

**NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES AU CONTRAT « POLICE 4 »**

**GARANTIES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ**

- N° 616/073844 (FORMULE ESSENTIELLE), N° 616/073845 (FORMULE CONFORT),

- N° 616/073930 (FORMULE PRIVILÈGE)

**GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL**

- N°615/073931



Le contrat a été conclu entre les soussignés :

**ALLIANCE SANTE**

Association

18 rue Alphonse KARR

06000 NICE

ci-après dénommée "**L'ASSOCIATION CONTRACTANTE**", d'une part,

et

**GROUPAMA GAN VIE**

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 € (entièrement versé)

RCS Paris 340 427 616 - APE 6511Z

Siège social : 8-10 rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08

Entreprise régie par le code des assurances et soumise à

l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 4 place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09

ci-après dénommé "**L'ASSUREUR**", d'autre part.

par l'intermédiaire de **PIERRE PAYA ASSURANCES**

# Sommaire des Conditions Générales

## Titre 1 - GÉNÉRALITÉS

Article 1 - *Objet du contrat*

Article 2 - *Définitions*

## Titre 2 - GARANTIES SANTÉ

Article 3 - *Personnes garanties*

Article 4 - *Formules de garanties*

Article 5 - *Etendue territoriale des garanties - Nature des remboursements*

Article 6 - *Montant des remboursements*

Article 7 - *Risques exclus*

Article 8 - *Règlement des prestations*

Article 9 - *Naissance*

Article 10- *Cure thermale*

Article 11 - *Allocation d'obsèques*

Article 12 - *Tiers payant*

Article 13 - *Formules de garanties - Montant des prestations*

## Titre 3 – GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL

Article 14 - *Etendue territoriale*

Article 15 - *Garanties Arrêt de travail*

## Titre 4 – EXÉCUTION DU CONTRAT

Article 16 - *Référence légale*

Article 17 - *Date d'effet - Durée et renouvellement du contrat*

Article 18 - *Adhésion des membres de l'association contractante*

Article 19 - *Prise d'effet de l'inscription au contrat et des garanties*

Article 20 - *Cessation de l'adhésion et des garanties*

Article 21 - *Information des adhérents*

Article 22 - *Réclamation - Médiation - Protection des données personnelles*

## Titre 5 - COTISATION

Article 23 - *Cotisation*

## Titre 6 - RÉVISION

Article 24 - *Révision*

## → Titre 1 – Généralités

L'Association ALLIANCE SANTE a souscrit auprès de Groupama Gan Vie, par l'intermédiaire de PIERRE PAYA ASSURANCES, un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative proposant des garanties Santé et Arrêt de travail.

### Article 1 – Objet du contrat

Au titre des garanties Santé, le contrat est complémentaire au régime obligatoire de protection sociale et a pour objet le versement de prestations, dans la limite des frais réels, en remboursement des frais de santé engagés par l'adhérent et, sous réserve d'être inscrit au contrat, par les membres de sa famille (son conjoint ou son partenaire ou son concubin et ses enfants à charge) ci-après définis.

3 formules de garanties, référencées n° 616/073844 (Formule Essentielle), n° 616/073845 (Formule Confort), n°616/073930 (Formule Privilège), accordant des niveaux différents de remboursement et de prestation sont proposées. Les tableaux figurant à l'article 13 reprennent les garanties prévues dans le cadre de chaque formule. La formule retenue par l'adhérent est applicable tant à lui-même qu'à ses ayants droit inscrits au contrat et est indiquée au certificat d'adhésion.

Ces garanties satisfont aux conditions exigées par les Pouvoirs publics pour répondre aux définitions de « contrat solidaire » et « contrat responsable » au sens de l'article 2 ci-après. Les frais de santé pris en compte par l'assureur, classés selon leur nature (maladie, maternité, prévention,...), sont décrits en détail à l'article 5 au Titre 2.

Le contrat prévoit également, quelle que soit la formule de garanties Santé retenue :

- une garantie Allocation d'obsèques qui a pour objet le versement d'une indemnité en cas de décès de l'adhérent ou de décès de son conjoint, partenaire ou concubin ou d'un enfant à charge âgé de 12 ans au moins inscrit au contrat au titre des garanties Santé,
- une garantie Arrêt de travail de l'Adhérent référencée sous le n° 615/073931. Cette garantie permet le maintien du revenu net d'activité ainsi qu'un maintien proportionnel des primes. Les prestations de cette garantie sont décrites en détail au Titre 3.  
Cette garantie peut également être accordée à titre facultatif au conjoint, partenaire ou concubin de l'adhérent, sous réserve que ce conjoint, partenaire ou concubin soit lui-même fonctionnaire de police ou d'une autre administration, qu'il soit inscrit au contrat au titre des garanties Santé et qu'il demande expressément à bénéficier de cette garantie.
- des services d'assistance définis dans l'annexe au contrat intitulée « Services Assistance Premium » accordés par Mutuaide Assistance, étant précisé que le numéro de protocole relatif aux services accordés par Gan Assistance est KG. La référence de l'annexe relative à ces services est 232333.

### Article 2 – Définitions

**Accident :** Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

**Adhérent :** Fonctionnaire de police ou membre des Compagnies Républicaines de Sécurité, membre de l'association contractante à jour de ses cotisations, présenté par ALLIANCE SANTE, adhérent au contrat :

- répondant aux conditions d'adhésion prévues à l'article 18,
- relevant d'un régime obligatoire de protection sociale tel que défini ci-après.

**Assureur et délégataire :** Groupama Gan Vie (assureur), lequel a confié à HENNER-GMC (délégataire), tout ou partie de la gestion de chaque adhésion au contrat et de la mise en oeuvre des garanties afférentes au contrat. HENNER-GMC - peut être contacté au 14 boulevard du Général Leclerc 92200 Neuilly-sur-Seine.

**Auxiliaires médicaux :** Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le régime obligatoire de protection sociale.

**Ayant(s) droit :** Pour l'application des dispositions du contrat, sont considérés comme ayant(s) droit, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat : le conjoint, partenaire ou concubin de l'adhérent et les enfants à charge (tels que définis ci-après).

**Base de remboursement (BR) :** Tarif servant de référence au régime obligatoire de protection sociale pour déterminer le montant de son remboursement. On distingue :

- le tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance Maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance Maladie obligatoire et les représentants de cette profession.

- le tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance Maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

- le tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

**100 % santé :** Dispositif par lequel certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires sont intégralement remboursées par le régime obligatoire de protection sociale et les contrats de complémentaire santé responsables (donc sans frais restant à la charge des personnes assurés) sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés (prix limites de vente pour les équipements d'optique et les aides auditives et honoraires limites de facturation pour les prothèses dentaires).

Pour ces soins identifiés sous le terme de panier « 100 % santé », qui sont définis règlementairement, les opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100 % santé ».

Les contrats Complémentaire santé responsables doivent obligatoirement rembourser la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste et le montant remboursé par le régime obligatoire de protection sociale, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100 % santé ».

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100 % santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100 % santé », sous réserve qu'il en existe un qui réponde au besoin de santé.

**Chirurgie réfractive :** Désigne les différentes techniques chirurgicales (telle notamment l'opération de la myopie au laser) qui permettent de corriger les défauts visuels. Le régime obligatoire de protection sociale ne prend pas en charge ces opérations.

**Concubage :** Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

**Concubin** Personne vivant en concubinage avec l'adhérent, bénéficiant d'un régime obligatoire de protection sociale, dans la mesure où :

- l'adhérent et le concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est à dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité – PACS avec une autre personne),
- une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'adhérent et celui de son concubin est adressée à l'assureur.

En cas de concubins multiples, seul le concubin qui se trouve à la charge effective, totale et permanente de l'adhérent sera pris en considération. A défaut ou en cas de pluralité de concubins répondant à cette dernière définition, seul le plus âgé, sera retenu.

**En cas de mariage de l'adhérent ou de conclusion d'un PACS par l'adhérent, le concubin ne peut plus être considéré comme ayant droit.**

L'assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de la situation de concubinage, notamment une attestation du Régime obligatoire de protection sociale ainsi que toutes pièces libellées au nom des 2 concubins ou de chacun d'entre eux, de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif, datées de moins de 3 mois et faisant mention du domicile, telles que contrat de bail, facture, relevé bancaire, avis d'imposition, permettant de justifier de l'existence du domicile commun.

**Conjoint :** Personne mariée avec l'adhérent, non séparée de corps judiciairement, bénéficiant d'un régime obligatoire de protection sociale, exerçant ou non une activité professionnelle.

**Contractante :** Association ALLIANCE SANTE : Personne morale qui souscrit le contrat afin d'en faire bénéficier ses adhérents et s'engage aux obligations correspondantes.

**Contrat "solidaire et responsable" :** Une Complémentaire santé est qualifiée de :

- « solidaire » lorsque s'agissant d'un contrat d'assurance de groupe, l'organisme assureur ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts,
- « responsable » lorsqu'elle répond aux conditions définies par l'article L871-1 du code de la Sécurité sociale et les textes publiés pour son application (articles R871-1 et R871-2 du code de la Sécurité sociale).  
Une Complémentaire santé « responsable » doit :
  - prendre en charge l'intégralité du ticket modérateur (exception possible pour certains frais ou actes limitativement énumérés par l'article R871-2 précité),
  - prendre intégralement en charge dans la limite des prix limites de vente et honoraires limites de facturation les frais d'acquisition d'aides auditives, de lunettes (soit pour un équipement complet : une monture et deux verres) et

de prothèses dentaires appartenant au panier « 100 % santé » ;

Cette prise en charge doit intervenir dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020 en ce qui concerne les frais d'acquisition de lunettes et certaines prothèses dentaires appartenant au panier « 100 % santé » (couronnes, bridges et inlay core) à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 en ce qui concerne les frais d'acquisition d'aides auditives et de certaines autres prothèses dentaires appartenant au panier « 100 % santé » (prothèses amovibles).

- lorsqu'elle prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins :
  - prévoir des montants de remboursement complémentaires inférieurs lorsque le médecin n'adhère pas à l'un des DPTAM définis ci-après,
  - limiter en tout état de cause, le remboursement des dépassements d'honoraires de ce médecin à un plafond spécifique ;
- prendre en charge le forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée,
- lorsqu'elle prévoit la prise en charge des frais d'acquisition de lunettes (soit pour un équipement complet : une monture et 2 verres) n'appartenant pas au panier « 100 % santé » au-delà de la base de remboursement retenue par le régime obligatoire de protection sociale : fixer le montant de son remboursement complémentaire à l'intérieur des plafonds et plafonds de garantie (intégrant un remboursement plafonné de la monture) et respecter les fréquences de prise en charge de ces frais.
- lorsqu'elle prévoit la prise en charge des frais d'acquisition d'aides auditives n'appartenant pas au panier « 100 % santé » au-delà de la base de remboursement retenue par le régime obligatoire de protection sociale : fixer le montant de son remboursement complémentaire dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation pour ces frais et respecter les fréquences de prise en charge de ces derniers.

La Complémentaire santé « responsable » doit également permettre à la personne assurée de bénéficier auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent ce dispositif, d'un système de Tiers Payant tel que défini à l'article 12 ci-dessous.

**En revanche, une Complémentaire santé « responsable » ne rembourse pas :**

- **les majorations du ticket modérateur appliquées à titre de sanction par le régime obligatoire de protection sociale, lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus :**
  - n'a pas choisi de médecin traitant,
  - ou consulte un médecin hors parcours de soins,
- **tout ou partie des dépassements d'honoraires que certains médecins spécialistes sont autorisés à appliquer pour les consultations et actes réalisés hors parcours de soins coordonnés,**
- **la participation forfaitaire, applicable pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale ainsi que prévu au II de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale.**
- **Les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport, ainsi que prévu au III de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale.**

**Couverture complémentaire santé minimale des salariés :** Une Complémentaire santé satisfait à la couverture complémentaire santé minimale des salariés prévue à l'article L911-7 du code de la Sécurité sociale dès lors qu'elle répond à la définition de « contrat responsable » indiquée ci-dessus. Elle doit en outre, prévoir des montants de remboursement complémentaires au moins égaux aux montants minimaux mentionnés à l'article D911-1 du code précité.

En application de ce dernier article, la Couverture complémentaire santé minimale des salariés améliore les remboursements prévus dans le cadre de la législation sur les Complémentaires santé responsables par les prises en charge suivantes :

- **prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques et des frais de soins d'orthopédie dentofaciale** à hauteur au moins de 125 % du tarif retenu par le régime obligatoire de protection sociale pour calculer ses prestations (remboursement du régime obligatoire de protection sociale compris),
- **une prise en charge minimum plus élevée en optique pour certains frais de lunettes**, fixée à :
  - 100 € pour un équipement mentionné au a) du 3<sup>e</sup> de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale,
  - 150 € pour un équipement mentionné au b) et au d) du 3<sup>e</sup> de l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

Les autres limites relatives au montant minimum des remboursements ou à la fréquence de prise en charge des frais d'optique par l'assurance maladie complémentaire prévues par la législation sur la Couverture complémentaire santé minimale des salariés sont identiques à celles prévues

par la législation pour une Complémentaire santé responsable.

**Dépassement d'honoraires :** Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement du régime obligatoire de protection sociale et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

**Devis établi par les professionnels de santé :** Document établi par certains professionnels de santé, présentant les soins ou les prestations proposés et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

**Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM) - Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) - Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) :** Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-CO) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins du secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2013).

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, le site [annuaire.sante.ameli.fr](http://annuaire.sante.ameli.fr) est à la disposition de tous.

**Enfant à charge :** Enfant de l'adhérent, de son conjoint, partenaire ou de son concubin :

- âgé de moins de 21 ans relevant d'un régime obligatoire de protection sociale,
- âgé de moins de 28 ans s'il remplit l'une des conditions suivantes :
  - poursuivre des études ou être sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le code du travail. L'enfant devra justifier de la poursuite d'études par tout moyen probant, notamment un certificat de scolarité ou une carte d'étudiant en cours de validité, au titre de l'année concernée. S'il ne peut justifier de la poursuite d'études ou d'un contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le code du travail, tel que ci-avant prévu, il devra être à la charge du foyer fiscal de l'adhérent ou de son concubin en raison de sa prise en compte dans le quotient familial au titre de l'impôt sur le revenu.
  - être à la recherche d'un premier emploi, inscrit au Pôle Emploi et avoir terminé ses études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
- quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoit l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés. La personne handicapée qui remplit les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais à laquelle celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources peut être garantie.

**Évolution de la vue :** La justification d'une évolution de la vue (selon les seuils définis par la réglementation et figurant dans la liste mentionnée à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale) entraînant la prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale et l'assureur d'une paire de lunettes (soit une monture et deux verres) par période d'un an au lieu de deux pour les adultes et enfants de 16 ans et plus, et sans délai, uniquement pour les verres, pour les enfants de moins de 16 ans résulte :

- soit de la prescription médicale précisant le changement de la correction, soit, dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec adaptation à la vue par l'opticien, du devis ou de la facturation qu'il réalise et qui précise la nouvelle correction. Celle-ci doit être comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet, pour la personne considérée, d'un remboursement par la complémentaire santé.

**Honoraires :** Il s'agit de la rémunération d'un professionnel de santé libéral.

Les honoraires peuvent être perçus dans un établissement hospitalier (en clinique ou dans le cadre du secteur privé à l'hôpital) ou dans un cabinet.

Les honoraires médicaux (perçus par les médecins et les sages-femmes) se distinguent des honoraires paramédicaux (perçus par les professionnels paramédicaux).

**Honoraire Limite de Facturation (HLF) :** Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné.

**Hospitalisation :** Séjour comportant au moins une nuitée dans un établissement de santé (public ou privé) en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient.

**Hospitalisation ambulatoire :** Séjour d'une durée inférieure à 24 heures consécutives et sans nuitée dans un établissement de santé (hôpital, clinique), le patient arrivant et repartant le même jour.

**Implantologie dentaire :** L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis) dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles est ensuite fixée une prothèse. Hormis la prothèse, l'implantologie n'est pas remboursée par le régime obligatoire de protection sociale.

**Inlays et onlays :** Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Les inlays et onlays ne sont pas des prothèses.

**Maladie :** Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

**Matériel médical :** Biens médicaux figurant sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par le Régime obligatoire de protection sociale.

Il s'agit notamment de matériels d'aide à la vie ou nécessaires à certains traitements : pansements, orthèses, attelles, prothèses externes, fauteuils roulants, lits médicaux, béquilles...

Synonyme : dispositifs médicaux (DM), appareillage (petit ou grand)

**Maternité :** Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est considérée ni comme une maladie, ni comme un accident.

**Médecin traitant :** Médecin généraliste ou spécialiste choisi par l'assuré social ou par chaque ayant droit âgé de 16 ans ou plus ou encore par l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale pour les ayants droit âgés de moins de 16 ans, et dont le nom est communiqué à l'organisme gestionnaire du régime obligatoire de protection sociale de chacun des intéressés.

**Médecin correspondant :** Médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant.

**Médecin à accès direct autorisé :** Pour certains actes précisés relevant de leur spécialité, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins coordonnés.

**Nomenclature :** Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont :

- pour les actes cliniques (consultations, visites) des sages-femmes, des chirurgiens-dentistes et des médecins ainsi que pour les actes des auxiliaires médicaux et les actes d'orthodontie : la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),
- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...) : la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- pour les actes de biologie médicale : la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage...) : la Liste des Produits et Prestations (LPP),

pour les soins hospitaliers : Les Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

**Optique :** Les équipements optiques sont des dispositifs médicaux qui permettent de corriger les troubles de la vue tels que l'hypermétropie, l'astigmatisme, la myopie ou encore la presbytie.

Il peut s'agir de lunettes (une monture + deux verres) ou de lentilles.

La chirurgie réfractive permet également de corriger certains troubles visuels.

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2020, les équipements entrant dans le panier «100 % santé» sont remboursés intégralement par les contrats de Complémentaires santé responsables, en sus du remboursement du Régime obligatoire de protection sociale, dans la limite des prix maximum que les opticiens s'engagent à respecter. L'offre «100 % santé» n'est pas exclusive : il est possible d'opter pour un équipement «mixte» composé de verres de l'offre «100 % santé» et d'une monture «Hors 100 % santé», ou inversement.

**Orthodontie :** Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes.

Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations ou les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

**Pacte civil de solidarité – PACS :** Un pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil).

**Parcours de soins coordonnés :** Circuit que les patients doivent respecter (hors hospitalisation) pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement, sans application de sanctions. Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire de protection sociale âgés de plus de 16 ans.

Un patient est considéré comme étant toujours dans le parcours de soins, lorsque se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique de son lieu de résidence habituelle, ainsi que prévu à l'article L162-5-3 du code de la Sécurité sociale, il consulte un autre médecin que son médecin traitant.

**Parodontologie :** Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...). Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus.

Ces traitements ne sont qu'exceptionnellement pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale.

**Partenaire :** Personne liée à l'adhérent par un PACS, bénéficiant d'un régime obligatoire de protection sociale.

**Personnes assurées :** L'adhérent et le cas échéant, ses ayants droit inscrits au contrat.

**Prix Limite de Vente (PLV) :** Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le pris de vente est libre.

**Régime obligatoire de protection sociale :** Régime obligatoire de Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole ou tout autre régime spécial légalement obligatoire de garanties sociales de salariés, et éventuellement le régime de Sécurité sociale des Travailleurs non salariés ou le régime de la Sécurité sociale des étudiants pour les ayants droit de l'adhérent.

**Soins dentaires :** Ensemble des actes du chirurgien-dentiste ou du stomatologue qui contribuent à la prévention et aux premiers soins à apporter en cas de problème dentaire : il s'agit des consultations, des soins conservateurs tels que le détartrage ou le traitement d'une carie, mais aussi des soins chirurgicaux essentiels.

Le praticien conventionné a l'obligation de respecter les tarifs fixés par l'assurance maladie obligatoire française pour ces soins, pour lesquels il ne peut donc pas pratiquer de dépassements d'honoraires (hormis pour les inlays-onlays).

**Soins courants :** Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux. Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires... Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont considérées comme des soins de ville.

Synonymes : soins ambulatoires, soins de ville, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires.

**Ticket modérateur :** Somme, telle que définie au I de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale, restant à la charge de l'assuré égale à la différence entre la base de remboursement retenue par le régime obligatoire de protection sociale et le montant du remboursement dû par ce régime (avant application sur ce montant de la participation forfaitaire ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accidents du travail...), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...

La participation forfaitaire, les franchises et les dépassements d'honoraires s'ajoutent éventuellement au ticket modérateur, l'ensemble de ces sommes étant laissées à la charge de l'assuré par le régime obligatoire de protection sociale.

**Tiers payant :** Système de paiement qui évite à l'adhérent de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le régime obligatoire de protection sociale et/ou l'organisme assureur Complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

Les définitions ci-dessus ont pour but d'aider les personnes assurées par le contrat (qu'il s'agisse des adhérents eux-mêmes et/ou de leurs ayants droit inscrits au contrat) à mieux comprendre les garanties dont ils bénéficient au titre du présent contrat complémentaire santé.

Les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats Complémentaire santé.

Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante : <http://www.unocam.fr>.



## → Titre 2 – Garanties Santé

### Article 3 – Personnes garanties

Selon le choix de l'adhérent et sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, les garanties du contrat sont accordées :

- à l'adhérent et, sous réserve qu'il soit également inscrit à l'adhésion au contrat et que la cotisation nécessaire à sa prise en charge soit payée à l'assureur, à son conjoint, partenaire ou concubin tel que défini à l'article 2 ; l'adhérent et le cas échéant, son conjoint, partenaire ou concubin, étant alors rattachés chacun individuellement à la catégorie « **adulte** »,
- aux enfants à charge de l'adhérent au sens de l'article 2, sous réserve que les enfants considérés soient chacun individuellement inscrits au contrat et que les cotisations nécessaires à leur prise en charge soient payées à l'assureur ; les enfants considérés étant alors rattachés chacun individuellement à la catégorie « **enfant** ».

L'inscription à l'adhésion au contrat des ayants droit de l'adhérent (conjoint, partenaire du PACS ou concubin et enfants à charge) est laissée, et ce pour chacun d'entre eux individuellement, au libre choix de l'adhérent. En conséquence, celui-ci peut demander l'inscription (ou la radiation) de certains ou de l'ensemble de ses ayants droit tant à l'origine que postérieurement à son adhésion au contrat dans les conditions définies ci-après.

### Article 4 - Formules de garanties

Le contrat Complémentaire santé « Police 4 » prévoit 3 formules de garanties. Chaque adhérent souscrit la formule de son choix, **applicable tant pour l'adhérent lui-même que pour ses ayants droit éventuellement inscrits au contrat**. Le choix de la formule de garanties doit être effectué par chaque adhérent lors de son adhésion au contrat et devra être indiqué sur le bulletin individuel d'affiliation complété et signé par l'adhérent.

**Ultérieurement, l'adhérent conserve la possibilité de changer de formule de garanties, tant pour lui-même que pour ses ayants droit éventuellement inscrits au contrat :**

- à effet du **1<sup>er</sup> avril de chaque année sous réserve d'en faire la demande à l'assureur 2 mois au moins avant cette date.**
- en cas de changement de situation de famille (en cas de mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, divorce, rupture du PACS ou cessation du concubinage, décès du conjoint, partenaire du PACS ou concubin, naissance d'enfant...) **sous réserve de déclarer ce changement de situation de famille et d'indiquer à l'assureur la nouvelle formule de garanties retenue dans un délai de 2 mois suivant la date du changement de situation de famille.**

Pour toute demande de modification, l'adhérent devra compléter et signer un nouveau bulletin fourni par l'assureur sur lequel il indiquera la nouvelle formule de garanties et le cas échéant la (ou les) modifications de sa situation de famille.

**Il est précisé que le changement de la formule de garanties n'est possible qu'après deux années consécutives d'adhésion à une même formule.**

**En tout état de cause, dans tous les cas, l'adhérent et l'ensemble de ses ayants droit inscrits au contrat doivent bénéficier de la même formule de garanties.**

**Si les délais de 2 mois ci-dessus ne sont pas respectés ou si le nouveau choix exprimé par l'adhérent est irrecevable, l'adhérent et ses ayants droit inscrits au contrat continueront à bénéficier de la formule de garanties précédemment retenue.**

L'adhérent qui modifie sa formule de garanties à la baisse, ne pourra à nouveau souscrire à une formule à la hausse qu'en cas de modification de sa situation de famille dans les conditions exposées ci-dessus.

Toute modification de la formule de garanties donnera lieu à l'établissement d'un nouveau certificat d'adhésion au contrat.

### Article 5 - Étendue territoriale des garanties – Nature des remboursements

#### 1) ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent :

- en France ou dans l'un des Etats membres de l'Union européenne ou de l'Association européenne de libre-échange sous réserve de la prise en charge des frais par un régime obligatoire de protection sociale en application des dispositions de la législation sociale française ou selon les dispositions de la législation et les formalités en vigueur dans le pays où les frais ont été engagés.
- dans les pays autres que ceux visés ci-dessus pour lesquels le régime obligatoire de protection sociale français accepte d'accorder des prestations.

**En tout état de cause, les frais engagés dans ces pays et qui ne donnent pas lieu à remboursement par le régime obligatoire de protection sociale français, ne sont pas pris en charge par l'assureur.**

#### 2) NATURE DES REMBOURSEMENTS

L'assureur rembourse, dans les conditions et limites prévues à l'article 13 selon la formule retenue, les actes et frais définis ci-après par référence aux nomenclatures de la Sécurité sociale française et **donnant lieu à prestation en nature de la part du régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance Maladie et Maternité.**

Les frais de santé et actes pris en compte par l'assureur sont les suivants :

##### A/ Hospitalisation

- Honoraires.
- Actes chirurgicaux
- Frais de séjour.
- Frais de transport sanitaire pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale.
- Forfait journalier des établissements hospitaliers (hors établissements médico-sociaux) laissé à la charge des assurés par le régime obligatoire de protection sociale pour son montant fixé par l'arrêté prévu à l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale.

##### B/ Soins courants

- Honoraires médicaux.
- Honoraires paramédicaux.
- Analyses et examens de laboratoire.
- Radiologie et petite chirurgie.
- Médicaments : pharmacie prescrite prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale.
- Matériel médical : frais d'appareillages, de prothèses (hors aides auditives, optique et prothèses dentaires), d'orthopédie (y compris renouvellement, réparations, frais d'expédition du matériel et frais de déplacement de l'intéressé).
- Frais de transport sanitaire pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale.
- Cures thermales prises en charge par le régime obligatoire de protection sociale (y compris hospitalisation).
- Frais de déplacement des professionnels de santé.
- Frais de garde-malade pour soins à domicile, sur prescription médicale.

##### C/ Aides auditives

- Aides auditives prescrites médicalement.

##### D/ Optique

- Frais de lunettes (verres, monture) et de lentilles prescrits médicalement (sauf exceptions prévues par le code de la Santé publique).
- Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien lors du renouvellement de l'équipement.

##### E/ Dentaire

- Frais de soins dentaires, d'inlays/onlays.
- Frais de prothèses dentaires (dont inlay core).
- Frais d'orthodontie.

**Sous réserve de mention spéciale figurant à l'article 13 dans le cadre de la formule retenue, les actes ou frais énumérés ci-après sont également pris en charge par l'assureur.**

- les frais de chambre particulière, y compris en chirurgie ambulatoire
- les frais d'accompagnant d'une personne assurée hospitalisée (hébergement et nourriture) facturés par l'établissement hospitalier, y compris dans les « maisons de parents »,
- les actes ou frais suivants non pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale :
  - les consultations diététiques (ces actes doivent être effectués par un diététicien possédant un numéro d'enregistrement au répertoire ADELI délivré par l'Agence régionale de santé du lieu d'exercice),
  - les actes ou frais d'acupuncture, consultations de psychanalystes, de psychologues, consultations ou frais de psychomotriciens, ou d'ergothérapeutes (ces actes doivent être effectués par des professionnels de santé appartenant au corps médical et/ou possédant un numéro d'enregistrement au répertoire ADELI délivré par l'Agence régionale de santé du lieu d'exercice),
  - les actes ou frais de chiropraxie, d'ostéopathie, de psychothérapie (le praticien qui a effectué les actes doit satisfaire aux dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur : praticien ayant un titre exclusif et un code ADELI correspondant à l'une des trois spécialités ci-dessus ou professionnel de santé ayant la qualité de médecin, auxiliaire médical, sage-femme, en outre, en ce qui concerne l'ostéopathie et la chiropraxie, les actes effectués doivent également satisfaire aux

dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur.)

Et lorsqu'ils sont prescrits médicalement :

- les frais de vaccins,
- les frais de moyens contraceptifs,
- les substituts nicotiques,
- les lentilles correctrices figurant à la nomenclature,
- les frais de chirurgie réfractive.
- les actes d'orthodontie,
- les frais de prothèses dentaires. *Toutefois, les frais de prothèses dentaires provisoires ne sont pas pris en charge par l'assureur,*
- les frais de parodontologie et implantologie.
- les frais d'hébergement et de transport engagés lors d'une cure thermale pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale.

### 3) PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN

L'assureur prend en charge les actes de prévention ouvrant droit à remboursement de la part du régime obligatoire de protection sociale, au titre de l'un des postes prévus au paragraphe 2), selon leur nature, dans les conditions indiquées à l'article 13 dans le cadre de la formule retenue.

**De plus, sous réserve de mention spéciale figurant à l'article 13 dans le cadre de la formule retenue, sont également pris en charge dans les conditions figurant audit article et s'ils sont prescrits médicalement, les frais d'ostéodensitométrie.**

### Article 6 - Montant des remboursements

Le remboursement des frais et actes énumérés à l'article 5 - Étendue territoriale des garanties – Nature des remboursements - est déterminé **par acte** par l'assureur, **et dans la limite des frais réellement engagés.**

Le montant des remboursements de l'assureur est indiqué à l'article 13 dans le cadre de chaque formule, la formule de garanties retenue étant indiquée au certificat d'adhésion.

→ [Dispositions spécifiques concernant les frais pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance Maternité](#)

Sauf mention contraire expresse figurant à l'article 13 dans le cadre de chaque formule, les limites et montants de remboursements prévus au contrat sont applicables indistinctement par l'assureur pour déterminer le montant des prestations complémentaires qu'il doit, que les frais aient été pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance Maladie ou de l'assurance Maternité.

→ [Dispositions applicables dans le cadre des contrats « responsables » et de la « couverture complémentaire santé minimale des salariés »](#)

Il est rappelé que les montants minimum de remboursement ainsi que les limites et/ou montants maximum de remboursement, prévus par la réglementation définissant les notions de « contrat responsable » et de « couverture complémentaire santé minimale des salariés » et indiqués à l'article 2 ci-dessus, sont applicables dans le cadre du contrat.

→ [Autres limites concernant le montant des remboursements](#)

• En ce qui concerne les actes pour lesquels le dépassement d'honoraires n'est pas autorisé, l'assureur établit son remboursement en fonction de la base de remboursement retenue par le régime obligatoire de protection sociale pour calculer sa prestation.

• En aucun cas l'assureur ne peut prendre en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration au régime obligatoire de protection sociale.

→ La prestation de l'assureur pour les actes médicaux et d'hospitalisation engagés lors d'une cure thermale prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale est limitée au montant du ticket modérateur.

→ [Assurances cumulatives](#)

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent ou ayant droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du code de la Sécurité sociale.

Pour l'application des dispositions ci-dessus, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'adhérent ou ayant droit peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

**SOUS PEINE DE DÉCHÉANCE, L'ADHÉRENT DOIT FAIRE LA DÉCLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DURÉE DE L'AFFILIATION AU CONTRAT.**

La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par l'assureur pour chaque poste ou acte garanti.

→ [Disposition applicable dans chacun des cas de déchéance de garanties prévus ci-dessus](#)

Dans les cas de déchéance de garanties prévus ci-dessus, l'assureur prendra néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimum de prestations prévus par la réglementation applicable au contrat « responsable », compte tenu du montant des dépenses réellement engagées par la personne assurée.

### Article 7 - Risques exclus

Seuls sont exclus de l'assurance dans le cadre des garanties souscrites, les frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature du régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance Maladie ou de l'assurance Maternité. Toutefois, sur mention spéciale figurant à l'article 13, certains frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature du régime obligatoire de protection sociale peuvent être pris en charge par l'assureur.

Les frais ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge, sauf mention spéciale figurant à l'article 13. Les prothèses dentaires provisoires ne sont jamais prises en charge par l'assureur.

### Article 8 - Règlement des prestations – Déchéance des garanties – Fausses déclarations – Recours subrogatoire

#### 1). RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

##### 1.1 DEMANDES DE REMBOURSEMENT ET VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de remboursement doivent être présentées à l'assureur dans un délai de 3 mois suivant les soins ou la date de la facture d'hospitalisation ou à la fin de chaque période de trois mois pour les maladies de longue durée. Les prestations dues par l'assureur au titre du contrat sont payables en France et en euros.

##### 1.2 PIÈCES JUSTIFICATIVES

Sauf dans le cas de télétransmission par l'organisme gestionnaire du régime obligatoire de protection sociale dont relève la personne assurée, du décompte de ses prestations, le remboursement de l'assureur intervient sur présentation :

- des bordereaux du régime obligatoire de protection sociale,
- accompagnés d'une pièce justificative du montant des frais réels lorsqu'ils ne sont pas indiqués sur le bordereau délivré par ce régime ou lorsque celui-ci n'intervient pas.

Il est précisé que pour les actes ou frais refusés ou non pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale mais garantis au titre du contrat, le remboursement de l'assureur est subordonné à la présentation de factures détaillées et de pièces justificatives complémentaires, dont les prescriptions médicales le cas échéant.

Toutefois, pour les actes et traitements dentaires à honoraires libres ou ceux non pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale, le remboursement de l'assureur est en tout état de cause subordonné à la fourniture :

- d'un devis préalable au traitement,
- et de la note d'honoraires détaillée suite au traitement.

En ce qui concerne le remboursement des actes ou frais de psychologie, psychothérapie, psychomotricité, d'ergothérapie, d'ostéopathie et de chiropraxie ou d'acupuncture (à condition toutefois que les actes considérés et le praticien qui les a effectués satisfassent aux conditions définies par les dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur), l'intervention de l'assureur est subordonnée à la fourniture d'une facture acquittée établie sur papier à en-tête, indiquant les coordonnées du praticien consulté ou qui a effectué les actes [nom, prénom, lieu d'exercice, adresse professionnelle], son numéro d'enregistrement au répertoire ADEL, permettant ainsi de vérifier sa qualité ainsi que les nom et prénom de la personne soignée et la date de réalisation des soins.

##### 1.3 CONTRÔLE MÉDICAL

L'assureur se réserve la possibilité de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires, tout justificatif à caractère médical devant être adressé au médecin conseil ou au professionnel de santé consultant de l'assureur sous pli confidentiel.

L'assureur se réserve également la possibilité d'effectuer des contrôles, voire des expertises médicales, effectués par un professionnel de santé indépendant choisi par l'assureur dont les honoraires sont à sa charge pour les frais dentaires, l'optique, l'hospitalisation, les aides auditives.

Lors de ces contrôles ou expertises, la personne assurée pourra se faire assister, à ses frais, du professionnel de santé de son choix ou opposer les conclusions de son propre praticien.

Si une personne assurée refuse de transmettre les justificatifs réclamés ou de se soumettre à l'expertise médicale demandée par l'assureur, celui-ci pourra refuser la mise en jeu de la garantie et le remboursement des frais considérés.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, la personne assurée devra adresser au médecin conseil de l'assureur, dans les trente (30) jours suivant la notification, sous enveloppe confidentielle, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre les éléments médicaux argumentés. Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal de grande instance de la résidence de la personne assurée, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième ainsi que les frais de sa désignation sont supportées à parts égales par les deux parties.

**En cas de récupération de la part du régime obligatoire de protection sociale, à la suite d'un contrôle de praticien effectué après un remboursement, l'assureur se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées à l'adhérent ou ayant droit, au titre du contrat.**

## 2) DÉCHÉANCE DES GARANTIES

**L'assureur pourra refuser le bénéfice des garanties à l'adhérent et/ou le cas échéant à ses ayants droit assurés, dès lors qu'il constate que ces derniers ont, intentionnellement, soit effectué une fausse déclaration de sinistre impactant une garantie du contrat, soit fourni de faux renseignements ou utilisés des documents faux, inexacts ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement**

## 3) FAUSSES DÉCLARATIONS

Conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du code des assurances, le présent contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.

Conformément aux dispositions de l'article L.113-9 du code des assurances, toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle dans la déclaration du risque entraîne :

- une augmentation de prime ou la résiliation du contrat, si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avec tout sinistre.
- une réduction de l'indemnité en proportion du taux de cotisation qui aurait été réellement due par rapport à la cotisation payée et une résiliation du contrat si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après le sinistre.

## 4) RECOURS SUBROGATOIRE

Il s'agit du droit pour l'assureur de récupérer auprès du responsable d'un sinistre les sommes qu'il a prises en charge.

Lorsqu'un adhérent et/ou le cas échéant ses ayants droit assurés sont atteints d'une affection ou sont victimes d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'assureur dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur. L'adhérent et/ou le cas échéant ses ayants droit assurés atteints de blessures imputables à un tiers doivent impérativement en informer l'assureur lors de la demande de prestations.

**Lorsque l'adhérent et/ou le cas échéant ses ayants droit assurés sont victimes d'un accident de la circulation (impliquant un véhicule automobile), ils doivent, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident qui le sollicite, le nom de leur assureur complémentaire santé en tant que tiers payeur.**

Conformément au code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'assureur dans ses droits en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

**Dans les cas de refus de garanties prévus ci-dessus, l'assureur prendra néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimum de prestations prévus par la réglementation applicable au contrat « responsable », compte tenu du montant des dépenses réellement engagées par la personne assurée.**

## Article 9 - Naissance

En cas de naissance d'un enfant de l'adhérent, l'assureur verse une indemnité sur présentation de l'acte de naissance de l'enfant et de justificatifs de frais restant à la charge de l'adhérent, après remboursement du régime obligatoire de protection sociale et, le cas échéant, de l'assureur au titre du Titre 2 ci-avant.

Cette indemnité est limitée, en tout état de cause, au montant de ces frais demeurant à charge avec un maximum fixé à l'article 13 dans le cadre de la formule de garanties retenue. Il est précisé que cette indemnité ne peut permettre le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à l'un des DPTAM définis à l'article 2 ci-dessus, au-delà des plafonds de prise en charge prévus par la réglementation sur les contrats complémentaires santé responsables.

Le montant de cette indemnité est fixé à l'article 13.

## Article 10 - Cure thermale

Pour chaque cure thermale prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale, l'assureur verse une indemnité sur présentation de justificatifs des frais d'hébergement et/ou de transport relatifs à la cure thermale considérée, restant à la charge de l'adhérent ou à celle de son ayant droit inscrit au contrat, après remboursement éventuel du régime obligatoire de protection sociale et, le cas échéant, de l'assureur tel que prévu ci-avant.

**Cette indemnité est limitée, en tout état de cause, au montant de ces frais demeurant à charge, avec un maximum fixé à l'article 13.**

## Article 11 – Allocation d'obsèques

### 1) DÉFINITION DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de verser une allocation en cas de décès de l'adhérent, de son conjoint, partenaire ou concubin et des enfants à charge âgés de 12 ans au moins.

Le montant de cette allocation est fixé en pourcentage du montant du plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS), celui-ci est retenu pour sa valeur en vigueur à la date du décès.

Le montant de l'allocation est indiqué à l'article 13.

Le montant de l'allocation versée par l'assureur est éventuellement limité selon les dispositions du paragraphe 2.2) ci-dessous.

En tout état de cause, le conjoint, partenaire ou concubin de l'adhérent ainsi que les enfants à charge âgés d'au moins 12 ans ne pourront être pris en considération pour l'application de cette garantie **qu'à la condition expresse qu'à la date de son décès l'ayant droit considéré ait été effectivement inscrit au contrat pour bénéficier également des autres garanties prévues par le contrat.**

**Aucune allocation ne peut être versée en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans.**

### 2) MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

#### 2.1) Formalités à accomplir en cas de sinistre :

La contractante doit déclarer le décès le plus rapidement possible en adressant à l'assureur les pièces justificatives nécessaires au règlement, notamment :

- une déclaration attestant que l'adhérent faisait toujours partie de ses membres à la date du décès,
- un extrait de l'acte de décès,
- tout document prouvant l'identité et la situation de famille,
- un justificatif du paiement des frais d'obsèques.

#### 2.2) Mode de règlement de la prestation :

L'allocation garantie est versée :

- en cas de décès de l'adhérent : au conjoint ou partenaire, à défaut et dans la limite du montant des frais d'obsèques engagés, à la personne ayant supporté les frais d'obsèques ;
- en cas de décès du conjoint, partenaire ou concubin ou d'un enfant : à l'adhérent ;
- en cas de décès simultané de ses ayants droits inscrits au contrat et de l'adhérent lui-même : dans la limite du montant des frais d'obsèques réellement engagés, à la personne ayant supporté les frais d'obsèques.

## Article 12- Tiers payant

Un service de TIERS PAYANT est mis à la disposition de l'adhérent au titre du contrat.

### 1) DÉFINITION - OBJET

Ce service permet aux personnes assurées de bénéficier auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent ce dispositif, de la dispense d'avance des frais :

- au moins à hauteur de la base de remboursement en ce qui concerne les prestations faisant l'objet des garanties du contrat et remboursées par le régime obligatoire de protection sociale ;
- pour l'intégralité de son montant (tel que fixé par l'arrêté prévu par l'article L.174-4 du code de la Sécurité sociale et sans limitation de durée en ce qui concerne le forfait journalier appliqué par les établissements hospitaliers.

### 2) MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

L'assureur délivre à chacun des adhérents une attestation de tiers payant qui devra être restituée à l'assureur dans toutes les circonstances suivantes :

- en cas de résiliation du contrat,
- si l'adhérent ou l'ayant droit ne remplit plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre du régime obligatoire de protection sociale dont il relève,
- en cas d'utilisation ou de tentative d'utilisation frauduleuse du système,
- et en tout état de cause en cas de cessation de l'adhésion ou dès lors que l'ayant droit ne répond plus à la définition de l'article 2.

**L'assureur se réserve le droit de réclamer, à l'adhérent ou l'ayant droit et le cas échéant au professionnel de santé, tout indu ou tout document relatif au système de tiers payant.**



### Article 13 – Formules de garanties - Montant des prestations

Les prestations versées par l'assureur dans le cadre de la formule retenue par l'adhérent, tant pour lui-même que pour l'ensemble de ses ayants droit inscrits au contrat, indiquées dans le tableau ci-après, intègrent les remboursements du régime obligatoire de protection sociale et ne s'ajoutent pas à ceux-ci.

Les prestations versées, cumulées à celles du régime obligatoire de protection sociale, sont limitées en tout état de cause aux frais réellement engagés par l'adhérent ou par ses ayants droit.

<b>Signification des abréviations utilisées par l'assureur dans le tableau ci-après :</b>				
<b>BR :</b> Base de remboursement du régime obligatoire de protection sociale telle que définie aux conditions générales				
<b>DPTAM :</b> Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée qui comprennent l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et l'OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie et Obstétrique).				
<b>FR :</b> Frais réellement engagés par la personne assurée sous déduction du remboursement du RO.				
<b>HLF :</b> Honoraires limites de facturation tels que définis aux conditions générales.				
<b>LPP :</b> Liste des Produits et Prestations établie par le régime obligatoire de protection sociale.				
<b>PLV :</b> Prix Limites de Ventes tels que définis aux conditions générales				
<b>PMSS :</b> Salaire Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur lors de l'événement ouvrant droit aux prestations. Il est fixé à 3428,00 € pour l'année 2020 et évolue chaque année. Ainsi au 1 <sup>er</sup> janvier 2020, 1 % PMSS est égal à 34,28 €. Il peut être consulté sur le site de la Sécurité sociale <a href="http://www.securite-sociale.fr">www.securite-sociale.fr</a> , rubrique La Sécurité sociale en chiffres – Principaux barèmes.				
<b>RO :</b> Régime obligatoire de protection sociale tel que défini aux conditions générales.				
DÉSIGNATION DES ACTES	Prestations : 100 % des Frais réels limités à :			
	Essentielle N° 616/073844	Confort N° 616/073845	Privège N° 616/073930	
<b>HOSPITALISATION</b>				
Honoraires	médecin adhérent à un DPTAM	100 % BR	150 % BR	250 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Actes chirurgicaux	médecin adhérent à un DPTAM	100 % BR	150 % BR	250 % BR
	médecin non adhérent à un DPTAM	100 % BR	100 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier		100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de séjour	établissement conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais d'accompagnant en cas d'hospitalisation d'une personne assurée, par jour		<b>Non garanti</b>	38,50 €	40 € <b>dans la limite de 60 jours par an</b>
Chambre particulière (y compris en centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, établissement ou service psychiatrique, maison de santé) d'une personne assurée, par jour		30 € par jour <b>dans la limite de 30 jours par an</b>	50 € par jour <b>dans la limite de 30 jours par an</b>	75 € par jour
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire pris en charge par le RO		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Hospitalisation à l'étranger (RO français)		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Naissance :				
Indemnité sur présentation de justificatifs des frais engagés ( <i>par dérogation à l'article 19, aucun délai d'attente n'est applicable au titre de l'indemnité de naissance</i> )		<b>Non garanti</b>	200 €	400 €
<b>SOINS COURANTS</b>				
Honoraires médicaux	généraliste adhérent à un DPTAM	100 % BR	130 % BR	150 % BR
	généraliste non adhérent à un DPTAM	100 % BR	110 % BR	130 % BR
	spécialiste adhérent à un DPTAM	100 % BR	130 % BR	200 % BR
	spécialiste non adhérent à un DPTAM	100 % BR	110 % BR	180 % BR
Petite chirurgie et actes de spécialités	adhérent à un DPTAM	100 % BR	130 % BR	150 % BR
	non adhérent à un DPTAM	100 % BR	110 % BR	130 % BR
Radiologie et imagerie médicale	adhérent à un DPTAM	100 % BR	130 % BR	150 % BR
	non adhérent à un DPTAM	100 % BR	110 % BR	130 % BR
Honoraires paramédicaux		100 % BR	115 % BR	150 % BR
Analyses et examens de laboratoire		100 % BR	115 % BR	150 % BR
Médicaments :				
Pharmacie prescrite prise en charge par le RO		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical :				
Appareillage, Prothèses médicales (hors aides auditives) prises en charge par le RO - Prothèses orthopédiques prises en charge par le RO		100 % BR	160 % BR	360 % BR
Prothèse capillaire prise en charge par le RO		<b>Non garanti</b>	<b>Non garanti</b>	370 €
	<b>au-delà de ce plafond :</b>			100 % BR
Prothèse mammaire prise en charge par le RO, par prothèse		<b>Non garanti</b>	200 €	350 €
	<b>au-delà de ce plafond :</b>		100 % BR	100 % BR
Frais de transport du malade en véhicule sanitaire pris en charge par le RO		100 % BR	100 % BR	100 % BR
Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO		<b>Non garanti</b>	<b>Non garanti</b>	40 € par acte
Psychologue, Psychothérapeute, Psychomotricien, Ergothérapeute		20 € par séance 3 actes	30 € par séance 3 actes	40 € par séance 3 actes
	<b>dans la limite par an et par personne assurée de :</b>			
Ostéopathie, Chiropraxie, Acupuncture non prises en charge par le RO,		40 € par acte 3 actes	60 € par acte 3 actes	80 € par acte 3 actes
	<b>dans la limite par an et par personne assurée de :</b>			
Cure thermale prise en charge par le RO (y compris hospitalisation) sur présentation des justificatifs de prise en charge :				
- Frais d'hospitalisation et actes médicaux		100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Indemnité pour frais d'hébergement et de transport sur présentation de justificatifs des frais engagés			+ 60 € par an	+ 125 € par an

DÉSIGNATION DES ACTES	Prestations : 100 % des Frais réels limités à :		
	Essentielle N° 616/073844	Confort N° 616/073845	Privilège N° 616/073930
<b>AIDES AUDITIVES</b>			
<b>Prestations jusqu'au 31 décembre 2020</b>			
Aides auditives prises en charge par le RO	100 % BR	500 € par prothèse	1000 € par prothèse
<b>Au-delà de ce plafond :</b>	-	100 % BR	100 % BR
<b>Prestations à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021</b>			
<b>Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans dans la limite de 1700 €</b>			
<b>Equipement 100 % Santé<sup>(3)</sup> :</b>	Prise en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) <sup>(2)</sup>		
<b>Equipement hors 100 % Santé :</b> Aides auditives prises en charge par le RO	100 % BR	500 € par prothèse	1000 € par prothèse
<b>Au-delà de ce plafond :</b>		100 % BR	100 % BR
<b>OPTIQUE</b>			
<b>Prise en charge d'un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus (sauf évolution de la vue, un par an, et sauf situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés sans délai)<sup>(3)</sup></b>			
<b>Equipement 100 % Santé<sup>(1)</sup> :</b>	Prise en charge dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) <sup>(2)</sup> dès 2020		
<b>Equipement hors 100 % Santé (dont maximum de 100 € pour la monture)<sup>(4)</sup> :</b>			
Monture	100 €	100 €	100 €
Verres pris en charge par le RO (la paire) :			
- Verres simples <sup>a)</sup>	100 €	200 €	250 €
- Verres complexes <sup>c)</sup>	200 €	450 €	500 €
- Verres très complexes <sup>f)</sup>	200 €	525 €	700 €
<b>Si les 2 verres de l'équipement ne sont pas identiques, le calcul pour remboursement sera le suivant : (Remboursement prévu pour équipement à 2 verres identiques selon prescription du verre n°1 + Montant prévu pour équipement à 2 verres identiques selon prescription du verre n°2) divisé par 2.</b>			
Lentilles correctrices référencées à la LPP prescrites médicalement par an et par personne assurée :			
- Prises en charge par le RO	100 % BR	170 €	310 €
<b>Au-delà de ce plafond :</b>	-	100 % BR	100 % BR
- Non prises en charge par le RO (y compris jetables) par personne assuré et par an	<b>Non garanti</b>	100 €	310 €
Chirurgie réfractive (correction des défauts visuels), par œil et par an	<b>Non garanti</b>	100 €	350 €
<b>DENTAIRE</b>			
<b>Soins et prothèses 100 % Santé<sup>(1)</sup> :</b>	Prise en charge dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) dès 2020 <sup>(2)</sup>		
<b>Soins et Prothèses hors 100 % Santé :</b>			
- Soins dentaires (conservateurs, chirurgicaux et actes techniques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Radiologie dentaire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Inlays/Onlays	125 % BR	50 € par inlay/onlay	100 € par inlay/onlay
- Inlays core	125 % BR	150 % BR	200 % BR
- Prothèses dentaires prises en charge par le RO :			
▪ Amovibles :	125 % BR	200 % BR	300 % BR
▪ Fixes : couronnes et bridges :	125 % BR		
- Dent visible (par prothèse)	-	400 €	500 €
- Dent non visible (par prothèse)	-	250 €	430 €
- Prothèses non prises en charge par le RO, par an et par personne assurée :	<b>Non garanti</b>		
- Dent visible (par prothèse)		400 €	500 €
- Dent non visible (par prothèse)		250 €	430 €
Implantologie non prise en charge par le RO (par prothèse)	<b>Non garanti</b>	200 €	500 €
<b>Dans la limite de, par an et par personne assurée :</b>	-	300 €	600 €
<b>Limite au titre des prothèses dentaires et de l'implantologie:</b>			
<b>Montant maximum de remboursement par an et par personne assurée :</b>	-	<b>2 500 €</b>	<b>3 000 €</b>
<b>Au-delà de ce plafond pour les actes pris en charge par le RO :</b>	-	125 % BR	125 % BR
Parodontologie non prise en charge par le RO, par an et par personne assurée	<b>Non garanti</b>	<b>Non garanti</b>	150 €
Orthodontie			
- Prise en charge par le RO par semestre et par personne assurée	100 % BR	150 % BR	650 €
<b>Au-delà de ce plafond</b>			100 % BR
- Non prise en charge par le RO	<b>Non garanti</b>	100 €	300 €
<b>AUTRES</b>			
Allocation d'obsèques :			
- En cas de décès de l'adhérent, de son conjoint, partenaire ou concubin ou d'un enfant à charge âgé de 12 ans ou plus (sous réserve d'être inscrit au contrat à la date du décès).	50 % PMSS	100 % PMSS	100 % PMSS
<b>Aucune allocation ne peut être versée en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans.</b>			

DÉSIGNATION DES ACTES	Prestations : 100 % des Frais réels limités à :		
	Essentielle N° 616/073844	Confort N° 616/073845	Privilège N° 616/073930
<b>PRÉVENTION ET SANTÉ AU QUOTIDIEN</b>			
Actes et prestations de prévention prévus à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale et pris en charge par le RO	100 % BR		
Actes prescrits médicalement non pris en charge par le RO par an et par personne assurée :			
Vaccins	<b>Non garanti</b>	15 €	35 €
Substituts nicotiques	<b>Non garanti</b>	100 €	200 €
Moyens contraceptifs	<b>Non garanti</b>	50 €	70 €
Bilan nutrition	<b>Non garanti</b>	20 €	20 €
Tiers payant généralisé	inclus		
Assistance	inclus		

- (1) Tels que définis réglementairement et visés à l'article R.871-2 du code de la sécurité sociale.
- (2) Frais réellement engagés sous déduction du remboursement du régime obligatoire de protection sociale
- (3) Et, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans et par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur ; et sans délai pour les enfants de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou situation médicale particulière entrant dans la liste des cas de renouvellements anticipés autorisés. Les cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu, notamment en cas d'évolution de la vue, figurent dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.
- (4)

a) équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	Minimum : 100 € Maximum : 420 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	Minimum : 150 € Maximum : 560 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
c) équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;	Minimum : 200 € Maximum : 700 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 150 € Maximum : 610 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	Minimum : 200 € Maximum : 750 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>
f) équipement à : - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.	Minimum : 200 € Maximum : 800 € <b>dont 100 € au maximum pour la monture</b>

## → Titre 3 – Garantie Arrêt de travail

### Article 14 – Etendue territoriale

La garantie est acquise en France et sans restriction géographique pour les séjours de moins de 3 mois consécutifs. L'arrêt de travail doit être médicalement constaté en France ou à Monaco.

### Article 15 – Garantie Arrêt de travail

#### 1) OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet le versement d'une indemnité journalière en cas d'arrêt de travail **non imputable au service** de l'adhérent ou de son conjoint, partenaire ou concubin inscrit à la garantie, consécutif à une maladie ou à un accident.

Le versement des prestations est subordonné à l'intervention de l'employeur au titre du statut de fonctionnaire.

#### 2) MONTANT DE LA PRESTATION

Le montant de l'indemnité journalière versée par l'assureur est calculé à **concurrence de 1/30<sup>ème</sup> du revenu net d'activité et des primes versées par l'employeur et sous déduction du demi-traitement versé par l'Administration**. Les primes indemnisables sont les primes normalement versées par l'employeur et n'entrant pas dans le calcul des pensions de retraite.

L'indemnité journalière est servie :

- **Au titre du congé pour maladie ordinaire**
  - le premier jour d'arrêt de travail
- **Au titre du congé pour longue maladie**
  - dès le premier jour d'arrêt de travail et pendant la durée de celui-ci et au plus tard jusqu'au 1 080<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail.

Le montant total maximum des prestations servies par l'assureur est fixé à 1800 € ou 2900 € par mois selon l'option choisie par l'adhérent lors de l'adhésion au contrat.

**Arrêt de travail du conjoint, partenaire ou concubin non fonctionnaire de police, membre d'une autre administration de l'Etat, inscrit à la garantie :**

Par dérogation à ce qui précède, lorsque le conjoint, partenaire ou concubin, de l'adhérent inscrit à la garantie, relève d'une autre administration de l'Etat que la Police :

- le montant de l'indemnité journalière versée par l'assureur est calculé à **concurrence de 1/30<sup>ème</sup> du seul revenu net d'activité** (à l'exclusion des primes versées par l'employeur), **dans la limite maximale de 1800 € ou de 2900 € par mois selon l'option choisie.**
- l'indemnité journalière est servie à **compter du 91<sup>ème</sup> jour d'arrêt total et continu** de travail.

**Cumul des prestations :** Le cumul des prestations versées par l'assureur, et des traitements et primes versés par l'Administration, ne peut permettre à l'adhérent (ou au conjoint, partenaire ou concubin) de bénéficier de revenus nets supérieurs à celui du mois civil précédant l'arrêt de travail.

#### 3) RISQUES EXCLUS

La garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :

- Les maladies ou accidents imputables au service ;
- Les accidents ou maladies causés intentionnellement ou volontairement par l'adhérent (ou son conjoint, partenaire ou concubin) ou résultant d'une tentative de suicide ;
- Les accidents ou maladie consécutifs à des faits de guerre étrangère ou civile, à la participation active de l'assuré à des opérations militaires, émeutes ou rixes auxquels l'adhérent (ou son conjoint, partenaire ou concubin) aurait pris part ;
- Les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ou tout phénomène de radioactivités ;
- Les maladies ou accidents occasionnés par l'ivresse ou l'éthylisme de l'adhérent (ou son conjoint, partenaire ou concubin), l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants hors prescription médicale ;
- les accidents ou maladies résultant :
  - de la pratique d'un sport titre professionnel,
  - de la participation à des compétitions sportives de niveau national ou international et leurs essais préparatoires,
  - de la pratique, à titre sportif amateur, d'un aéronef (en qualité de conducteur ou de passager), ainsi que la pratique du delta-plane, du vol libre, d'un ultra léger motorisé (ULM) ou de parapente ;
  - de la participation en tant que concurrent à des courses, matches, compétitions avec usage de véhicules quelconques ou d'embarcations à moteur ;
  - de l'utilisation par l'adhérent (ou son conjoint, partenaire ou concubin), en tant que conducteur ou passager d'un véhicule à deux ou trois roues s'il est prouvé qu'il ne portait pas de casque.

#### 4) REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail sont revalorisées dès le 366<sup>ème</sup> jour qui suit la date d'arrêt de travail et tous les ans à la même date. Elles sont revalorisées dans le même rapport que celui existant entre la valeur du point servant de base de calcul pour la retraite complémentaire, en vigueur à la date d'échéance des prestations, et celle en vigueur à la date d'arrêt de travail.

#### 5) CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

La déclaration de l'arrêt de travail est obligatoire. Elle incombe à l'adhérent (ou à son conjoint, partenaire ou concubin) qui est tenu de l'adresser à l'assureur dans les 30 jours suivant la date d'arrêt de travail.

**Les arrêts de travail déclarés après ce délai ne feront l'objet d'aucun paiement pour la période antérieure à la déclaration.**

Cette déclaration doit être accompagnée :

- d'une attestation indiquant le montant des rémunérations nettes de l'intéressé (salaire net mensuel et primes mensuelles assurables à la date de survenance de l'arrêt de travail),
- des trois derniers bulletins de salaires,
- de tout document prouvant l'identité, et, le cas échéant, la situation de famille,
- d'un certificat médical à transmettre au médecin conseil de l'assureur, sous pli confidentiel, mentionnant la date d'arrêt du travail ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident,

et sur demande de l'assureur, de l'attestation médicale confidentialisée du modèle fourni par l'assureur dûment complétée par le médecin traitant.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toute autre pièce justificative nécessaire au règlement des prestations.

**En cas de reprise à temps partiel ou à temps complet, l'employeur ou l'adhérent devra en informer immédiatement l'assureur.**

#### *Reconnaissance et contrôle par l'assureur de l'état d'incapacité ou d'invalidité*

L'assureur se réserve expressément la faculté d'apprécier, reconnaître et contrôler l'arrêt de travail de l'adhérent (ou de son conjoint, partenaire ou concubin).

A cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent pouvoir se rendre auprès de l'adhérent (ou de son conjoint, partenaire ou concubin), lequel s'engage à les recevoir et à les informer loyalement de son état. Ils peuvent également convoquer l'adhérent (ou de son conjoint, partenaire ou concubin). **Si l'adhérent (ou de son conjoint, partenaire ou concubin) s'oppose aux visites et/ou aux examens médicaux demandés, l'assureur est autorisé à suspendre de plein droit le paiement des prestations.**

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent (ou de son conjoint, partenaire ou concubin) et celui de l'assureur, l'adhérent et l'assureur pourront choisir ensemble un troisième médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre l'adhérent (ou son conjoint, partenaire ou concubin) et l'assureur.

**En tout état de cause, le service de la prestation peut cesser en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'adhérent (ou de son conjoint, partenaire ou concubin).**

#### 6) CESSATION DU SERVICE DES PRESTATIONS

Le service des prestations cesse au plus tard, à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime social de base de l'adhérent (ou de son conjoint, partenaire ou concubin) y compris pour inaptitude au travail,

En outre, le service des prestations cesse à la date de reprise ou de l'aptitude médicalement constatée à la reprise d'une activité professionnelle rémunérée par l'adhérent (ou son conjoint, partenaire ou concubin), quelle que soit la nature de cette activité et en tout état de cause au 1 080<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail, en cas de congé pour longue maladie.



## → Titre 4 – Exécution du contrat

### Article 16 - Référence légale

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative est régi par le code des assurances et notamment ses articles L141-1 et suivants. Il est constitué des présentes conditions générales ainsi que du certificat d'adhésion.

Les déclarations de l'adhérent servent de base à l'application des garanties.

**Prescription** : En application de l'article L114-1 du code des assurances, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Quand l'action de l'adhérent 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 le souscripteur, l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit ou a été indemnisé par ce dernier.

En application de l'article L114-2 du code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du code civil) ;
- une demande en justice (même en référé), jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du code civil).  
L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du code civil) ;
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du code civil).

Il est rappelé que l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt la prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible.

Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du code civil). L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du code civil).

Le délai de prescription peut être interrompu également par :

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception (adressés par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et adressés par l'adhérent à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité de sinistre.

### Renonciation :

En application de l'article L112-9 du code des assurances, l'adhérent à la faculté de renoncer à son adhésion au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de son certificat d'adhésion au contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Cette renonciation doit reproduire le texte suivant : « Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat « Police 4 » et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L112-9 du code des assurances. »

L'exercice du droit de renonciation dans les délais prévu au premier alinéa entraîne la résiliation de l'adhésion au contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée mentionnée au même alinéa par l'assureur. Dès lors que l'adhérent a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, il ne peut plus exercer son droit de renonciation. En cas de renonciation, l'adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de résiliation.

L'assureur est tenu de lui rembourser le solde au plus tard dans les 30 jours suivant la date de résiliation. Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si le droit de renonciation est exercé alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont l'adhérent n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

**Au titre de la garantie Arrêt de travail, en application de l'article L132-5-1 du code des assurances, le conjoint, partenaire ou concubin de l'adhérent à la faculté de renoncer à son inscription à la garantie par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi du certificat d'adhésion au contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.** Cette renonciation doit reproduire le texte suivant : « Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ déclare renoncer expressément à mon inscription à la garantie Arrêt de travail du contrat « Police 4 » et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L132-5-1 du code des assurances. »

La renonciation entraînera la restitution de toutes les sommes versées, dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle est réceptionnée la lettre recommandée.

### Article 17 - Date d'effet - durée et renouvellement du contrat

Le contrat conclu entre l'association et l'assureur a pris effet le 1<sup>er</sup> avril 2018 pour une première période se terminant le 31 mars 2019. **Il se renouvelle par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> avril de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.**

Le contrat peut être modifié, à effet du 1<sup>er</sup> avril d'un exercice, d'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante.

Dans ce cas, l'adhérent sera préalablement informé, dans les conditions de l'article 21, des changements modifiant ses droits et obligations au titre du contrat.

### Article 18 - Adhésion des membres de l'association contractante

#### 1) ADHÉSION

L'adhésion au contrat est réservée aux membres de l'association contractante en activité tels que définis à l'article 2.

#### 2) CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour adhérer au contrat le membre de l'association contractante défini ci-dessus doit remplir une demande d'adhésion comportant une autorisation de prélèvement, par laquelle il fournit les renseignements concernant la formule de garanties Santé demandée et les personnes à garantir au titre de ces garanties.

En outre, pour bénéficier de la garantie Arrêt de travail, il doit exercer effectivement son activité professionnelle sans réduction d'horaires pour raison de santé. **A défaut, la garantie Arrêt de travail n'est pas accordée.**

Il doit en parallèle fournir à HENNER-GMC :

- son code IBAN pour le versement des prestations et le prélèvement des cotisations le cas échéant,
- son attestation d'assuré social et celle de ses ayants droit inscrits au contrat.

La personne dont l'adhésion au contrat est acceptée est ci-après dénommée « Adhérent ».

L'adhésion est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion au contrat indiquant notamment :

- la date d'effet de l'adhésion,
- les ayants droit inscrits aux garanties Santé et le cas échéant, le conjoint, partenaire ou concubin de l'adhérent inscrit à la garantie Arrêt de travail,
- la formule de garanties Santé souscrite,
- le plafond d'indemnisation de la garantie Arrêt de travail choisi par l'adhérent,
- les cotisations correspondantes.

#### Adhésion du conjoint, partenaire ou concubin

Le conjoint, partenaire ou concubin de l'adhérent peut être inscrit à la garantie Arrêt de travail sous réserve qu'il soit fonctionnaire, et en fasse la demande à l'aide du document remis par l'adhérent, et qu'il exerce effectivement son activité sans réduction d'horaires pour raison de santé.

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'adhésion conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du code des assurances.**

#### 3) DATE D'EFFET, DURÉE ET RENOUELEMENT DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion. Sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 3 de l'article 23 et à l'article 24, l'adhésion :

- est souscrite pour une période se terminant le 31 mars de l'année suivant celle au cours de laquelle elle a pris effet,

- se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> avril de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.

Elle prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celle de l'article 20.

#### Article 19 - Prise d'effet de l'inscription au contrat et des garanties

##### 1) PRISE D'EFFET DE L'INSCRIPTION AU CONTRAT

L'inscription des ayants droit aux garanties Santé prend effet :

- à la même date que l'adhésion au contrat de l'adhérent lui-même, lorsqu'il demande l'inscription des intéressés concomitamment à sa propre adhésion au contrat,
- au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel une modification de la situation matrimoniale de l'adhérent (mariage, conclusion d'un Pacte Civil de Solidarité...) est intervenue,
- au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel une naissance d'enfant(s) est intervenue,
- au premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel le terme normal d'une garantie antérieure couvrant les ayants droit est intervenu, **sous réserve dans ces trois derniers cas, que cette modification ait été portée à la connaissance de l'assureur dans un délai de deux mois suivant la date de la modification ou de la naissance,**
- au 1<sup>er</sup> avril suivant dans les autres cas ou lorsque le délai de deux mois précité n'aura pas été respecté,
- et en outre, en cas de demande ultérieure de rattachement d'un ayant droit, dans les conditions du paragraphe 3 ci-après.

L'inscription à la garantie Arrêt de travail du conjoint, partenaire ou concubin de l'adhérent prend effet à la date de la demande d'inscription à la garantie et au plus tôt à la date d'adhésion de l'adhérent ou d'inscription de ce conjoint, partenaire ou concubin aux garanties Santé.

##### 2) PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet pour chaque adhérent et ses ayants droit à la date d'adhésion au contrat et/ou d'inscription à celle-ci, telles que prévues ci-dessus.

**Toutefois, les délais d'attente suivants décomptés à compter de la date d'adhésion et/ou d'inscription à celle-ci, sont appliqués tant à l'adhérent qu'à ses ayants droit :**

- **6 mois pour l'hospitalisation chirurgicale, les soins et prothèses dentaires,**
- **9 mois pour les frais liés à une maternité,**
- **3 mois pour tous les autres frais et pour la garantie Arrêt de travail.**

Ces délais de carence ne sont pas appliqués si l'adhérent et/ou ses ayants droit justifient qu'ils bénéficiaient de garanties identiques lors de leur adhésion (au moyen d'un certificat de radiation datant de moins de 2 mois).

En outre, pour les ayants droit de l'adhérent, ces délais de carence seront appliqués pour leur durée résiduelle restant à courir entre la date de la demande d'inscription et le 1<sup>er</sup> avril suivant.

*Il est en outre précisé que pendant la durée de ces délais d'attente, l'assureur prendra néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimum de prestations prévus par la réglementation applicable au contrat « responsable ».*

**Il est précisé que l'assureur ne prend en charge, tant pour l'adhérent que pour ses ayants droit, que les dépenses réalisées au titre d'actes prescrits et que les arrêts de travail survenus à compter de la date d'effet des garanties.**

##### 3) CHANGEMENT DE FORMULE DE GARANTIES

L'adhérent peut demander en cours d'adhésion :

- à changer sa formule de garanties à effet du 1<sup>er</sup> avril d'un exercice comme il est prévu à l'article 4, **moyennant un préavis de 2 mois.** En outre, la modification de la formule de garanties ne peut intervenir qu'après deux années consécutives d'adhésion à une même formule. L'adhérent qui modifie sa formule de garanties à la baisse, ne pourra à nouveau souscrire une formule de garanties à la hausse qu'en cas de modification de sa situation de famille dans les conditions exposées ci-dessus.
- à modifier ses ayants droit inscrits au titre de l'adhésion. Ce changement prendra effet :
  - dans les conditions prévues au paragraphe 1) ci-avant en cas d'inscription d'un nouvel ayant droit,
  - dans les conditions prévues à l'article 20 en cas de radiation d'un ayant droit.

#### Article 20 - Cessation de l'adhésion et des garanties

##### 1) CESSATION DE L'ADHÉSION

Une fois admis au contrat, l'adhérent ne peut en être exclu contre son gré tant qu'il fait partie du groupe assuré, sauf en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi et à la condition que les cotisations soient réglées.

L'adhésion au contrat cesse pour chaque adhérent :

- au 31 mars de l'année au cours de laquelle il aura demandé la cessation de son adhésion au contrat, **sous réserve que la résiliation ait été notifiée à l'assureur par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant cette date,**
- à la date de résiliation du contrat,
- à la date à laquelle il cesse d'être membre de l'association contractante, cette dernière devant en aviser l'assureur dans un délai d'un mois,
- à la date à laquelle il cesse de bénéficier de son régime obligatoire de protection sociale,
- dans les conditions prévues au 3) de l'article 23 si les cotisations le concernant ne sont pas réglées,
- à la date de cessation totale d'activité liée à la liquidation de la pension de l'assurance vieillesse du régime obligatoire de protection sociale,
- à la date de rupture ou de cessation de son contrat de travail de fonctionnaire, quel qu'en soit le motif, avant l'âge d'admission à la retraite. Toutefois, à la date de résiliation du contrat, l'assureur proposera à l'adhérent un contrat de maintien individuel de garanties, moyennant le paiement de la cotisation indiquée par l'assureur.

##### 2) CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat prennent fin pour chaque adhérent et ses ayants droit à la date de la cessation de l'adhésion, telle qu'elle est prévue ci-dessus.

Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause pour chacun des ayants droit de l'adhérent inscrits à l'adhésion au contrat :

- au 31 mars de l'année au cours de laquelle la radiation d'un ayant droit aura été demandée, **sous réserve que la demande de radiation ait été notifiée à l'assureur deux mois au moins avant cette date,**
- pour son conjoint, partenaire ou concubin, s'il bénéficie à titre obligatoire d'un régime complémentaire d'entreprise, de même nature, le dernier jour du mois civil au cours duquel il en a apporté la preuve à l'assureur,
- à la date de cessation du paiement des cotisations les concernant dans les conditions prévues au 3) de l'article 23,
- à la date de cessation de l'adhésion au contrat de l'adhérent.

En outre, les garanties cessent :

- **Pour le conjoint :** à la date du jugement définitif en cas de divorce ou de séparation judiciaire, ou **pour le partenaire :** à la date de rupture du PACS, ou **pour le concubin :** à la date à laquelle cesse le concubinage.
- **Pour les enfants :** Dès qu'ils cessent d'être à charge au sens du contrat. Toutefois, les enfants handicapés continuent à être garantis tant qu'ils bénéficient des allocations légales d'adultes handicapés.

**Au titre des garanties Santé, il est précisé que l'assureur ne prend en charge, tant pour l'adhérent que pour ses ayants droit, que les dépenses réalisées antérieurement à la date de cessation des garanties.**

**En outre, la prise en charge par l'assureur pour l'allocation d'obsèques cesse en tout état de cause à la date de liquidation de la pension de l'assurance vieillesse du régime obligatoire de protection sociale de l'adhérent.**

#### Article 21 - Information des adhérents

Les conditions générales établies par l'assureur valent notice d'information et sont remises à l'adhérent avec le certificat d'adhésion prévu à l'article 18. Il incombe à l'association contractante d'informer par écrit les adhérents des modifications éventuelles qui seraient apportées à leurs droits et obligations, conformément à l'article L141-4 du code des assurances, 3 mois au minimum avant la date prévue pour leur entrée en vigueur. D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et adresser cette information.

#### Article 22 - Réclamation - Médiation - Protection des données personnelles - Vie privée

##### 1) RÉCLAMATION - MÉDIATION

Pour toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat, l'adhérent peut s'adresser à HENNER- GMC ou au service de l'assureur en charge des relations avec sa clientèle suivant :

- par courrier postal au :

Service des relations avec les consommateurs Groupama Gan Vie  
Immeuble West Park 2 – 2 boulevard de Pesaro  
92024 Nanterre

- par courriel : src-collectives@ggvie.fr

Si cette première réponse n'est pas satisfaisante, la réclamation peut être adressée à l'assureur à l'adresse suivante :

- par courrier postal à :

Groupama Gan Vie Service réclamations  
TSA 91414 35090 Rennes Cedex 9

- par courriel : <https://reclamations.ggvie.fr>

Dans ces 2 cas, l'assureur s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. La réponse définitive à la réclamation sera apportée dans un délai de 2 mois au plus.

En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu, sous réserve d'avoir épuisé toutes les voies de recours exposées ci-dessus, l'adhérent peut recourir à la médiation de l'Assurance en écrivant à l'adresse suivante :

Médiation de l'Assurance  
TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09

- par courriel : [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org)

Si l'avis de la Médiation de l'Assurance n'est pas satisfaisant, il est possible éventuellement de saisir la justice.

Le détail des modalités de traitement des réclamations est accessible dans la rubrique « mentions légales » sur le site internet [gan-eurocourtage.fr](http://gan-eurocourtage.fr)

## 2) PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Des données à caractère personnel sont recueillies par l'assureur à différentes étapes de ses activités commerciales ou d'assurance concernant les adhérents ou les personnes parties ou intéressées au contrat.

Ces données personnelles sont traitées par l'assureur, en qualité de responsable de traitement, en conformité avec les réglementations en vigueur relatives au traitement de ces données et à la protection de la vie privée, notamment les dispositions de la loi informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement 2016/679 du 27 avril 2016).

Les données personnelles sont conservées conformément à la durée nécessaire à l'exécution du contrat, puis archivées jusqu'à l'extinction des délais de prescription légaux applicables.

### Droits des personnes

Les personnes précitées disposent, en justifiant de leur identité :

- du droit de prendre connaissance des informations dont dispose l'assureur et de demander à les compléter ou les corriger (droit d'accès et de rectification) ;
- du droit de demander l'effacement de leurs données ou d'en limiter l'utilisation (droit de suppression des données ou de limitation) ;
- du droit de s'opposer à l'utilisation de leurs données, notamment concernant la prospection commerciale (droit d'opposition) ;
- du droit de récupérer les données qu'elles ont personnellement fournies à l'assureur pour l'exécution de leur contrat ou pour lesquelles elles ont donné leur accord (droit à la portabilité des données) ;
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et la communication de leurs données après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés en s'adressant à Groupama Gan Vie par courrier postal adressé au :

Délégué Relais à la Protection des données  
Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre  
[contact.dpo@ggvie.fr](mailto:contact.dpo@ggvie.fr)

Concernant leurs données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du Médecin-conseil de l'Assureur à :

Groupama Gan Vie  
Monsieur le Médecin-conseil - Service Médical Collectives  
Immeuble West Park 2  
2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre.

Les personnes concernées peuvent également formuler une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL) si elles estiment que l'assureur a manqué à ses obligations concernant leurs données. Dans le cadre de ses obligations, l'assureur est tenu de vérifier régulièrement que les données concernant les personnes sont exactes, complètes et à jour. A cette fin l'assureur peut être amené à solliciter les personnes précitées pour vérifier ou compléter ces informations.

### Pourquoi l'assureur collecte-t-il des données personnelles ?

Leur traitement est nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution du contrat et des garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, à la gestion du risque de fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, selon les finalités détaillées ci-dessous.

### Passation, gestion, exécution des contrats et gestion commerciale des clients et prospects.

Les données recueillies par l'assureur à différentes étapes de la souscription ou de la gestion des contrats d'assurance sont nécessaires aux objectifs suivants :

- l'étude des besoins en assurance afin de proposer des contrats adaptés à chaque situation ;
- l'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque ;
- la gestion des contrats (de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat), et l'exécution des garanties du contrat ;
- la gestion des clients ;
- l'exercice des recours, et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- la mise en place d'action de prévention ;
- le respect d'obligations légales ou réglementaires ;
- la conduite d'activité de recherche et développement dans le cadre de la vie du contrat.

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, au conseiller ou contact habituel, aux services de l'assureur en charge de la gestion commerciale ou de la passation, gestion et exécution des contrats et à ses délégataires, intermédiaires, partenaires, mandataires, sous-traitants ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes directement ou indirectement intéressées au contrat et à son exécution, et à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

Des données de santé sont susceptibles d'être traitées dès lors qu'elles sont nécessaires à la passation, la gestion ou l'exécution des contrats d'assurance ou d'assistance.

Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et avec l'accord de l'adhérent. S'agissant de protection sociale, les personnes concernées acceptent expressément ce recueil et les traitements nécessaires.

Elles sont exclusivement destinées aux médecins conseil de l'assureur ou d'entités du Groupe Groupama en charge de la gestion des garanties, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment les délégataires ou experts médicaux). Ces informations peuvent également être utilisées par des personnes habilitées au titre de la lutte contre la fraude.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées pour la durée du contrat prolongée de la durée de gestion des éventuels sinistres ou litiges en cours, et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription.

En l'absence de conclusion d'un contrat (données prospects) :

- les données de santé sont conservées cinq (5) ans maximum à des fins probatoires,
- les autres données pourront être conservées trois (3) ans maximum.

### Garanties d'assistance

La mise en œuvre des garanties d'assistance prévues au contrat peut nécessiter le traitement de données personnelles, notamment des données de santé, par Mutuaide Assistance.

Ces informations sont exclusivement destinées aux personnes en charge de la gestion des garanties et concernant les données de santé des personnes intéressées, aux médecins de l'Assisteur, à ses gestionnaires habilités, et autres personnes habilitées (urgentistes, ambulanciers, médecins locaux, ...).

Certaines données, strictement nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance, sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors Union Européenne dans l'intérêt de la personne concernée ou de la sauvegarde de la vie humaine.

Les personnes précitées acceptent expressément, le recueil et le traitement de données de santé dans ce cadre.

Elles disposent d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation, de portabilité et d'opposition à toutes informations les concernant auprès de Mutuaide Assistance, et s'agissant de l'accès à leurs données médicales auprès de son Médecin-Conseil en faisant une demande par courrier postal, accompagnée de la photocopie d'une pièce d'identité, à :

Mutuaide Assistance  
8-14 avenue des Frères Lumière  
94368 BRY-SUR-MARNE CEDEX  
[www.mutuaide.fr](http://www.mutuaide.fr)

Tout appel téléphonique passé dans le cadre de la mise œuvre des garanties d'assistance sera systématiquement enregistré sur les plateformes de Mutuaide Assistance aux fins d'assurer une parfaite exécution des prestations. Le droit d'accès à ces enregistrements s'effectue directement auprès de Mutuaide Assistance dans les limites de la durée de conservation de ces enregistrements.

#### **Prospection commerciale**

L'assureur et les entreprises du Groupe Groupama (Assurances, Banque et Services), ont un intérêt légitime à mener des actions de prospection vers leurs clients ou prospects et mettent en œuvre des traitements nécessaires à :

- la réalisation d'opérations relatives à la gestion des prospects ;
- l'acquisition des données relatives aux clients ou prospects dans le respect des droits des personnes ;
- la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre des activités de gestion de la clientèle et de prospection.

L'utilisation de certains moyens pour la réalisation des opérations de prospection est faite sous réserve de l'obtention de l'accord des prospects. Il s'agit de :

- l'utilisation de l'adresse email ou du numéro de téléphone pour la prospection électronique ;
- l'utilisation des données de navigation afin de proposer des offres personnalisées (voir notice cookies sur le site internet [www.gan-eurocourtage.fr](http://www.gan-eurocourtage.fr) pour en savoir plus) ;
- la communication des données à des partenaires.

Toute personne peut s'opposer à tout moment à la réception de publicités par courrier, email ou téléphone auprès de nos services (voir ci-avant Droit des personnes).

Pour la prospection par téléphone ou par voie électronique (mail, SMS/MMS), la personne concernée peut également s'opposer en réglant ses préférences dans son espace personnel ou à partir du lien de désabonnement prévu dans les envois de l'assureur.

Pour la prospection par téléphone, elle peut aussi s'opposer en s'inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition BLOCTEL ([www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)) qui interdit aux professionnels avec lesquels elle n'a pas de relation contractuelle en cours de la démarcher par téléphone.

#### **Lutte contre la fraude à l'assurance**

Les personnes précitées sont également informées que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude des dossiers, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe Groupama.

Dans ce cadre, des données personnelles concernant les personnes précitées peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Groupama dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) peut être destinataire de données à cette fin.

Les personnes sont également informées qu'ALFA met en œuvre un dispositif mutualisé des données des contrats d'assurance et des sinistres déclarés auprès des assureurs à des fins de lutte contre la fraude. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA, 1, rue Jules Lefebvre – 75431 Paris Cedex 09.

Les données traitées pour la lutte contre la fraude sont conservées cinq (5) ans maximum à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, les données seront conservées jusqu'à la fin de la procédure et à l'expiration des prescriptions applicables.

Les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, seront désinscrites passé le délai de cinq (5) ans à compter de l'inscription sur cette liste.

#### **Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme**

Pour répondre à ses obligations légales, l'assureur met en œuvre des traitements ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme, ainsi que la mise en œuvre de mesures restrictives et de gel des avoirs.

Les données utilisées à cette fin sont conservées cinq (5) ans minimum à compter de la réalisation des opérations ou de la fin de la relation d'affaires.

Le droit d'accès aux données relatives aux traitements mis en œuvre aux fins de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés.

#### **Satisfaction/Qualité de services**

Dans son intérêt et celui de ses clients, l'assureur mesure et cherche à améliorer continuellement la qualité de ses services et de ses offres. Des enquêtes de satisfaction peuvent notamment être réalisées. Dans ce cadre, les échanges par courrier, e-mail ou téléphone peuvent être enregistrés et analysés. Les enregistrements téléphoniques sont conservés pour une durée maximale de six (6) mois et les autres éléments nécessaires à l'amélioration de la qualité de services sont conservés pour une durée maximale de trois (3) ans.

#### **Études, Statistiques**

L'assureur et les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) sont également susceptibles d'utiliser et exploiter des données à caractère personnel concernant les personnes précitées à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer leurs offres de produits et services, de personnalisation de leurs relations avec l'intéressé. Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles concernant les personnes précitées collectées automatiquement ou communiquées par la personne elle-même. Elles peuvent également être combinées avec des données statistiques ou agrégées issues de différentes sources internes ou externes.

#### **Communication institutionnelle et fonctionnement des instances**

Du fait de leur qualité de membre de l'association contractante ou de la souscription de certains contrats, des données peuvent être utilisées pour adresser aux personnes concernées des communications institutionnelles, des convocations aux Instances légalement prévues, ainsi que tous documents nécessaires à la gestion de ces instances (ex : convocation aux Assemblées Générales, ...), par courrier postal ou par voie de communication électronique (email, SMS/MMS...).

Ces traitements sont mis en œuvre pour le respect des obligations statutaires ou réglementaires de l'entreprise.

Les personnes précitées peuvent s'opposer à tout moment à la transmission de communications institutionnelles (voir Droits des personnes).

Les personnes précitées peuvent également s'opposer à la réception par voie électronique des documents nécessaires aux Instances (sauf si statutairement prévu). Dans ce cas, ces documents légalement prévus seront adressés soit par courrier postal, soit par tout autre canal (consultation en agence, ...).

Ces informations sont conservées le temps de la relation contractuelle ou le temps nécessaire à la gestion des instances, suivi des délais de prescriptions applicables.

#### **Transferts d'informations hors de l'Union Européenne**

Les données personnelles concernant l'adhérent (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) sont traitées au sein de l'Union Européenne. Toutefois, des données peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors Union Européenne, dans le respect des règles de protection des données et encadrées par des garanties appropriées (ex : clauses contractuelles types de la commission européenne, pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat...).

Ces transferts peuvent être effectués pour l'exécution des contrats, la lutte contre la fraude, le respect d'obligations légales ou réglementaires, la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'Assureur d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées. Certaines données, strictement nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance, peuvent aussi être transmises hors de l'Union Européenne dans l'intérêt de la personne concernée ou de la sauvegarde de la vie humaine.



## → Titre 5 - Cotisation

### Article 23 - Cotisation

#### 1) FIXATION ET PAIEMENT

Les garanties de l'adhésion sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle déterminée en euros, par personne assurée (adhérent et chacun des ayants droit inscrit à l'adhésion aux garanties Santé et conjoint, partenaire ou concubin inscrit à la garantie Arrêt de travail), en fonction de son âge (calculé par différence de millésime) l'année de l'échéance (tarif à l'âge atteint) et selon la formule de garanties retenue identique pour l'ensemble des personnes assurées.

Le changement de taux Enfant/Adulte interviendra le 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant celui au cours duquel l'enfant a atteint son 18<sup>ème</sup> anniversaire.

Les garanties sont accordées sans contrepartie de cotisation à compter du 3<sup>ème</sup> enfant d'un adhérent et ses enfants suivants inscrits au titre de son adhésion au contrat.

La cotisation est indiquée au certificat d'adhésion.

La cotisation est payable mensuellement et d'avance.

La première année d'adhésion, un prorata sera calculé sur la période comprise entre le 1<sup>er</sup> jour de l'adhésion et l'échéance suivante.

Toute taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait mise à la charge de l'adhérent et payable en même temps que la cotisation.

#### 2) AJUSTEMENT ANNUEL

La cotisation afférente au contrat est révisée au 1<sup>er</sup> avril de chaque année en fonction des résultats techniques (rapport « sinistres à cotisations ») du contrat ou du groupe de contrats auquel il appartient. En outre, pour les garanties Santé, le taux d'accroissement annuel de la consommation médicale des comptes nationaux de la santé est également pris en considération.

#### 3) DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ADHÉRENT

En application des dispositions de l'article L113-3 du code des assurances, toute cotisation exigible reste due et peut être recouvrée par tout moyen de droit.

En application des dispositions de l'article L141-3 du code des assurances, l'association contractante doit, au plus tôt dix jours après la date d'échéance d'une cotisation impayée, adresser à l'adhérent une lettre recommandée de mise en demeure.

D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et adresser cette lettre recommandée. La lettre stipulera qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, l'adhérent est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement des cotisations.

## → Titre 6 – Révision

### Article 24 – Révision

#### Garanties Santé

Les garanties Santé sont définies en prenant en considération la réglementation actuelle du régime obligatoire de protection sociale français.

Si ultérieurement une nouvelle réglementation ou des dispositions prises par l'UNCAM en application des dispositions législatives ou réglementaires alors en vigueur entraîne(nt) une modification des engagements de l'association contractante et de l'assureur, les dispositions suivantes seront applicables en cours d'exercice, selon le contexte et les contraintes réglementaires :

- Lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au contrat son caractère « responsable » : L'assureur indiquera les modifications nécessaires pour maintenir au contrat son caractère « responsable » dans les conditions définies à l'article L112-3 du code des assurances. En cas de refus, l'assureur adressera à l'adhérent une lettre recommandée l'informant de la résiliation de son adhésion au contrat.
- Lorsque la modification est motivée par d'autres évolutions de la législation ou réglementation de la Sécurité sociale : L'assureur procédera à l'ajustement de la cotisation. Si l'adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'assureur ou refuse expressément la nouvelle cotisation, l'assureur peut résilier son adhésion au contrat, 10 jours après notification par lettre recommandée. L'assureur se réserve aussi la faculté pour l'application de la garantie, de tenir compte de la législation en vigueur lors de la souscription de l'adhésion au contrat.

#### Garantie Arrêt de travail

Les modalités d'application de la garantie Arrêt de travail sont établies en considération de la réglementation actuelle de la Sécurité sociale française.

Si, ultérieurement, cette réglementation venait à être changée, entraînant une modification des engagements pris par la contractante et l'assureur, celui-ci procéderait à l'ajustement de la cotisation relative à la garantie Arrêt de travail. Si la contractante ne donnait pas suite à la proposition de l'assureur ou si elle refusait expressément la nouvelle cotisation, l'assureur pourrait résilier le contrat au terme d'un délai de 30 jours.

Toutefois, l'assureur se réserve la faculté, pour l'application des garanties, de tenir compte de la législation en vigueur lors de la souscription du contrat.

À compter du jour où il a connaissance d'une majoration des taux de cotisation, l'adhérent aura la possibilité de résilier son adhésion au contrat dans un délai de 30 jours. À cet effet, l'adhérent adressera une lettre recommandée à l'assureur. Un mois après l'envoi de cette lettre, l'adhésion au contrat sera résiliée.

Par ailleurs, l'assureur pourra éventuellement procéder, si les résultats du régime devenaient déficitaires, à une révision tarifaire ou à une diminution des garanties. Dans ce cas, l'adhérent en serait informé au moins 3 mois avant le renouvellement de son adhésion au contrat.



**Groupama Gan Vie**

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 € – RCS Paris 340 427 616 – APE 6511 Z

Siège social : 8-10, rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01.44.56.77.77

Entreprise régie par le code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

4 place de Budapest CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09

Les produits d'assurances distribués sous la marque Gan Eurocourtage via les courtiers sont ceux de Groupama Gan Vie

[www.gan-eurocourtage.fr](http://www.gan-eurocourtage.fr) – [contact-collectives@gan.fr](mailto:contact-collectives@gan.fr)