

Notice d'Information
Contrat collectif santé à adhésion facultative
ECOMUTUELLE SANTE
N° A.4147.0001 et 0002

Souscrit par :

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

Ci après désigné « **l'Association** »

Auprès de :

SwissLife Prévoyance et Santé
SA au capital de € 150.000.000
RCS Paris n° 322.215.021
Siège social : 86 Boulevard Haussmann-75380 Paris Cedex 08
Entreprise régie par le Code des assurances

Ci après désigné « **l'Assureur** »

Votre adhésion au contrat est :

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

La gestion de votre adhésion est effectuée par :
CEGEMA Assurances

BP 189 - 06272 VILLENEUVE LOUBET Cedex

Téléphone : 04.92.02.08.50 – Fax : 04.92.02.08.60 – www.cegema.com

qui agit en tant que mandataire de l'Assureur. Il est désigné dans le texte ci-après, le « Délégué de gestion ».

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

Titre I – Le contrat et votre adhésion

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

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

Les garanties que vous avez choisies sont définies sur votre Certificat d'adhésion.

ART. 2 - LA NATURE DES GARANTIES DES CONTRATS AU REGARD DE LA LOI DU 13 AOUT 2004

Les garanties s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif, relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé bénéficiant d'une aide, dits «contrat responsable» défini par l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et à ses différents décrets d'application et arrêtés. En conséquence, elles ne remboursent pas :

- La contribution forfaitaire de 1€ par acte médical prélevée par le Régime obligatoire d'assurance maladie
- Les majorations de ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins coordonnés,
- Le dépassement d'honoraires autorisé des médecins spécialistes consultés hors du parcours de soins
- Ainsi que les franchises instituées.

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

ART. 3 – QUI PEUX ADHERER AU CONTRAT ?

- Pour adhérer au contrat, vous devez être :
 - membre de L'Association,
 - assujéti à un Régime obligatoire d'assurance maladie, en tant qu'*assuré* social ou ayant-droit,
 - respecter l'âge limite d'adhésion précisé l'article 4.

Dispositions spécifiques au contrat N° A.4147.0002 (Contrat réservé aux seuls Adhérents sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé) :

- Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du régime obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non salariés et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

ART. 4 – PERSONNES ASSURES ET AGE LIMITE D'ADHESION

L'adhérent, et s'ils sont désignés sur le Certificat d'adhésion, son conjoint, ses enfants à charge (au sens de la sécurité sociale).

Les assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'*assuré* social ou ayant droit.

Age limite d'adhésion :

- Etre âgé de moins de
- 81 ans lors de la prise d'effet des garanties pour l'adhérent et son conjoint
- 20 ans pour les enfants à charge.

ART. 5 – EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année (échéance principale) sauf dénonciation par vous, nous, ou le souscripteur du contrat dans les conditions mentionnées à l'article 9 : « ART.9 – Résiliation ».

Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

ART. 6 – CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DELAIS D'ATTENTE

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et l'assureur.

La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse du souscripteur.

La garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion à l'égard de chaque personne assurée.

Allocation naissance :

Quelle que soit l'option retenue, pendant les 9 premiers mois de garantie, elle est versée au prorata du nombre de mois complets assurés à la date de naissance de l'enfant et si la demande d'adhésion au contrat de l'enfant est demandée dans les deux mois qui suivent sa naissance.

ART. 7 – VOS DECLARATIONS

7.1 - A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat **ECOMUTUELLESANTE**, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer.

Ces déclarations seront reprises sur votre certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

7.2 - En cours d'adhésion

- Vous devrez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :
 - toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,
 - les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire,
 - les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine.

Si les éléments modifiés constituent :

- une aggravation de risque (hors problème de santé), nous pourrions, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Si vous refusez nos nouvelles conditions de garantie, vous devrez nous en informer par lettre recommandée dès la réception de notre notification. Nous procéderons alors à la résiliation de votre adhésion moyennant préavis de 10 jours.
- une diminution de risque, nous pourrions diminuer la prime en conséquence. A défaut, vous pourrez demander la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 30 jours.
- procéder aux déclarations prévues pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion. Les conditions d'accès à l'assurance sont les mêmes que celles définies pour l'adhérent et les éventuels assurés lors de l'adhésion.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

7.3 - Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

7.4 - Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues au délégataire de gestion par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire le Délégué de gestion (ou nous) en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

ART. 8 – VOS COTISATIONS

8.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations

En début d'adhésion :

Le montant de votre cotisation est mentionné sur le certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge des assurés et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du ou des Régimes obligatoires dont ils relèvent lors de la prise d'effet des garanties et du domicile de l'adhérent.

En cours d'adhésion :

- En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de 2 % par an jusqu'à l'âge de 65 ans, et de 3,5 % à partir de 66 ans.
- En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.
- Votre cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime obligatoire d'un des assurés.
- Votre cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'adhérent.

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

8.2 - La variation de vos cotisations

- Lors de chaque échéance principale votre cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des assurés, évoquée ci-dessus :
 - évoluera en fonction du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés.
 - pourra également varier en fonction de l'évolution de la consommation constatée sur l'ensemble des adhésions respectives du contrat.
- Votre cotisation pourra évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements et / ou des remboursements pris en charge par votre Régime Obligatoire.

8.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est annuelle et payable d'avance au Délégué de gestion. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.

8.4 - Le non paiement de vos cotisations

A défaut de paiement de votre cotisation ou d'une fraction de celle ci dans les 10 jours suivants son échéance, nous pourrions, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice, vous adresser à votre dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure. Vos garanties pourront être suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et votre adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du code des assurances).

ART. 9 – RESILIATION

9.1 - L'adhésion peut être résiliée :

PAR L'ADHÉRENT :

- A l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1er janvier moyennant un préavis de deux mois au moins.
IMPORTANT : reconduction tacite des contrats : conformément à l'article L113.15.1 du Code des assurances, ce contrat n'est pas concerné par la loi 2005-67 du 28/01/2005 (dite Loi Chatel).
- En cas d'augmentation de la prime résultant d'une révision du tarif dans les conditions prévues par l'article 7.2
- En cas de changement de Régime Obligatoire ou de domicile si les garanties en relation avec la situation antérieure ne correspondent plus à votre nouvelle situation. La demande de résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la date de l'événement et prend effet un mois après la réception de votre notification.

Votre notification doit être adressée au Délégué de gestion par lettre recommandée avec accusé de réception.

PAR L'ASSUREUR :

La résiliation peut intervenir de notre part en cas :

- d'aggravation du risque dans les conditions prévues à l'article 9.1 ci-dessus;
- de non paiement de la prime (art. L.113-3 du Code des Assurances). Les cotisations de l'année en cours nous sont toutefois dues dans leur intégralité ;
- de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle dans la déclaration du risque lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion (art. L.113-9 du Code des Assurances).
- de fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues. La résiliation prendra effet 10 jours après sa notification.

La notification vous sera communiquée par lettre recommandée adressée par le Délégué de gestion à votre dernier domicile connu. La date d'envoi constituera le point de départ du préavis.

DE PLEIN DROIT :

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.
- En cas de fixation de votre domicile hors France métropolitaine, Vous devrez alors en informer le Délégué de gestion par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée dans les trois mois qui suivent la date d'installation. La résiliation prendra effet à la fin du mois suivant la réception de votre notification.
- En cas de décès de l'Adhérent. S'il Vous n'êtes pas seul Assuré, l'adhésion continuera de produire ses effets à l'égard des autres Assurés, à charge pour eux d'exécuter les obligations dont Vous étiez tenus, jusqu'à l'échéance principale suivante. A cette date, une nouvelle adhésion leur sera proposée

CONTRACTUELLEMENT :

En cas de perte de la qualité d'assuré social de l'adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres assurés pourront continuer à être assurés s'ils en effectuent la demande.

9.2 - Les modalités de la résiliation

- La résiliation par l'adhérent doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception et adressée au Délégué de gestion.
- La résiliation par l'Assureur sera notifiée à l'adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

9.3 Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation.

9.4 Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation.

9.4.1 En cas d'exercice du droit à renonciation, dans le cadre de l'article L 112-9-1 du Code des assurances.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation l'assureur procèdera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où l'adhésion a effectivement produit ses effets.

L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

9.4.2 En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L 112-2-1 du Code des assurances et L 121.20-8 du Code de la consommation (commercialisation à distance) :

- En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'adhérent est redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.
- Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.
- Si des cotisations ont été perçues, l'assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

Titre II – Quelles sont les garanties prévues dans le cadre de votre adhésion

ART 10 - L'OBJET DE VOTRE GARANTIE

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

La garantie Santé est complétée par la mise en œuvre d'un ensemble de services proposés par Carte Blanche et d'une garantie d'Assistance, en cas de *maladie* ou d'*accident*.

10.1- Les personnes assurées

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

- Vous même en tant qu'*adhérent*,
- et le cas échéant, votre conjoint et les enfants à charge pour lesquels vous aurez demandé la garantie dans les conditions prévues à l'article 7.

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

10.2 - Votre garantie santé

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

Lorsque la garantie fait référence à un plafond mensuel de la Sécurité sociale, celui-ci correspond au plafond en vigueur à la date à laquelle sont exposés les frais.

Les montants des remboursements sont mentionnés sur le certificat d'adhésion

Notre participation en tant qu'Assureur, telle que prévue au sens du présent contrat, intervient sur les dépenses de santé engagées par l'*assuré*, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux ci soient expressément mentionnés sur le tableau des garanties annexé au certificat d'assurance pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants qui sont indiqués.

- Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de garantie choisie ne peuvent donner lieu à participation de notre part.
- La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est celle qui correspond :
 - à la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui ci);
 - aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire.

En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

- Nos remboursements viennent en complément de ceux de la Sécurité sociale (ou de tout autre organisme offrant des prestations similaires), et de ceux des éventuels organismes complémentaires auprès desquels les *assurés* pourraient être garantis.
- Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent faire l'objet d'un remboursement de notre part, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint au certificat d'adhésion.
- Vous* ne pourrez percevoir pour *vous-même* ou pour les membres de votre famille *assurés*, un remboursement supérieur à celui des frais réellement engagés, tels qu'ils figurent sur le bordereau ou la feuille de soins de la Sécurité Sociale et le cas échéant, ou les factures des professionnels de santé lorsque les frais en cause garantis ne sont pas remboursés par le Régime Obligatoire. Cette limitation ne s'applique pas à l'indemnité forfaitaire prévue en cas de maternité.
- Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la *Nomenclature* Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).
- A l'exception des cas où nous réglons directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'*adhérent* pour l'ensemble des *assurés* et effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

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

9.1- Les exclusion générales

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

- de la pratique par l'*Assuré* de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record ;
- de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie d'un *Assuré* ;
- d'un acte intentionnel de la part de l'*Assuré* ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente ;
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'*Assuré* à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense) ;
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'*Assuré* est soumis à la suite d'un événement garanti).

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

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

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

11.3- Les exclusions relatives aux hospitalisations et traitements suivants

Nous ne garantissons pas :

- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un *accident* ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de la Compagnie indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du régime obligatoire de l'*Assuré* ;
- tout frais non consécutifs à un *accident*, facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique ;
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
- les interventions ayant pour but de remédier à des *maladies* ou infirmités congénitales, ainsi que leurs suites, sauf pour les nouveau-nés sous réserve que l'enfant nous ait été déclaré dans les 30 jours suivant sa naissance.

11.4- Les limitations

- Les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle et de psychiatrie sont limités à 30 jours par an et par personne.
- Pour les consultations de psychiatrie et neuro-psychiatrie : la prise en charge de ces consultations à hauteur des garanties précisées dans le tableau des garanties pour la formule de garantie retenue est limitée à 6 par an et par assuré.
Au-delà et dans le respect du parcours de soins coordonné uniquement, la prise en charge de ces consultations sera limitée à 30 % de la base de remboursement de la sécurité sociale.
- Par ailleurs, les frais d'hospitalisation pour le traitement des affections mentales ou psychiatriques seront limités pour chaque personne assurée à 90 jours pour toute la durée de vie de l'adhésion.

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

EN AUCUN CAS LE VERSEMENT DE PRESTATIONS, MÊME EFFECTUE A PLUSIEURS REPRIS, NE SAURAIT CONSTITUER UNE RENONCIATION DE L'ASSUREUR A L'UNE DES EXCLUSIONS DE GARANTIES PREVUES AU CONTRAT.

ART 12 - LES SERVICES COMPLEMENTAIRES

12.1 - Les services complémentaires santé proposés

Si elle est prévue dans le tableau des garanties, une *carte de tiers payant* peut être délivrée à l'*adhérent* par le Délégué de gestion lors de la mise en place des

garanties afin de permettre aux *assurés* la dispense des frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'*adhérent* est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, le Délégué de gestion pourra demander à l'*adhérent* le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'*adhérent* qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

12.2 - Les services proposés par votre garantie Assistance Santé

S'ils sont mentionnés sur le tableau des garanties pour la formule de garantie retenue, les *assurés* bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Les conditions de votre garantie assistance sont indiquées dans une notice d'information jointe au présent document.

Titre III – Comment obtenir vos remboursements ?

ART 13 - LES DOCUMENTS QUE VOUS DEVEZ TRANSMETTRE

Pour le remboursement des dépenses de santé :

Lorsque l'*assuré* ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que nous n'avons pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à nous transmettre sont les suivants :

- Hospitalisation :**
L'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.
- La médecine courante, la pharmacie, les frais de transport, les prothèses et les appareillages** (les prothèses auditives, les prothèses orthopédiques, ...) : L'original du décompte du régime de base.
- Le dentaire :** L'original du décompte du régime de base. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes.
- L'optique :** L'original du décompte du régime de base ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien.
- La prévention :** La prescription médicale et la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.
- La maternité :** Pour obtenir le paiement de l'indemnité forfaitaire de maternité, la demande d'adhésion au contrat de l'enfant de l'*adhérent* doit intervenir dans les deux mois qui suivent sa naissance en complément d'un extrait d'acte de naissance.
- Pour l'allocation obsèques :** un acte de décès officiel mentionnant les nom et prénom du défunt, sa date de naissance, la date et l'heure du décès et un certificat d'hérédité portant la mention de porte-fort.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, le Délégué de gestion pourra être amené à demander aux *assurés* des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à au Délégué de gestion dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance. Ce délai est ramené à trois mois en cas de résiliation de l'adhésion.

ART 14 - CONTROLE DES DEPENSES - CONTROLE MEDICAL

L'Assureur se réserve la possibilité de demander aux *assurés* :

- tous renseignements ou documents dont nous jugerions utile de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'*assuré* peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil du délégataire de gestion.
- de se faire examiner par un médecin de notre choix.

L'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

ART 15 - ARBITRAGE

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'*assuré* et nous, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3e médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'*adhérent*, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3e médecin et des frais de sa nomination.

Titre IV – Les autres dispositions relatives à votre adhésion

ART 16 - L'ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES DU CONTRAT

La garantie ne concerne que les *assurés* résidant durablement en France métropolitaine.

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

ART 17 - LES RECLAMATIONS- LA MEDIATION

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

Si un différend persistait après la réponse apportée par le Délégué de gestion, *vous* aurez la faculté de demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les coordonnées du Médiateur *vous* seront communiquées sur simple demande adressée à notre siège social.

ART 18 - LA PRESCRIPTION

Le délai de prescription de toute action dérivant du présent contrat est de deux ans à compter du jour de l'événement qui lui a donné naissance (Articles L.114.1 et 2 du Code des assurances).

ART 19- INFORMATIQUE ET LIBERTE

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite « informatique et libertés » modifiée par la loi n° 2004- 801 du 6 août 2004, nous *vous* informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est SwissLife Prévoyance et Santé. *Vous* pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès du Service Informatique de CEGEMA Assurances, 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre – BP 189 – 06272 Villeneuve Loubet Cedex.

Les données personnelles seront utilisées pour le suivi de votre dossier et l'envoi de documents concernant les produits d'assurances, par Swisslife Prévoyance et Santé, destinataire de l'information, avec ses mandataires, l'Association le cas échéant, les organismes de réassurances.. Cependant, si *vous* souhaitez ne pas être sollicité, nous *vous* invitons à le faire savoir par courrier simple au Délégué de gestion par simple courrier à l'adresse précitée.

ART 20 - LA SUBROGATION

Conformément à l'article L 121.12 du Code des assurances, *l'assuré* bénéficiaire des prestations nous donne subrogation pour exercer son recours, en cas de sinistre, contre les tiers responsables jusqu'à concurrence des prestations et indemnités versées en application du présent contrat.

ART 21 - AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle de la compagnie d'assurances qui assure les garanties au titre du présent contrat est :

Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) - 61 rue Taitbout-75009- Paris.

ART 21 -- POSSIBILITE DE RENONCIATION

Je dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de mon adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L 112-9 du code des assurances ou par les articles L 112-2-1 du code des assurances et L 121-20-8 et suivants du code de la consommation.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée au Délégué de gestion.

Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la Lettre Recommandée A.R par le Délégué de gestion.

Les conséquences du droit à renonciation sont indiquées dans l'article 14.4 de la présente notice d'information. Article L112-9-1 premier alinéa du code des assurances :

« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. (...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renonciation »

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L112-2-1 du code des assurances et L121-20-8 et suivants du code de la consommation :

L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur le certificat d'adhésion) à la demande expresse de *l'adhérent*.

La cotisation, dont je suis redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et la date de réception mon éventuelle renonciation.

En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, je m'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

Messieurs,

Je soussigné(e) (Nom et Prénom de *l'adhérent*), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de *vous* informer que je renonce à mon adhésion au contrat ECOMUTUELLESANTE (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date).

(Si des cotisations ont été perçues) Je *vous* prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie. (En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

A....., Le.....

Signature

Titre V – LEXIQUE

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

Accident

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

Adhérent

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

Age

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

Exemple : *Vous* êtes nés le 21 février 1960. L'*âge* pris en considération au cours de l'année 2008 sera de 48 ans (2008-1960=48).

Assuré

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

Base de Remboursement - BR -

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

Conclusion de l'adhésion

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

Conjoint

Est considéré comme conjoint l'époux ou l'épouse de *l'adhérent*, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité ou son (sa) concubin(e).

Dépassement d'honoraires

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

Enfant à charge

Ils s'agit de votre ou vos enfants fiscalement à votre charge, ou celle de votre conjoint. La garantie cesse à leur égard à la fin de l'année suivant leur 21ème anniversaire ou jusqu'à leur 26ème anniversaire s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la Sécurité sociale des étudiants ou se trouvent sous contrat d'apprentissage.

Hospitalisation

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

Maladie

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

Maternité

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

Nous

Il s'agit de nous même, l'Assureur.

Nomenclature des actes de la Sécurité sociale

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

Régime Obligatoire – RO -

Le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale auprès duquel est affilié le bénéficiaire.

Ticket modérateur - TM -

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

Transport

Il s'agit du transport sanitaire du malade ou de l'accidenté, de son domicile ou du lieu de *l'accident* à l'hôpital ou à la clinique le ou la plus proche. *L'Assuré* garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

Vous

Il s'agit de vous, *Adhérent*, souscripteur de l'adhésion au contrat