

AMIS INDIVIDUEL SANTÉ

Contrat responsable et solidaire

CONDITIONS GÉNÉRALES n° 30342



malakoff médéric

SANTÉ • PRÉVOYANCE • RETRAITE

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	4
TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	7
1.1 - OBJET DU CONTRAT	7
1.2 - PRISE D’EFFET, DUREE, RENOUVELLEMENT ET RESILIATION DU CONTRAT	7
1.3 - RÉFÉRENCES LÉGALES	7
1.4 - CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	8
1.5 - AJUSTEMENT DU CONTRAT	8
1.6 - CONDITIONS ET FORMALITES DE SOUSCRIPTION AU CONTRAT	8
1.7 - MODIFICATION DES GARANTIES	8
1.8 - EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DES GARANTIES	9
1.9 - RENONCIATION	9
1.10 - BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES	10
1.11 - OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR	10
1.12 - DISPOSITIONS DIVERSES	10
TITRE II - COTISATION	12
2.1 - ASSIETTE ET MONTANT DE LA COTISATION	12
2.2 - INDEXATION	12
2.3 - MODALITÉS DE PAIEMENT	12
2.4 - DÉFAUT DE PAIEMENT	13
TITRE III – GARANTIES FRAIS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX	13
3.1 - OBJET DE LA GARANTIE	13
3.2 - PRESTATIONS	13
3.3 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	17

GLOSSAIRE

Dans le présent contrat les termes suivants sont utilisés :

Sauf disposition spécifique prévue à la garantie, les définitions ci-après s'entendent au jour de l'évènement considéré :

L'assureur	QUATREM - SA au capital de 510 426 261 euros – Entreprise régie par le Code des assurances, 21 rue Laffitte 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris - Société du groupe Malakoff Médéric
Le souscripteur	La personne physique, résidant en France métropolitaine, relevant d'un régime obligatoire de la Sécurité sociale française.
L'assuré	Le souscripteur admis à l'assurance sur qui repose le risque assuré.
Le conjoint	L'époux ou l'épouse de l'assuré non séparé de corps judiciairement.
Le partenaire	La personne liée à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS : contrat conclu par deux personnes physiques majeures pour organiser leur vie commune au sens de l'article 515-1 du Code Civil).
Le concubin	<p>La personne vivant en concubinage avec l'assuré sous réserve que l'assuré et son concubin :</p> <ul style="list-style-type: none">- Soient libres de tout lien matrimonial c'est-à-dire célibataires, veufs ou divorcés,- N'aient pas conclu de PACS. <p>Le concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes physiques majeures qui vivent en couple</p>
Les enfants à charge	<p>Sont considérés comme enfants à charge : ceux de l'assuré, de son conjoint, à défaut, de son partenaire ou de son concubin tels que définis précédemment, sous réserve qu'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- Qu'ils soient âgés de moins de 21 ans ;- Bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale (du fait de son affiliation, de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle) ;- Fiscalement à sa charge, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qui perçoivent une pension alimentaire que le souscripteur déduit fiscalement de son revenu global. <p>Cette limite d'âge est portée à 28 ans pour les enfants à charge qui remplissent l'une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- S'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du SMIC ;- S'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage ;- S'ils sont inscrits à Pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré. <p>La limite d'âge est supprimée pour les enfants à charge qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article L 241-3 du code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21e anniversaire ou leur 28e anniversaire s'ils poursuivaient des études.</p> <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none">- Qu'ils soient fiscalement à charge de l'assuré, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qu'ils perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global

Accident	Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré.
Maladie	Désigne toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.
Maternité	Etat de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance maternité
Régime obligatoire – RO	Le régime général ou local (régime Alsace – Moselle) obligatoire d'assurance maladie dont dépend l'assuré et/ou ses ayants droits.
Plafond Annuel de la Sécurité sociale	<p>Salaires de référence fixés annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Sa valeur annuelle peut servir au calcul de la cotisation due par l'assuré. Certaines prestations sont exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle.</p> <p>Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr</p>
Prestations en nature	Le remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par l'assuré.
Parcours de soins	Passage par le médecin traitant choisi par l'assuré avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue ainsi que, pour les patients âgés de moins de 26 ans, psychiatre et neuropsychiatre). Le parcours de soins concerne les patients à partir de 16 ans
Participation forfaitaire (Article L160-13 du Code de la Sécurité sociale)	<p>Montant forfaitaire non remboursé par le régime obligatoire. Cette participation forfaitaire, à la charge de l'assuré, concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques.</p> <p>La participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'assureur.</p>
Franchise (Article L160-13 du Code de la Sécurité sociale)	<p>La franchise est une somme déduite des remboursements effectués par le régime obligatoire sur les frais pharmaceutiques, les actes des auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.</p> <p>La franchise n'est pas remboursée par l'assureur</p>
Secteur conventionné	L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le régime obligatoire et pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement du régime obligatoire. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements du régime obligatoire. Le ticket modérateur et le dépassement de la base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge de l'assuré.
Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	<p>Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).</p> <p>Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr.</p>
Secteur non conventionné	L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le régime obligatoire et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par le régime obligatoire est alors effectué sur une base minorée.

Service Médical Rendu (S.M.R.)

Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 4 niveaux (majeur, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par le régime obligatoire.

Base de remboursement du régime obligatoire

Le montant défini par le régime obligatoire pour rembourser les frais médicaux.

Ticket Modérateur

Participation de l'assuré aux tarifs définis par le régime obligatoire pour rembourser les frais médicaux. Cette participation peut être réduite ou supprimée dans certains cas mentionnés à l'article R 160-16 du Code de la Sécurité sociale.

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement du régime obligatoire. Il est constitué :

- Du ticket modérateur, étant rappelé que la participation forfaitaire et la franchise (L160-13 du Code de la Sécurité sociale) ne sont pas prises en charge par l'assureur,
- De l'éventuel dépassement d'honoraires.

Calcul de l'âge

L'âge réel de l'assuré à la date d'effet du contrat et selon le cas, l'âge est calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et l'âge réel de l'assuré à la date d'anniversaire de l'adhésion ou de la modification de l'adhésion.

TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 - OBJET DU CONTRAT

Ce contrat est un contrat d'assurance à adhésion individuelle ayant pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité par le souscripteur et/ou de ses ayants droit au sens du contrat.

Il est régi par le Code des assurances et notamment ses articles L111-1 et suivants et relève des branches 1 (accidents) et 2 (maladie) de l'article R321-1 du Code des assurances.

Les garanties de AMIS INDIVIDUEL SANTE sont assurées par QUATREM sous le numéro 30342.

Les présentes dispositions définissent les engagements réciproques du souscripteur et de l'assureur et notamment les modalités d'entrée en vigueur des garanties ainsi que les formalités à accomplir pour le paiement des prestations.

1.2 - PRISE D'EFFET, DUREE, RENOUVELLEMENT ET RESILIATION DU CONTRAT

Sous réserve du versement de la 1^{ère} cotisation, le contrat conclu entre le souscripteur et l'assureur prend effet à la date mentionnée aux conditions particulières. Il est souscrit pour une période se terminant à la date d'anniversaire de la date d'effet du contrat.

Le contrat se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf résiliation par le souscripteur notifiée par lettre recommandée adressée UN MOIS au moins avant chaque date de renouvellement. Le souscripteur peut également procéder à la résiliation dans les mêmes délais par envoi recommandé électronique.

Dans l'hypothèse où l'avis d'échéance annuelle est adressé moins de quinze jours avant cette date limite de résiliation ou lorsqu'il est adressé après cette date, l'assuré dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de cet avis pour dénoncer la reconduction du contrat. Dans ce cas, le délai de résiliation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Le contrat prend fin en cas de résiliation conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles de l'article 1.5 (Ajustement du contrat) et de l'article 2.4 (Défaut de paiement). Le contrat prend également fin en cas de décès du souscripteur.

1.3 - RÉFÉRENCES LÉGALES

1.3.1 Obligations de déclaration

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

Toute réticence ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'assureur entraînerait l'application des articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances qui prévoient :

- Article L113-8 « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »
- Article L113-9 « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

1.3.2 Prescription

Toute action dérivant du présent contrat est irrecevable au terme d'un délai de DEUX ANS à compter de l'évènement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et L114-2 du Code des assurances qui prévoient :

- Article L114-1 « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :
 - 1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
 - 2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

- Article L114-2 « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription [reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du code civil), acte d'exécution forcée (article 2244 du code civil), citation en justice, même en référé (article 2241 du code civil)] et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi électronique avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

1.4 - CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Le présent contrat d'assurance est qualifié de contrat solidaire et responsable.

Par "solidaire" : on entend un contrat dont l'adhésion des assurés n'est pas soumise à des formalités d'acceptation médicale et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré.

Par "responsable" : on entend un contrat qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

1.5 - AJUSTEMENT DU CONTRAT

Si une décision législative, réglementaire, une modification de l'intervention du régime obligatoire de la Sécurité sociale, une évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs garanties ou une aggravation du risque viennent à entraîner une modification des engagements de l'assureur, celui-ci se réserve la possibilité de :

- modifier le contrat ;
- réviser le tarif.

L'aggravation du risque s'apprécie sur l'ensemble des contrats présentant des caractéristiques analogues souscrits dans le cadre des présentes Conditions générales.

Le souscripteur peut résilier le contrat dans les conditions prévues par l'article L 113-4 du Code des assurances.

Jusqu'à la date de prise d'effet de cette modification ou de cette révision, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

1.6 - CONDITIONS ET FORMALITES DE SOUSCRIPTION AU CONTRAT

Le souscripteur remplit une demande de souscription par laquelle il précise notamment, la formule de garantie qu'il souhaite parmi celles prévues au contrat.

L'acceptation du risque par l'assureur est constatée par l'émission de conditions particulières qui confèrent au souscripteur la qualité d'assuré.

Sauf stipulations contraires précisées aux conditions particulières les garanties ne sont acquises que pour les assurés domiciliés en France Métropolitaine.

Les conditions particulières mentionnent les caractéristiques propres à la souscription au contrat, notamment, l'identité de l'assuré et des bénéficiaires définis à l'article 1.10 (Bénéficiaires des garanties), la date d'effet du contrat, la formule de garantie, les cotisations ainsi que les dérogations éventuelles aux conditions du contrat.

Un exemplaire des conditions particulières doit être retourné signé à l'assureur dans les 30 jours qui suivent sa date d'émission.

Seules les pièces contractuelles portant la signature d'un représentant habilité de la compagnie engagent l'assureur.

1.7 - MODIFICATION DES GARANTIES

Chaque année à la date d'anniversaire du contrat, sous réserve d'en faire la demande à l'assureur au moins TRENTE jours avant cette date, l'assuré peut demander à modifier sa formule de garantie.

La modification prend effet après accord exprès de l'assureur matérialisé par l'établissement d'un avenant aux conditions particulières qui indique notamment la date de prise d'effet de la modification, la nouvelle formule de garantie souscrite et la cotisation à cette date. Celle-ci sera calculée conformément aux critères mentionnés à l'article 2.1 (Assiette et montant de la cotisation).

Si l'assuré ne retourne pas l'avenant au contrat signé de l'assureur dans les TRENTE jours suivants sa date d'émission accompagné du paiement de la cotisation correspondante, ou si l'assureur refuse la modification, l'assuré reste garanti dans les conditions prévues antérieurement à sa demande de modification.

1.8 - EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DES GARANTIES

POUR L'ASSURE :

Les garanties prennent effet à la même date que celle du contrat, mentionnée aux conditions particulières,

En cas de modification du contrat dans les conditions mentionnées à l'article 1.7. (Modification de la souscription), à la date mentionnée sur l'avenant au contrat.

Elles cessent, dans les cas prévus à l'article 1.2 (Prise d'effet – durée, renouvellement et résiliation du contrat).

POUR LES BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES :

Les garanties prennent effet à la même date que l'effet des garanties pour l'assuré mentionnée aux conditions particulières, **sous réserve que les bénéficiaires répondent à la définition de l'article 1.10 (Bénéficiaires des garanties) à cette date et que les cotisations les concernant soient payées.**

Au cours du contrat, l'assuré a la faculté de modifier les bénéficiaires des garanties dans les conditions ci-après. Cette modification donnera lieu à l'émission d'un avenant au contrat par l'assureur :

- le lendemain de la radiation d'un bénéficiaire à une garantie de même nature sur présentation du certificat de radiation ;
- le 1^{er} jour du mois qui suit la modification de la situation de famille de l'assuré sous réserve qu'elle ait été portée à la connaissance de l'assureur dans un délai de UN mois suivant la survenance de l'évènement ;
- le 1^{er} janvier d'un exercice, sous réserve que la demande parvienne à l'assureur dans les TRENTE jours qui précèdent ladite date.

Les garanties cessent pour les bénéficiaires :

- **à la même date que la cessation des garanties pour l'assuré visée à l'article 1.2 (Prise d'effet – Durée, renouvellement et résiliation du contrat) ;**
- **à la date à laquelle ils perdent le statut de bénéficiaire tel que défini à l'article 1.10 (Bénéficiaires des garanties).**

1.9 - RENONCIATION

L'assuré a la faculté de renoncer au contrat, si la souscription fait suite à un démarchage à domicile ou s'il a été conclu à distance, dans les conditions ci-après :

1.9.1. Démarchage à domicile

Conformément à l'article L112-9 du Code des assurances : « 1.- 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 ou par envoi recommandé électronique pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

L'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. L'assuré est tenu 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 la résiliation. Le solde est remboursé par l'assureur au plus tard dans les TRENTE jours suivant la date de résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un évènement mettant en jeu les garanties du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

1.9.2 Souscription au contrat à distance

Conformément à l'article L112-2-1 du Code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée avec avis de réception, ou par envoi recommandé électronique, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, ce délai commençant à courir à compter de la date d'édition des conditions particulières.

1.9.3 Modèle de rédaction de la renonciation au contrat

Pour exercer son droit de renonciation, l'assuré peut utiliser le modèle de rédaction suivant :

Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à la souscription au contrat numéro (indiquer ledit numéro), souscrit le (date d'effet du contrat), par l'intermédiaire de (nom du conseiller en assurance), en application des dispositions de l'article L 112-9 du Code des assurances (en cas de démarchage à domicile) L 112-2-1 du Code des assurances (en cas de souscription à distance) – rayer la mention inutile-

1.10 - BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Outre l'assuré, peuvent bénéficier des garanties sous réserve qu'ils soient mentionnés aux conditions particulières et que les cotisations correspondantes soient payées, les personnes ci-après, bénéficiaires au sens du contrat, sous réserve qu'elles répondent aux définitions mentionnées au lexique :

- son conjoint ou son partenaire de PACS ou son concubin ;
- ses enfants à charge.

1.11 - OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

L'assuré s'oblige :

- **à la souscription :**
 - à transmettre la demande de souscription complétée et signée, et :
 - une photocopie de sa carte nationale d'identité ou de son passeport en vigueur,
 - pour chaque bénéficiaire la photocopie de l'attestation d'assurance maladie jointe à la carte vitale,
 - un exemplaire des conditions particulières du contrat dûment signé dans les TRENTE jours qui suivent sa date d'émission,
 - toute pièce que l'assureur jugerait nécessaire à la souscription au contrat.
- **En cours de contrat :**
 - à régler les cotisations à l'assureur,
 - à communiquer à l'assureur :
 - toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence de modifier la nature ou l'importance des risques, ou d'en créer de nouveaux, et de rendre inexacts ou caduques les déclarations faites à l'assureur lors de la souscription, notamment le changement de domicile, déclaré lors de la souscription,
 - à transmettre à l'assureur, le cas échéant, sa demande de modification du contrat dans les conditions fixées à l'article 1.7 (Modification des garanties).
- **Sur demande de l'assureur, à tout moment :**
 - à justifier par tous moyens (certificat de scolarité, extrait d'acte de naissance, avis d'imposition...) que son conjoint, son partenaire, son concubin, ses enfants à charge répondent bien à la définition contractuelle.

1.12 - DISPOSITIONS DIVERSES

Toutes les communications relatives à l'assurance et incombant au souscripteur, aux assurés ou aux bénéficiaires, doivent être adressées à Quatrem (TSA 20002 – 78075 Saint Quentin en Yvelines cedex).

Toutes les communications incombant à l'assureur seront valablement faites au dernier domicile connu en France indiqué par le souscripteur et/ou les bénéficiaires.

1.12.1 Droit d'accès et de rectification

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en ce compris le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré reconnaît avoir été informé par Quatrem, organisme assureur du Groupe Malakoff Médéric et responsable de traitement des données à caractère personnel collectées, qu'un délégué à la protection des données à caractère personnel a été désigné.

Il peut être contacté par email à sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier : Malakoff Médéric, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel de l'assuré peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Quatrem ou d'autres sociétés du groupe Malakoff ; et ce y compris, en notre qualité d'organisme assureur, l'utilisation du NIR de l'assuré pour la gestion de ses risques d'assurance complémentaire santé (conformément au Pack de conformité « Assurance » de la CNIL de novembre 2014 (dit « Pack Assurance ») ;
- la gestion des avis de l'assuré sur les produits, services ou contenus proposés par Quatrem ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.

Quatrem s'engage à ne pas exploiter les données personnelles de l'assuré pour d'autres finalités que celles précitées.

L'assuré reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel (en ce compris des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution du contrat.

Le traitement, pour une ou plusieurs finalités spécifiquement déterminées, des données concernant la santé de l'assuré, données sensibles au sens de l'article 8 de la loi Informatique et libertés et de l'article 9 du RGPD, est soumis à son consentement écrit et préalable pour une ou plusieurs des finalités spécifiquement listées ci-dessus. En pratique la signature du Bulletin individuel d'affiliation vaut recueil du consentement.

Les destinataires des données à caractère personnel de l'assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les services de Quatrem et du groupe Malakoff Médéric dont le personnel est en charge des traitements relatifs à ces données, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures et les souscripteurs du contrat.

Les données de santé de l'assuré sont destinées au Service médical de Quatrem et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical et ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Quatrem s'engage à ce que les données à caractère personnel de l'assuré ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées adaptées au risque élevé pesant sur de telles données.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec l'assuré varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL et notamment aux durées prévues par le Pack Assurance. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Quatrem et des prescriptions légales applicables.

Quatrem et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données de l'assuré et (2) à notifier à la CNIL et informer l'assuré en cas de violation de ses données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

Les données utilisées à des fins statistiques font l'objet d'une anonymisation préalable par des procédés techniques excluant tout risque de réidentification des personnes. Les dispositions de la réglementation de protection des données ne s'appliquent pas à de telles données.

2. L'assuré dispose d'un droit de demander l'accès à ses données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données, post-mortem. L'assuré dispose également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Il dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, par email à sgil.assurance@malakoffmederic.com ou par courrier à Malakoff Médéric, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

L'assuré dispose également du droit de contacter la CNIL directement sur le site internet :

<https://www.cnil.fr/fr/agir>

ou par courrier à l'adresse suivante :

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés,
3 Place de Fontenoy
TSA 80715
75334 PARIS CEDEX 07.

Pour information, l'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

1.12.2 Organisme de contrôle de l'assureur

L'autorité chargée du contrôle de Quatrem est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

1.12.3 Réclamations - Médiation - Juridiction compétente

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le souscripteur, l'assuré et les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller habituel ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée à l'adresse suivante :

reclamations.quatrem@malakoffmederic.com

ou à l'adresse du service :

Quatrem
Pôle réclamations
TSA 20002
78075 Saint Quentin en Yvelines cedex

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, l'assuré, le souscripteur et/ou les bénéficiaires peuvent, sans préjudice du droit d'agir en justice, s'adresser à la Médiation de l'assurance par voie électronique à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS Cedex 09.

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liée à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal compétent.

1.12.4 Subrogation

Conformément à l'article L.121-12 du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits et actions de l'assuré et de ses ayants-droit contre les tiers responsables à concurrence de toutes prestations à caractère indemnitaire versées en application du contrat.

TITRE II - COTISATION

2.1 - ASSIETTE ET MONTANT DE LA COTISATION

La cotisation annuelle est exprimée en euros, en fonction notamment de la formule de garantie souscrite, de l'âge des bénéficiaires, du département de leur résidence principale, de la périodicité de paiement choisie, du régime obligatoire et des dispositions réglementaires en vigueur.

La cotisation est déterminée selon ces critères à la date d'effet du contrat pour chaque bénéficiaire et est indiquée aux conditions particulières.

En cas de modification :

- du département de résidence principale de l'assuré et/ou d'un des bénéficiaires, la cotisation est adaptée au 1^{er} jour du mois qui suit la date à laquelle l'assureur en a connaissance ;
- de la formule de garantie souscrite dans les conditions mentionnées à l'article 1.7 (Modification des garanties), un avenant au contrat indiquera la nouvelle cotisation, calculée selon les critères décrits au 1^{er} alinéa du présent paragraphe.

En tout état de cause, la cotisation évolue au cours du contrat, à la date d'anniversaire de la date d'effet du contrat, en fonction de l'âge de chaque bénéficiaire à cette date.

2.2 - INDEXATION

La cotisation est indexée chaque année à la date d'anniversaire de la date d'effet du contrat, en fonction du rapport de la dernière évolution connue de la Consommation Médicale Totale publiée dans les Comptes Nationaux de la Santé et conformément aux dispositions de l'article 1.5 (Ajustement du contrat).

2.3 - MODALITÉS DE PAIEMENT

La cotisation mentionnée aux conditions particulières est payable à terme d'avance par l'assuré.

Elle est exigible dans les 10 jours de son échéance selon la périodicité de paiement choisie par l'assuré : mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle.

Le payeur de cotisation est seul responsable de son paiement à l'égard de l'assureur.

Toute taxe présente ou future, établie sur le contrat d'assurance sera mise à la charge du débiteur de la cotisation sous réserve que la récupération soit autorisée.

2.4 - DÉFAUT DE PAIEMENT

L'assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations aux échéances fixées.

En cas de non paiement d'une cotisation mentionnée aux conditions particulières, au terme du délai de 10 jours suivant son échéance, l'assureur, adresse une lettre recommandée de mise en demeure de payer.

Conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances, le non paiement d'une cotisation à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne de plein droit la résiliation du contrat.

TITRE III – GARANTIES FRAIS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

3.1 - OBJET DE LA GARANTIE

Les garanties ont pour objet le remboursement, dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré ou ses bénéficiaires, de tout ou partie des dépenses occasionnées par suite de maladie, de maternité ou d'accident et ayant donné lieu au versement de prestations en nature par le régime obligatoire.

Les actes pris en considération sont ceux référencés par le régime obligatoire aux nomenclatures définissant les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement.

Sauf mention au contrat, l'assureur ne prend pas en charge les actes non remboursés par le régime obligatoire qu'ils soient référencés ou non par cet organisme.

Si leur prise en charge est expressément prévue au contrat les actes doivent être prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIREN.

3.2 - PRESTATIONS

Le montant des remboursements, déterminé acte par acte, est mentionné au contrat et s'applique dans les conditions ci-après, étant précisé que les garanties prises en compte par l'assureur pour le calcul de ces remboursements sont celles en vigueur à la date des soins retenue par le régime obligatoire.

Remarque : Si le présent contrat est souscrit pour un salarié, les prestations interviennent sous déduction du contrat complémentaire souscrit par son entreprise, dont il bénéficie.

Tous les remboursements interviennent dans la limite des frais réellement engagés. Les taux de remboursement indiqués ci-après sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement du régime obligatoire. Ils incluent le remboursement de cet organisme. Toutefois les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du régime obligatoire.

FORMULES DE GARANTIES AU CHOIX DE L'ASSURÉ						
	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6
Hospitalisation						
En établissement conventionné						
- Frais de séjour	100 % Frais réels y compris le remboursement du régime obligatoire, limité à 100 %, au-delà de : - 30 jours en milieux spécialisés : service psychiatrique, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie ; - 90 jours en rééducation fonctionnelle, maison de repos, maison de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR)					
- Honoraires des chirurgiens et anesthésistes – Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé	100 %	125 %	150 %	175 %	220 %	220 %
- Honoraires des chirurgiens et anesthésistes – hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé	100 %	100 %	130 %	155 %	200 %	200 %
- Forfait journalier hospitalier	100 % Frais réels Dans les conditions prévues à l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale					
- Chambre particulière		60 €/jour/bénéficiaire dans la limite de 90 jours Sauf			90 €/jour/bénéficiaire Sauf	
		Dans les milieux spécialisés (service psychiatrique, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), 30 jours.				

Tous les remboursements interviennent dans la limite des frais réellement engagés. Les taux de remboursement indiqués ci-après sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement du régime obligatoire. Ils incluent le remboursement de cet organisme. Toutefois les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du régime obligatoire.

FORMULES DE GARANTIES AU CHOIX DE L'ASSURÉ						
	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6
- Lit accompagnant		20 € jours/bénéficiaire dans la limite de				
		10 jours/an/ bénéficiaire	15 jours/an/ bénéficiaire	20 jours/an/ bénéficiaire	25 jours/an/bénéficiaire	
En établissement non conventionné (sur la base du tarif d'autorité)						
- Tous postes confondus hors dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	100 %	105 %		130 %		
- Hospitalisation à domicile	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %	
Soins de ville						
- Consultations, visites, actes techniques médicaux, imagerie médicale - Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé	100 %	125 %	150 %	175 %	220 %	220 %
- Consultations, visites, actes techniques de spécialistes, radiologie – hors Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	200 %
- Actes d'auxiliaires médicaux, analyses Transport du malade	100 %	100 %	125 %	150 %	200 %	250 %
Cure thermale						
- Soins remboursés par le régime obligatoire.	100 %					
- Forfait global (par an et par bénéficiaire)	-	100 €	125 €	150 €	200 €	200 €
Médicament						
- Pharmacie remboursée par le régime obligatoire	100 %					
- Médicaments (et homéopathie) non remboursés par le régime obligatoire, sur prescription médicale (par an et par bénéficiaire)	-	30 €	40 €	50 €	60 €	70 €
Optique						
Le remboursement de l'assureur est limité à un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire sauf :						
- pour les enfants de moins de 18 ans en cas d'évolution de la vue, à un équipement par an et par bénéficiaire ;						
- pour les assurés présentant un déficit de vision de près et de loin, ne portant pas de verres progressifs ou multifocaux, à 2 équipements tous les 2 ans corrigeant chacun les déficits mentionnés ci-avant.						
Ces fréquences sont appréciées à compter de la date de la dernière acquisition de l'équipement.						
La part dédiée à la monture au sein de l'équipement ne peut excéder 150 €.						
- Offres accessibles dans le réseaux Kalivia À tout assuré qui en fait la demande (monture et verres)	-	Les offres « Malin » sont une sélection de lunettes à tarif encadré prise en charge intégralement par l'assureur dans la limite prévue par l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale et pour la monture de : 40 € pour l'offre Malin, 60 € pour les offres Malin Prim' et Malin Plus. Elles ne se cumulent pas avec les remboursements prévus ci-après :				
		Malin	Malin	Malin Prim'	Malin Plus	Malin Plus
- Verres, montures, lentilles, remboursées par le régime obligatoire	100 %					

Tous les remboursements interviennent dans la limite des frais réellement engagés. Les taux de remboursement indiqués ci-après sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement du régime obligatoire. Ils incluent le remboursement de cet organisme. Toutefois les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du régime obligatoire.

FORMULES DE GARANTIES AU CHOIX DE L'ASSURÉ						
	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6
- Verres simples et monture remboursées par le régime obligatoire,	-	100 €	125 €	175 €	200 €	250 €
		Si aucune demande de remboursement n'a été faite pendant deux années, la troisième année, le remboursement de l'assureur est porté à :				
		100 €	150 €	200 €	250 €	325 €
- Verres complexes ou très complexes et monture acceptés par le régime obligatoire	-	200 €	250 €	300 €	350 €	425 €
		Si aucune demande de remboursement n'a été faite pendant deux années, la troisième année, le remboursement de l'assureur est porté à :				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs. ▪ Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs Sphero-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries. 	-	250 €	300 €	350 €	425 €	500 €
- Forfait Lentilles remboursées ou non par le régime obligatoire (par an et par bénéficiaire)	-	100 €	150 €	200 €	250 €	325 €
		Les lentilles remboursées par le régime obligatoire sont au moins prises en charge par l'assureur à hauteur de la base de remboursement-régime obligatoire				
- Chirurgie réfractive non remboursée par le régime obligatoire (par œil, par an et par bénéficiaire)	-	100 €	150 €	200 €	250 €	325 €
Dentaire						
- Soins dentaires	100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	250 %
- Prothèses dentaires et orthodontie remboursées par le régime obligatoire	100 %	150 %	175 %	200 %	250 %	300 %
- Prothèses dentaires non remboursées par le régime obligatoire (implantologie, parodontologie) (par an et par bénéficiaire)	-	50 €	75 €	100 €	150 €	200 €
- Plafond de remboursements prothèses dentaires (par an et par bénéficiaire) :	-	500 €	800 €	1000 €	1200 €	1400 €
Appareillage						
- Appareil auditif : (Par an et par bénéficiaire)	100 %	100 % Complété le cas échéant des montants ci-dessous				
		200 €	250 €	300 €	350 €	425 €
		-	-	+ Offre Prim' Audio		
				50 €	50 €	50 €
- Orthopédie et autres prothèses		100 %				
- Prothèse capillaire (remboursée par le régime obligatoire) (par an et par bénéficiaire)	100 %	50 €	65 €	85 €	100 €	125 €
		Le remboursement de l'assureur ne peut pas être inférieur au ticket modérateur.				

Tous les remboursements interviennent dans la limite des frais réellement engagés. Les taux de remboursement indiqués ci-après sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement du régime obligatoire. Ils incluent le remboursement de cet organisme. Toutefois les remboursements exprimés en euros interviennent en complément du régime obligatoire.

FORMULES DE GARANTIES AU CHOIX DE L'ASSURÉ						
	Formule 1	Formule 2	Formule 3	Formule 4	Formule 5	Formule 6
Prévention						
- Ostéopathie, étiopathie, chiropractie, diététique, acupuncture, sevrage tabagique, micro kinésithérapie, réflexologie, naturopathe (limité à 3 séances par an) (par an et par bénéficiaire).						
- Pédicure, podologue (par an et par bénéficiaire)						
- Vaccins Non Remboursés par le régime obligatoire : grippe, paludéen, fièvre jaune (par an et par bénéficiaire)	-	25 € par acte limité à 50 € par an et par bénéficiaire	25 € par acte limité à 75€/an/bénéficiaire	30 € par acte limité à 100 €/an/bénéficiaire	30 € par acte limité à 100€/an/bénéficiaire	40 € par acte limité à 150 €/an/bénéficiaire
- Bilan de santé : troubles de l'andropause, de la ménopause, dépistage cancer colorectal, du col de l'utérus, de l'ostéoporose, de la cataracte, du glaucome, DMLA, de la mémoire, de l'audition, du parodonte (par an et par bénéficiaire)						
- Actes de préventions pris en charge par le régime obligatoire	100 %					

3.2.1 Cure thermale

Si l'option choisie prévoit la garantie cure thermale, **sous réserve que la cure thermale soit prise en charge par le régime obligatoire et dans la limite de 18 jours de cure par an et par bénéficiaire**, elle a pour objet le remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (dépenses extra légales au sens du régime obligatoire), dans les conditions mentionnées aux conditions particulières.

Les autres dépenses médicales relatives à la cure thermale sont prises en charge dans les conditions fixées au contrat pour chaque acte.

3.2.2 Prestations de prévention

La garantie a pour objet de prendre en charge, outre des actes de préventions prévus par le Code de la Sécurité sociale, des actes de prévention complémentaires selon l'option de garantie souscrite par l'assuré.

3.2.3 Actes effectués à l'étranger

Les soins et traitements pratiqués à l'étranger ne sont pas pris en charge par l'assureur sauf lorsqu'ils ont dû être exécutés à l'étranger en cas d'urgence en quelque pays que ce soit, sous réserve que le régime obligatoire soit intervenu et selon la codification qu'il a appliquée. Le remboursement des actes pris en charge au titre du présent contrat exprimé en pourcentage du reste à charge **est limité à 400 % de la base de remboursement**.

3.2.4 Assurances cumulatives

Si les risques couverts par le présent contrat sont ou viennent à faire l'objet d'autres assurances, l'assuré ou ses bénéficiaires doivent en faire la déclaration à l'assureur lors de la souscription et pendant toute la durée de celle-ci.

Les garanties de même nature produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'assuré ou ses bénéficiaires peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de leur choix.

La contribution de chaque organisme est déterminée conformément aux dispositions de l'article L 121-4 du Code des assurances.

Le cumul des remboursements de l'assureur, du régime obligatoire et de tout autre organisme ne peut excéder le montant des frais réellement engagés par l'assuré ou ses bénéficiaires tels que définis au contrat.

3.2.5 Ne sont pas pris en charge par l'assureur :

- les actes référencés ou non par le régime obligatoire et non remboursés par cet organisme, sauf mention contraire aux conditions particulières ;
- les dépassements d'honoraires non déclarés au régime obligatoire par le professionnel de santé ;
- les actes effectués antérieurement à la date d'effet du contrat ou le cas échéant à la date d'effet de la souscription de l'assuré et de ses bénéficiaires ;
- les soins effectués postérieurement à la date de résiliation de la souscription ou à la date de cessation des garanties de l'assuré et de ses bénéficiaires ;
- en cas d'hospitalisation ou de cure thermale, les frais annexes tels que notamment : téléphone, forfait internet, télévision, boissons ;
- la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur prévues par le Code de la Sécurité sociale et visées à l'article 1.4 (Contrat solidaire et responsable) du présent contrat ;
- la part des dépenses remboursées par un régime complémentaire obligatoire d'entreprise dont bénéficie l'assuré.

3.3 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de remboursement doivent être adressées à l'assureur, avant l'expiration du délai de prescription de DEUX années stipulé au dernier alinéa.

Le remboursement de l'assureur intervient sur présentation des décomptes du régime obligatoire sauf lorsqu'ils sont transmis informatiquement à l'assureur par cet organisme.

L'assuré ou ses bénéficiaires doivent également joindre un justificatif de frais réels (original de la facture et/ou de la prescription médicale) si :

- les frais ne sont pas indiqués sur le décompte délivré par le régime obligatoire ;
- le régime obligatoire n'intervient pas ;
- ils sont consécutifs à une hospitalisation, une cure thermale ;
- ils concernent les prothèses dentaires, auditives, l'appareillage, l'optique.

L'assureur se réserve la possibilité de demander toute autre justification qui lui paraîtrait nécessaire ou de missionner, le cas échéant, un de ses médecins experts afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites.

Si à l'occasion d'une demande de remboursement, l'assuré ou ses bénéficiaires fournissent intentionnellement des documents faux ou dénaturés, ces derniers s'exposent à des poursuites pénales, à la nullité de leur adhésion ainsi qu'à la perte de tous droits à remboursement et seront tenus au remboursement des sommes indûment perçues.

En tout état de cause et conformément aux dispositions légales rappelées à l'article 1.3 (Références légales) du contrat, les demandes de remboursements sont prescrites au terme d'un délai de DEUX ans à compter de la date des soins. La date des soins retenue est celle qui figure sur le décompte de la sécurité sociale (ou sur la facture délivrée par le professionnel de santé en l'absence d'intervention du régime obligatoire).

3.3.1 Prise en charge hospitalière

En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale de plus de 24 heures consécutives, l'assureur peut délivrer une prise en charge hospitalière au profit de l'assuré ou de l'un de ses bénéficiaires.

Ainsi, l'assureur se substitue à l'assuré ou à l'un de ses bénéficiaires, après intervention du régime obligatoire, pour le règlement des frais restant à sa charge auprès de l'établissement concerné, dans les conditions prévues au contrat et à l'exclusion de tous les frais annexes, conformément à l'article 3.2.5 (Ne sont pas pris en charge par l'assureur) et de toute avance de prestations en nature à la charge du régime obligatoire.

3.3.2 Tiers payant

Le contrat permet à l'assuré et à ses ayants droit de bénéficier du mécanisme de tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Au-delà, le bénéfice du tiers payant peut-être conditionné au respect par le professionnel de santé de tarifs maximum ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux.

La carte de tiers payant délivrée par l'assureur doit lui être restituée sans délai lorsque l'assuré et /ou ses ayants droit cessent de bénéficier du contrat.

En cas de non restitution, les bénéficiaires, tels que définis au Lexique ou à défaut le souscripteur, rembourseront à l'assureur les sommes indûment perçues.

L'utilisation frauduleuse ou abusive du tiers payant par les bénéficiaires tels que définis au Lexique entraîne la cessation immédiate de ce service et la restitution par ces derniers de l'ensemble des justificatifs et des sommes indûment perçues à l'assureur.



malakoff médéric

SANTÉ • PRÉVOYANCE • RETRAITE

QUATREM - SA au capital de 510 426 261 euros – régie par le code des assurances - 21 rue Laffitte - 75009 Paris -
412 367 724 RCS Paris – **Société du groupe Malakoff Médéric**
QUATREM - Pôle Réclamations – TSA 20002 – 78075 Saint Quentin en Yvelines cedex – reclamations.quatrem@malakoffmederic.com