, mariage, divorce, succession, affaires sociales.
- Informations vie pratique : Formalités, cartes, permis, enseignement, formation, services publics, vacances, loisirs, activités culturelles, logement.
- Informations sociales : les différentes aides sociales, les modalités et les démarches à effectuer, les services d'action sociale répondant aux besoins...

Du lundi au vendredi de 9h à 18 h, l'adhérent peut contacter GARANTIE ASSISTANCE 24/24h et 7j/7 et formuler sa demande d'information. En fonction de la nature de la demande, GARANTIE ASSISTANCE formulera la réponse dans un délai ne dépassant pas 72 heures.

L'assistance information a un caractère uniquement documentaire (au sens de l'article 66-1 de la Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971) et ne pourra en aucun cas consister à donner des consultations juridiques. La validité des informations communiquées s'apprécie au moment de l'appel du bénéficiaire. G.A. ne peut pas être tenue responsable de la caducité des informations qui résulteraient de l'entrée en vigueur d'une loi ou d'un règlement postérieurement à cet appel.

De même cette assistance téléphonique est fournie sur la base des informations communiquées par le bénéficiaire, G.A. ne sera pas tenue responsable des conséquences dommageables qui pourraient résulter de la communication par le bénéficiaire d'informations incomplètes ou inexactes.

De même, la responsabilité de GARANTIE ASSISTANCE ne pourra être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou d'une interprétation erronée par le bénéficiaire des informations communiquées à l'occasion de cette assistance.

Sont exclus de la garantie les demandes d'information ayant trait à des thèmes juridiques ne relevant pas du droit français.

2.2. EN CAS D'HOSPITALISATION D'IMMOBILISATION AU DOMICILE

Rappel : l'hospitalisation du bénéficiaire doit être supérieure à 48 heures consécutives et l'immobilisation au domicile doit être à 5 jours consécutifs.

2.2.1. RECHERCHE D'UN MEDECIN (EN FRANCE METROPOLITAINE)

En l'absence du médecin traitant habituel, G.A. aide le bénéficiaire à rechercher un médecin pour une visite à domicile en lui communiquant les numéros de téléphone utiles (médecin de garde ou service d'urgence).

Les frais et honoraires du médecin restent à la charge exclusive du bénéficiaire.

L'indisponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de G.A.

2.2.2. ACHEMINEMENT DES MEDICAMENTS

Si du fait de son immobilisation au domicile, le bénéficiaire ne peut pas se déplacer pour se procurer des médicaments indispensables au traitement prescrit par ordonnance médicale, G.A fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au domicile du bénéficiaire ces médicaments, sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.

G.A fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser à G.A au moment même de leur livraison.

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par G.A.

2.2.3. ORGANISATION DE SOINS A DOMICILE

A la demande du bénéficiaire et sous réserve que les soins soient prescrits par un médecin, G.A met à sa disposition un service de soins à domicile (infirmière, auxiliaire de vie).

Le coût de ce service reste à la charge du bénéficiaire.

2.2.4. GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

Si, durant l'hospitalisation de l'adhérent (ou de son conjoint), ses enfants ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de l'entourage du bénéficiaire, G.A organise et prend en charge par événement :

- soit leur garde au domicile du bénéficiaire dans la limite de 20 heures réparties sur une période de 2 jours consécutifs maximum. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un maximum de 150 € TTC pour l'ensemble de la prestation.
- soit leur transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe chez un proche résidant en France.
- soit le transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe d'un proche résidant en France jusqu'au domicile du bénéficiaire.
- soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 10 allers/retours par événement et dans un rayon de 25 Km du domicile. La prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 500 € TTC pour l'ensemble des enfants ou petits-enfants concernés.

2.2.5. TRANSFERT ET GARDE D'ANIMAUX DOMESTIQUES FAMILIERS

A la demande du bénéficiaire, G.A organise et prend en charge le transport et/ou l'hébergement des animaux vivant au domicile du bénéficiaire, dans la limite de 15 jours calendaires maximum à compter du début ou de la fin de son hospitalisation.

Sont exclus :

- tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ».
- tout animal appartenant à l'une des espèces suivantes : reptiles, amphibiens, arachnides, scorpions, félins, primates, insectes,
- tout chat, chien ou furet ne remplissant pas les obligations d'identification, de vaccination et de détention de passeport fixées par la réglementation européenne.
- les animaux détenus par le bénéficiaire dans le cadre d'un élevage ou d'une exploitation agricole,
- le toilettage et les soins vétérinaires.

Les frais de garde et de nourriture sont pris en charge avec un maximum de 230 € TTC.

2.2.6. ACCOMPAGNEMENT CONVALESCENCE : TELEASSISTANCE MEDICALISEE

Cette garantie s'applique en cas d'hospitalisation de plus de 5 jours d'un adhérent de plus de 65 ans.

Après une hospitalisation, G.A. met à disposition un service de Télé-Assistance (Prévifil) pendant la convalescence de l'adhérent pour une durée de 1 mois avec possibilité de prolonger le service au-delà de cette période de prêt dans le cadre d'un abonnement à tarif préférentiel à la charge de l'adhérent.

2.3. EN CAS DE DECES D'UN BENEFICIAIRE

2.3.1. AVANCE DE FONDS EN CAS DE DECES

Suite au décès de l'un des membres de sa famille (conjoint, ascendants ou enfants), G.A. procure au bénéficiaire, à titre d'avance sans intérêt, une somme de 1 000 € maximum.

Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds et elle a pour seule finalité de permettre aux bénéficiaires de payer des dépenses imprévues et en lien direct avec la survenance de ce décès.

L'avance est versée par G.A. et remboursée par le bénéficiaire conformément au paragraphe 1.6.2.

2.3.2. GARDE DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

En cas de décès de l'adhérent (ou de son conjoint), ses enfants ne peuvent pas s'organiser seuls ni être confiés à une personne de l'entourage du bénéficiaire, G.A. organise et prend en charge par événement :

- soit leur garde au domicile du bénéficiaire dans la limite de 20 heures réparties sur une période de 2 jours consécutifs maximum. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un maximum de 150 € TTC pour l'ensemble de la prestation.
- soit leur transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe chez un proche résidant en France.
- soit le transfert aller/retour en avion classe économique ou en train 1ère classe d'un proche résidant en France jusqu'au domicile du bénéficiaire.

2.3.3. AIDE A DOMICILE

En cas de décès de l'adhérent ou de son conjoint, si son entourage ne peut pas apporter l'aide nécessaire au veuf (ou à la veuve), G.A. met à disposition une aide ménagère pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas et prend en charge les frais correspondants dans la limite de 10 heures de travail effectif réparties sur les 15 premiers jours maximum à compter de la date du décès.

Cette garantie fonctionne de 8 H à 19 H tous les jours de la semaine hors week-ends et jours fériés ou chômés.