

Notice d'Information

ECA-FORTICIA

Contrat collectif santé à adhésion facultative N° 01 03 01 08 28

Souscrit par :

l'Association Générale
Interprofessionnelle de Solidarité
(AGIS),
Association Loi 1901,
Déclaration Préfecture de Paris n°
546967 P,
Siège : 86, boulevard Haussmann -
75380 Paris cedex 08

Ci après désigné « l'Association »

Auprès de :

MUTUELLE pour la PREVOYANCE et les
GARANTIES SOCIALES (M.P.G.S),
Mutuelle soumise aux dispositions du
livre II du Code de la Mutualité
Immatriculée au R.N.M. sous le n° 434
869 103
Siège : 19, rue de la Trémoille -
75008 Paris

Ci après désigné « la Mutuelle »

Le contrat est souscrit dans le respect du code de la mutualité et des statuts, règlement intérieur et règlement mutualiste de la Mutuelle, le tout formant un tout indissociable.

Votre adhésion au contrat est :

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

La gestion de votre adhésion est effectuée par :

OWLIANCE
Immeuble central I
410 Clos Courtine
93160 Noisy-Le-Grand

ECA - Assurances
53 rue La Fayette
BP 80531-75428 Paris Cedex 09
Téléphone : 0969 320 418
(appel local depuis un poste fixe)
Courriel : relationsclients@eca-assurances.com

www.eca-assurances.com

qui agissent en tant que mandataire de la Mutuelle. Ils sont désignés dans le texte ci-après, le « Délégué de gestion ».

Pour vous faciliter la lecture, nous avons défini les termes fréquemment utilisés (en italique dans le texte) dans un lexique que vous trouverez à la fin de ce document.

SOMMAIRE

Référence : **SURCG-ECA082009**
Dernière mise à jour le 10 août 2009

TITRE 1- LE CONTRAT ET VOTRE ADHESION	4
ART. 1 - QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?	4
ART. 2 - LA NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT	4
ART. 3 - QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?	4
ART. 4 - LA DUREE DE VOTRE ADHESION	4
4.1- La date d'effet, la durée et le renouvellement de votre adhésion	4
4.2- La révision du contrat et de votre adhésion	5
4.3- La résiliation de votre adhésion	5
<input type="checkbox"/> A l'initiative de l'adhérent :	5
<input type="checkbox"/> A l'initiative de la Mutuelle :	5
<input type="checkbox"/> Elle intervient de plein droit :	5
ART. 5 - LA DUREE DE LA GARANTIE	6
5.1- Le début de la garantie et le délai d'attente	6
5.2- La suspension de la garantie	6
5.3- La cessation de la garantie	6
ART 6 - LA BASE DE VOTRE GARANTIE ET DE VOS REMBOURSEMENTS	6
ART 7 -VOS COTISATIONS	7
7.1- La base de calcul et le montant de vos cotisations	7
7.2- L'évolution de vos cotisations	7
7.3- Le paiement de vos cotisations	7
7.4- Le non paiement de vos cotisations	7
ART 8 - LA VIE DE VOTRE ADHESION	8
8.1 - A l'adhésion	8
8.2 - En cours d'adhésion	8
8-3 Modification des modalités de garantie en cours d'adhésion	9
8.4- Les autres documents à nous transmettre	9
8.5- Vos déclarations	9
ART 9 - LA NOTICE D'INFORMATION	9
TITRE II - QUELLES SONT LES GARANTIES PREVUES DANS LE CONTRAT?	9
ART 10- L'OBJET DE VOTRE GARANTIE	9
10.1- Les personnes assurées	9
10.2- Votre garantie Santé	9
10.3- Le remboursement de vos dépenses de santé	10
10.4 - L'allocation en cas de décès accidentel	10
ART 11 - QUELS SONT LES CAS OU LA GARANTIE NE S'EXERCE PAS?	11
11.1 - Les exclusions générales	11
11.2- Les exclusions relatives à la nature de l'établissement ou du service	11

11.3 Les exclusions relatives aux hospitalisations et traitements suivants	11
TITRE III- COMMENT OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?	11
ART 13 - CE QUE VOUS DEVEZ DECLARER	11
13.2- Les documents que vous devez transmettre	11
13.3- Contrôle des dépenses-Contrôle médical	12
13.4- Arbitrage	12
TITRE IV- QUELLES SONT LES AUTRES DISPOSITIONS RELATIVES A VOTRE ADHESION?	12
ART 14 - L'ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES DU CONTRAT	12
ART 15 - LES RECLAMATIONS- LA MEDIATION	12
ART 16 - LA PRESCRIPTION	13
ART 17 - DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION (LOI 78.17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIEE)	13
ART 18 - LA SUBROGATION	13
ART 19 - AUTORITE DE CONTROLE	13
ART 20 - VOS POSSIBILITES DE RENONCIATION	13
TITRE V - LEXIQUE	14
ANNEXE : TABLEAU DE GARANTIES	16

Titre 1- Le contrat et votre adhésion**ART. 1 - QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?**

La garantie proposée dans le cadre du contrat **ECA-FORTICIA** permet aux adhérents de l'Association AGIS d'obtenir, en complément des prestations déjà servies par leur régime obligatoire de Sécurité sociale et leur régime complémentaire, le remboursement de tout ou partie de leurs dépenses médicales et chirurgicales restant encore à leur charge après intervention de ceux-ci. Ces dépenses doivent être consécutives à une maladie, un accident ou une maternité.

Cette couverture d'assurance peut être étendue à leur conjoint et leurs enfants à charge.

Les garanties du contrat prévoient également le paiement du capital en cas de décès d'un assuré résultant des suites d'un accident.

ART. 2 - LA NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT**Garanties « contrat solidaire » :**

L'accès au contrat et à ses garanties est acquit quelque soit l'état de santé de l'assuré, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

Garanties « contrat responsable » :

Compte tenu de la spécificité de la couverture proposée, les garanties du contrat ne s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrat responsable » que lorsque le contrat complémentaire santé correspondant au 1^{er} niveau de remboursements s'inscrit lui-même dans le cadre de ce dispositif. Dans tous les autres cas, le dispositif ne s'applique pas.

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,
- assuré pour une couverture complémentaire vous garantissant la prise en charge de vos dépenses de santé en complément de celle de votre régime obligatoire,
- âgé de moins de 66 ans pour les formules Forticia 200 et Forticia 300, âgé de moins de 71 ans pour la formule Forticia 100.

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 suivant la réception de la demande d'adhésion et se poursuit jusqu'au 31 décembre suivant, sous réserve du paiement de vos cotisations.
- Elle est ensuite renouvelée annuellement par **tacite reconduction** le 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, des situations visées aux articles L.221-7, L.221-14, et L.212-21 du code de la mutualité, et de la résiliation des garanties de votre régime complémentaire, 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 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 votre connaissance. La demande de résiliation devra être adressée par lettre recommandée au Délégataire de gestion. A défaut de réception de cette notification de la résiliation, les nouvelles conditions de garanties seront considérées comme acceptées de votre part.

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.
- Dès que vous perdrez le bénéfice de votre assurance complémentaire santé. La résiliation de votre adhésion interviendra au plus tôt à réception de votre certificat de résiliation de votre régime complémentaire.

Votre notification de résiliation doit être adressée par lettre recommandée à l'adresse suivante : **ECA - Assurances-53 rue Lafayette - BP 80531 - 75428 PARIS Cedex 09.**

• A l'initiative de la Mutuelle :

La résiliation peut intervenir en cas :

- aggravation du risque dans les conditions prévues à l'article 4.3 ci-dessus ;
- 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 ;
- 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).
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues. La résiliation prendra effet 10 jours après sa notification.
- Si nous constatons que vous n'êtes plus assuré par votre assurance complémentaire santé.

La notification vous sera communiquée par lettre recommandée adressée par le Délégataire de gestion 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 le Délégataire de gestion 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 résiliation de votre assurance complémentaire santé. Vous devrez alors en informer immédiatement ECA-Assurances par courrier recommandé en joignant le certificat de résiliation de votre mutuelle.

- En cas de décès de l'adhérent. S'il vous n'êtes pas seul assuré, l'adhésion continuera de produire ses effets à l'égard des autres assurés, à charge pour eux d'exécuter les obligations dont vous étiez tenus, jusqu'à l'échéance principale suivante. A cette date, une nouvelle adhésion leur sera proposée.
- 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'au 31 décembre 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 le Délégué de gestion.
- **Le délai d'attente :** Le délai d'attente respectif pour chacun des actes garantis est mentionné sur le tableau de garanties.

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 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.

5.3- 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 6 - LA BASE DE VOTRE GARANTIE ET DE VOS REMBOURSEMENTS

Sauf dispositions spécifiques mentionnées sur le certificat d'adhésion ou le tableau de 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 de la Sécurité sociale.

Lorsque la garantie fait référence à un plafond mensuel de la Sécurité sociale, 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. 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 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 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 :

- o du lieu de votre domicile,
- o 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.

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 :

o en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions au contrat.

o 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 au Délégué de gestion. 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 **ECA-FORTICIA**, 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,
- assuré pour une couverture complémentaire lui garantissant la prise en charge de ses dépenses de santé en complément de celle de son régime obligatoire
 - et, âgée de moins de :
 - o 65 ans pour l'adhérent et son conjoint (71 ans pour la formule Forticia 100),
 - o 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 :
 - o toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,
 - o les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime obligatoire,
 - o les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine et des DOM-TOM.

Si les éléments modifiés constituent :

o **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 préavis de 10 jours.

o **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.221-14 (nullité de l'adhésion) et L.221-15 (réduction des indemnités) du code de la mutualité.

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 annuelle. 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

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 demandées.

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 parvenues au Délégué de gestion 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 le Délégué de gestion (ou nous) en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

ART 9 - 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.

Titre II - Quelles sont les garanties prévues dans le contrat?**ART 10- L'OBJET DE VOTRE GARANTIE**

La garantie permet aux assurés d'obtenir, en complément des prestations déjà servies par leur régime obligatoire de Sécurité sociale et leur régime complémentaire, le remboursement de tout ou partie de leurs dépenses médicales et chirurgicales restant encore à leur charge après intervention de ceux-ci. Ces dépenses doivent être consécutives à une maladie, un accident ou une maternité,

Elle prévoit également le versement d'une indemnité en cas de décès accidentel d'un assuré avant l'âge de 70 ans.

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

10.1- 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.

10.2- 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 de 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.

10.3- Le remboursement de vos dépenses de santé

- Nos remboursements viennent en complément des prestations versées par le Régime obligatoire de Sécurité sociale (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et le régime complémentaire auprès duquel l'assuré est garanti.
- Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale, et/ou le régime complémentaire 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.
- 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.

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 de remboursement du régime complémentaire de l'assuré, ou les factures des professionnels de santé lorsque les frais en cause garantis ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire et le régime complémentaire.

Cette limitation ne s'applique pas à l'indemnité forfaitaire prévue en cas de maternité ou de décès accidentel.

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.

10.4 - L'allocation en cas de décès accidentel

En cas de décès d'un assuré avant l'âge de 70 ans, des suites d'un accident, l'Assureur verse une allocation dont le montant est précisé sur le tableau des garanties correspondant à la formule choisie.

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

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

11.1 - Les exclusions générales

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 de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record ;
- de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie d'un assuré ;
- d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente ;
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense) ;
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par 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).

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 thalasso-thérapie ;
- les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour ;
- de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices de vieillards ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes ;

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 du Délégué de gestion indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime obligatoire de l'assuré ;
- tout frais non consécutif à un accident, facturé 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 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.

TITRE III- Comment obtenir vos remboursements ?

ART 13 - CE QUE VOUS DEVEZ DECLARER

13.2- Les documents que vous devez transmettre

- Pour obtenir le remboursement des dépenses de santé vous devez transmettre au Délégué de gestion le bordereau de remboursement du régime complémentaire sur lequel figure, entre autres, la cotation et la base de remboursement du Régime obligatoire, le montant de la dépense ainsi que les montants respectifs des remboursements effectués par ces organismes. Pour les dépenses non prises en charge par l'un ou l'autre de ces organismes,

vous devez néanmoins communiquer le bordereau de remboursement du régime complémentaire qui devra préciser sa non participation à la prise en charge de la dépense concernée. Il pourra vous être demandé communication des notes d'honoraires et des factures originales.

- Pour le paiement de l'allocation forfaitaire de naissance vous devrez transmettre un extrait d'acte de naissance de l'enfant ou la copie du livret de famille.

Les demandes de remboursements doivent parvenir au Délégué de gestion 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.

- Le décès d'un assuré doit être déclaré au plus tôt au Délégué de gestion. L'allocation obsèques est versée au conjoint de l'assuré, à défaut ses enfants, à défaut ses héritiers. Le paiement est effectué en France dans la monnaie légale de l'État Français, sur transmission au Délégué de gestion du bulletin de décès, de tout document (PV de gendarmerie, coupure de presse, attestation de témoin, etc.), prouvant l'origine accidentelle du décès, et s'il s'agit d'un enfant de moins de 12 ans, la facture des frais d'obsèques.

13.3- 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 du Délégué de gestion.
- 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.

13.4- 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 3e 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-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 15 - LES RECLAMATIONS- LA MEDIATION

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application des garanties ou à la gestion de votre adhésion, vous pouvez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé au Délégué de gestion.

Si un différend persistait après la réponse apportée par le Délégué de gestion, vous aurez la faculté de demander l'avis d'un médiateur

indépendant, si la Mutuelle maintient la position. Les coordonnées du Médiateur vous seront communiquées par la Mutuelle sur simple demande adressée à son siège social.

ART 16 - LA PRESCRIPTION

Le délai de prescription de toute action dérivant du présent contrat est de deux ans à compter du jour de l'événement qui lui a donné naissance (Articles L.221-11et 12 du Code de la mutualité).

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 du Déléataire de gestion 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 développés par Swisslife Prévoyance et Santé, 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 au Déléataire de gestion par simple courrier à l'adresse précitée.

ART 18 - 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 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 des Assurances et des Mutuelles (ACAM) - 61 rue Taitbout - 75009 Paris

ART 20 - VOS POSSIBILITES DE RENONCIATION**En cas de vente à distance**

Si votre adhésion est souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance (articles L221-18 du code de la mutualités et L121-20-8 du code de la consommation), elle peut être exécutée immédiatement et intégralement dès sa conclusion, à votre demande expresse. Dans ce cadre, et conformément aux textes précités, vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour vous rétracter à compter de la date de conclusion de votre adhésion (envoi des documents contractuels par le Déléataire de gestion). Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée au Déléataire de gestion. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre ci-après. La cotisation dont vous êtes redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de votre adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle rétractation.

En cas de vente par démarchage à domicile ou sur le lieu de travail

Si votre adhésion est effectuée lors d'un démarchage à votre domicile, à votre résidence ou à votre lieu de travail (article L. 112-9 - I. du code des assurances), vous disposez d'un délai de 14 jours, à compter du jour de

la conclusion du contrat, pour renoncer à votre souscription par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

En cas de rétractation :

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

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

Modèle de lettre de renonciation :

Messieurs,

Je soussigné (Nom et Prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à la souscription de mon adhésion au contrat (numéros du contrat et d'adhésion), que j'ai signée le (date).

(si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

(Signature de l'adhérent)

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 de 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 comprise entre deux échéances principales.

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.

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.

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.

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.

Annexe : Tableau de garanties

Compte tenu de la spécificité du contrat qui correspond à une couverture sur-complémentaire, les garanties du présent contrat ne respectent l'ensemble des dispositions du cahier des charges du contrat dit "Responsable".

Lorsqu'elles ne le sont pas sous forme de forfait en Euros, les prestations mentionnées dans le tableau sont exprimées en pourcentage des bases de remboursement du RO. Elles s'entendent en plus des remboursements versés par le RO et le RC de l'assuré. Dans tous les cas dans la limite de la dépense réellement engagée, à l'exception des forfaits cure thermique et naissance. Les garanties ne prennent pas en charge la majoration du ticket modérateur appliquée par le RO dans certaines situations, les dépassements d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins, la participation forfaitaire, ainsi que des franchises instituées.

Pour bénéficier des remboursements, délai d'attente de :

1) 3 mois - (2) 6 mois - (3) 9 mois pour le forfait naissance.

(4) En cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans l'allocation est versée dans la limite des frais réellement exposés.

