

Sommaire général

TABLEAU DES GARANTIES	2
DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE PRODUIT D'ASSURANCE (FICHE IPID)	4
NOTICE D'INFORMATION SANTÉ	6
CONVENTION D'ASSISTANCE	16
DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ	24
STATUTS GPMA	27

TABLEAU DES GARANTIES

Les garanties du contrat CEGEMA ESSENTIEL décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale modifiés par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Le contrat CEGEMA ESSENTIEL s'adapte donc automatiquement à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% Santé* »). Elles prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessous. Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des "Prix Limites de Vente" (PLV) et "Honoraires Limites de Facturation" (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur (a).

CEGEMA ESSENTIEL



Des garanties évolutives et de nombreux BONUS FIDÉLITÉ !

	E1	E2	E3	E4	E5	E6		
HOSPITALISATION								
Honoraires	dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO		100%	125%	150%	175%	200%	250%
	hors OPTAM ou OPTAM-CO (a)		100%	100%	130%	155%	180%	200%
	Bonus à partir de la 3^{ème} Année (a)		-	+25%	+25%	+25%	+25%	+25%
Forfait journalier hospitalier (1)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Frais de séjour								
- en hôpital ou clinique, hors secteur psychiatrique ou neuropsychiatrique								
Secteur conventionné	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- en établissement de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle ou maison de repos	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- en hôpital ou clinique pour une hospitalisation en secteur psychiatrique ou neuropsychiatrique	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation à domicile	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Transport du malade (sauf maternité et cures)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SOINS COURANTS								
Honoraires médicaux								
- Médecins généralistes et spécialistes								
- Radiologie - Imagerie - Echographie								
- Actes de spécialité et actes techniques médicaux (ATM)								
dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%
hors OPTAM ou OPTAM-CO (a)	100%	100%	100%	105%	125%	150%	175%	200%
Bonus en 2^{ème} année (a)	-	+25%	+25%	+25%	+25%	+25%	+25%	+25%
Bonus à partir de la 3^{ème} année (a)	-	+25%	+50%	+50%	+50%	+50%	+50%	+50%
Honoraires paramédicaux	100%	100%	150%	200%	200%	250%	250%	250%
Analyses et examens de laboratoire	100%	100%	150%	200%	200%	250%	250%	250%
Médicaments								
- remboursés par la Sécurité sociale à 65% et à 30%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- remboursés par la Sécurité sociale à 15%	-	-	-	-	-	-	-	-
Matériel médical								
- Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...) remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Bonus à partir de la 2^{ème} année	-	+30 €	+30 €	+30 €	+30 €	+30 €	+50 €	+50 €
Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale sur prescription médicale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Prévention								
- Actes de Prévention (actes prévus dans le cadre des contrats responsables)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
OPTIQUE								
Equipements 100% Santé* :								
Equipement (1 monture et 2 verres) entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à prise en charge renforcée) (b)								
Renouvellement tous les 2 ans (c)								
- Un équipement de deux verres de classe A + monture de classe A	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
- Verres de classe A	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
- Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	100%	30 €	30 €	50 €	75 €	100 €	100 €	100 €
Equipements hors 100% Santé* :								
Equipement entrant dans le cadre du panier libre (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c)								
- Le remboursement de la monture est plafonné à 100 €								
- Une monture de classe B avec deux verres simples de classe B	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- Une monture de classe B avec au moins un verre complexe ou très complexe de classe B	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale (d)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
DENTAIRE								
Soins et prothèses 100% Santé*								
- Prothèses dentaires et inlays-cores entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* sans reste à charge pour l'assuré (classe à remboursement renforcé (a))	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Prothèses hors 100% Santé*								
- Prothèses dentaires hors cadre du panier de soins 100% Santé* et entrant donc dans le champ des paniers à honoraires modérés (a) ou libres	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Soins								
- Soins dentaires, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	125%	125%	150%	175%	175%	175%
- Inlays-onlays et inlays-core remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100% Santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés (a) ou libres	100%	100%	125%	125%	150%	175%	175%	175%
Bonus sur l'intégralité des soins dentaires : 2^{ème} année	-	+25%	+25%	+25%	+25%	+25%	+25%	+25%
Bonus sur l'intégralité des soins dentaires : à partir de la 3^{ème} année	-	+25%	+50%	+50%	+50%	+50%	+50%	+50%
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
AIDES AUDITIVES								
Aides auditives - Prestations assurées au cours de l'année 2020								
- Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Aides auditives - Prestations assurées à partir du 1er janvier 2021								
Equipements 100% Santé*								
- Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I (e) entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre ans (d)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Equipements hors 100% Santé*								
- Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale Hors panier de soins 100% Santé* (Appareil de classe 2 à prix libre) - Renouvellement tous les quatre ans (d) - Remboursement maximum : 1700 € par oreille à appareiller (d).	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ASSISTANCE								
Assistance	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Téléconsultation	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Carte Blanche : Tiers payant, accès à des équipements à des tarifs modérés et de qualité, pas d'argent à avancer chez de nombreux professionnels de santé (5)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
ELIGIBILITE RENFORTS								
Eligibilité des renforts (cumulables)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

2 RENFORTS CUMULABLES sur toutes les formules

➔ Renfort **HOSPI - PHARMACIE - BIEN-ETRE** (dès la formule E1)

Chambre particulière (2) (3) - Forfait par journée	50 €
<i>en 2^{ème} année</i>	65 €
<i>à partir de la 3^{ème} année</i>	80 €
Confort Hospi : Frais accompagnant, télévision, téléphone et Internet (20 jours par événement)	15 €
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%	100%
Médicaments prescrits non remboursés	
<i>en 2^{ème} année</i>	10 €
<i>à partir de la 3^{ème} année</i>	20 €
Médecine complémentaire (acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, pédicures, ostéopathes, podologues, psychologues, réflexologues, sexologues, sophrologues)	
<i>en 2^{ème} année</i>	1 séance (dans la limite 20 € /séance)
<i>à partir de la 3^{ème} année</i>	2 séances (dans la limite de 30 € /séance)
Cures thermales (honoraires, soins, frais de transport et hébergement)	
<i>en 2^{ème} année</i>	+ 50 €
<i>à partir de la 3^{ème} année</i>	+ 100 €

**NOMBREUX
BONUS FIDÉLITÉ**

➔ Renfort **OPTIQUE - DENTAIRE - AUDIO** (dès la formule E1)

Optique - Equipements hors 100% Santé*	verres simples : 125 € / à partir d'un verre complexe : 200 €
<i>en 2^{ème} année</i>	Bonus : + 50 €
<i>à partir de la 3^{ème} année</i>	Bonus : + 100 €
Lentilles	+ 100 € /an
Chirurgie réfractive par œil	
<i>à partir de la 2^{ème} année</i>	150 € /an
Prothèses hors 100% Santé* (complément dans la limite d'un plafond de 1500 € par an)	+ 50%
<i>en 2^{ème} année</i>	+ 100%
<i>à partir de la 3^{ème} année</i>	+ 150%
Dentaire non remboursé par le RO	
<i>en 2^{ème} année</i>	100 €
<i>à partir de la 3^{ème} année</i>	150 €
Aides auditives (forfait complémentaire) - Equipements hors 100% Santé*	
<i>en 2^{ème} année</i>	+ 200 €
<i>à partir de la 3^{ème} année</i>	+ 400 €

**NOMBREUX
BONUS FIDÉLITÉ**

SPÉCIAL RÉFORME 100% SANTÉ

Le contrat CEGEMA ESSENTIEL intègre la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite «100% Santé*»).

La prise en charge des dépenses d'Optique, de Dentaire, et d'Audioprothèse concernées par le 100% Santé* sera donc adaptée en fonction du calendrier défini par la réglementation.

En conséquence les blocs de garanties entrant dans le cadre du 100% Santé* évolueront automatiquement sans action de votre part selon les modalités ci-dessous :

- « optique » : évolution des garanties dans leur ensemble dès 2020 ;
- « dentaire » : évolution uniquement pour les actes prothétiques remboursés par la Sécurité sociale dès 2020 ;
- « auditif » : évolution uniquement pour les aides auditives (audioprothèses) dès 2021.

LEXIQUE

- OPTAM ou OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
- Rbt Intégral : Remboursement Intégral
- Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00
- Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et verre multifocal ou progressif
- Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00

La participation forfaitaire aux actes lourds est intégralement remboursée.

- (1) Hors régime local Alsace-Moselle
- (2) Pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, la chambre particulière est limitée à 30 jours par an et par assuré.
- (3) Pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, assimilés, diététique, gériatrie et cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou toxicomanie, la chambre particulière n'est pas prise en charge.
- (4) Au-delà remboursée à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale
- (5)auprès des professionnels de santé accrédités du réseau Carte Blanche (<https://www.cartelblanchepartenaires.fr>) et selon formule de garantie.
- (6) Formules E5 et E6 : le bonus s'applique dans la limite de 200% pour le remboursement des professionnels hors OPTAM-OPTAM-CO.
En cas de remboursement des dépassements d'honoraires des professionnels non OPTAM-OPTAM-CO, la prise en charge des professionnels ayant adhéré à l'OPTAM doit être supérieure. Cette différence doit être au moins égale à 20 % par rapport au tarif de base de la prestation. Cette différence reste applicable en cas de bonus à l'ancienneté.

INFORMATIONS 100% SANTÉ*

* telles que définies réglementairement

(a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale. Pour le remboursement de prothèses dentaires entrant dans le cadre du panier 100% Santé* ou dans le panier à honoraires modérés, les remboursements (Sécurité sociale + CEGEMA ESSENTIEL) sont limités aux honoraires limites de facturation (HLF) tels que définis par la réglementation.

(b) Les forfaits sont exprimés en euros y compris remboursement de la Sécurité sociale.

Les remboursements intègrent la prestation d'appariage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

(c) Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur.

Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

(d) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller.

(e) Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

CEGEMA intermédiaire en assurances 378 966 485 RCS Antibes, immatriculé à l'ORIAS numéro 07 001 328 (www.orias.fr)

Assureur : l'EQUITE, entreprise régie par le Code des assurances – B 572 084 697 RCS Paris, Société appartenant au Groupe GENERALI, immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

Produit : CEGEMA ESSENTIEL

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit « CEGEMA ESSENTIEL » est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit « CEGEMA ESSENTIEL » est « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'assuré. Il est également « responsable » sur toutes les formules car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule choisie et par conséquent une somme peut rester à votre charge.

Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour, Forfait journalier hospitalier, Chirurgie et anesthésie, Frais de transport, Hospitalisation à domicile, Frais de séjour en établissement de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle ou maison de repos ou en secteur psychiatrique ou neuropsychiatrique ;
- ✓ **Soins courants** : Honoraires Médicaux, Honoraires paramédicaux, Auxiliaires médicaux, laboratoire, Actes techniques médicaux, Imagerie et biologie médicale, Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65% et 30%, vaccins remboursés par le RO, matériel médical, cures thermales ;
- ✓ **Optique** : Monture et verres pris en charge par le Régime Obligatoire, lentilles prises en charge par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, inlays-onlays, parodontologie, prothèses dentaires, inlay core, implantologie, orthodontie remboursée par le RO ;
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives 100% Santé et hors 100% Santé, entretien et pile.

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

Renforts :

- Hospitalisation en secteur conventionné** : Chambre particulière, Frais d'accompagnant, TV, Internet, Téléphone,
- Optique** : Forfait complémentaire équipement hors 100% Santé, lentilles et chirurgie réfractive ;
- Dentaire** : Forfait dentaire non remboursé par le RO ;
- Soins courants** : Médicament remboursé par la Sécurité sociale à 15%, médecine complémentaire non prises en charge par le RO, Pharmacie prescrite non remboursée par le RO ;
- Aide auditive** : Forfait complémentaire ;
- Cure thermique** : Forfait supplémentaire ;

ASSISTANCE SANTE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- ✗ Les frais relatifs à des séjours en établissement médico-social, services ou unités de soins de longue durée (USLD), maison de retraite, logements foyers pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

Cette liste n'est pas exhaustive



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues aux articles II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Aides auditives** : Prise en charge limitée à un équipement tous les quatre ans.

Cette liste n'est pas exhaustive



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine uniquement ;
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée. Les séjours à l'étranger ne doivent pas dépasser trois mois par an.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties, vous devez,

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion fournie par l'assureur,
- Adhérer à l'Association GPMA,
- Relever du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie Français,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Etre âgé à la date de signature de la demande adhésion de 18 ans minimum et de 85 ans maximum.

En cours de vie du contrat :

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat,
- Informer l'assureur des évènements suivants, dans les 30 (trente) jours qui suivent leur connaissance : changement d'état civil, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile, départ hors de France métropolitaine, cessation de qualité d'ayant droit, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle.
- Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.

En cas de sinistre :

- Faire parvenir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au contrat, auprès de votre centre de gestion Cegema dans les dix jours à compter de l'échéance.
- Un paiement fractionné (mensuel, trimestriel ou semestriel) peut toutefois être accordé au choix.
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en fractionnement mensuel et trimestriel) ou par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est définie d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion. Cette date est toujours postérieure à la date de la demande d'adhésion.
- En cas de contrat conclu à distance ou en cas de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle si celle-ci est postérieure à la date de conclusion du contrat.
- **Le contrat est conclu pour une durée initiale d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale.**
- **La couverture prend fin au jour de la résiliation du contrat quelle qu'en soit la cause et quelle que soit la partie qui en est à l'origine.**



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- **A la date d'échéance principale du contrat en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date ;**
- **En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis ;**
- **En cas de révision des cotisations ou des garanties, en nous adressant une lettre recommandée (ou un envoi recommandé électronique) dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.**

CEGEMA

Siège social : 679, avenue du Docteur Lefebvre | BP 189 | 06272 Villeneuve-Loubet Cedex | www.cegema.com | S.A. de gestion et de courtage d'assurance au capital de 300 000 euros | Entreprise régie par le Code des assurances | ORIAS n° 07 001 328 - www.orias.fr | RCS Antibes B 378 966 485 | Cegema exerce comme courtier en assurance conformément aux dispositions de l'article L521-2 II 1° b du Code des assurances | Soumis au contrôle de l'ACPR, 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 9

Assureur : L'EQUITE | Société appartenant au Groupe Generali, immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026 | Société Anonyme au capital de 22 469 320 euros | Entreprise régie par le Code des assurances | Siège Social : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris | RCS Paris B 572 084 697

Sommaire

LEXIQUE	7
PREAMBULE	8
ART.1 OBJET DU CONTRAT	8
ART.2 NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT	8
ART.3 QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?	8
ART.4 PERSONNES ASSUREES ET AGE LIMITE D'ADHESION	9
ART.5 EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION	9
ART.6 CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DELAIS D'ATTENTE	9
ART.7 TERRITORIALITE	9
ART.8 LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS	9
ART.9 LES DECLARATIONS	9
9.1 A l'adhésion	9
9.2 En cours d'adhésion	9
9.3 Les autres documents à transmettre à CEGEMA	9
9.4 La validité des déclarations	9
ART.10 LES COTISATIONS	10
10.1 La base de calcul et le montant des cotisations	10
10.2 La variation des cotisations	10
10.3 Le paiement des cotisations	10
10.4 Le non-paiement des cotisations	10
ART.11 LA MODIFICATION DES GARANTIES	10
ART.12 QUELLES SONT LES GARANTIES ?	10
12.1 La Garantie Santé	10
ART.13 LE REGLEMENT DES PRESTATIONS	11
13.1 Les documents à transmettre pour le règlement	11
13.2 Contrôle des dépenses - Contrôle médical	11
13.3 Arbitrage	11
13.4 Le paiement des prestations	12
ART.14 RESILIATION	12
14.1 Les possibilités de résiliation	12
14.2 Les modalités de la résiliation	12
14.3 Les conséquences de la résiliation	12
14.4 Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation	12
ART.15 PRESCRIPTION	12
ART.16 LA PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	13
16.1 Identification du responsable de traitement	13
16.2 Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement	13
16.3 Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles	14
16.4 Clause spécifique relative à la fraude	14
16.5 Clause spécifique relative aux obligations règlementaires	14
16.6 Les destinataires ou les catégories de destinataires	14
16.7 Localisation des traitements de vos données personnelles	14
16.8 Les durées de conservation	14
16.9 L'exercice des droits	14
Droit d'introduire une réclamation	15
ART.17 RECLAMATIONS – MEDIATION	15
17.1 Litiges et Réclamations	15
17.2 Procédure de médiation	15
ART.18 AUTORITE DE CONTROLE	15
ART.19 POSSIBILITE DE RENONCIATION	15

Notice d'information relative aux contrats collectifs à adhésion facultative CEGEMA ESSENTIEL n° AQ001409, n° AQ001410 et n° AQ001495 souscrits par GPMA (Groupement Prévoyance Maladie Accident), association loi 1901, 75447 Paris Cedex 09, auprès de l'Equité l'Assureur, entreprise régie par le Code des assurances - S.A au capital de 22 469 320 € - Siège : 2, rue Pillet-Will – 75009 Paris, société appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurance sous le numéro 026.

Le contrat CEGEMA ESSENTIEL a été développé et négocié par CEGEMA qui le distribue à titre exclusif via son propre réseau commercial et un réseau d'intermédiaires d'assurances partenaires, et en assure la gestion par délégation de l'Assureur.

CEGEMA

SA de gestion et de courtage d'assurance au capital de 300 000 euros. Siège social : 679, avenue du Docteur Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex. RCS Antibes B 378 966 485 - ORIAS n° 07 001 328 - www.orias.fr - Fax 04 92 02 08 60 www. cegema.com - Entreprise régie par le Code des assurances.

LEXIQUE

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessous a, lorsqu'il (elle) est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

Adhérent :

La personne physique signant le bulletin d'adhésion au contrat d'assurance, membre de l'association souscriptrice GPMA et désignée au certificat d'adhésion. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat et paye les cotisations.

Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Assuré :

La (ou les) personne(s) garantie(s) par l'adhésion et désignée(s) au Certificat d'adhésion.

Année d'assurance :

Période de 12 mois consécutifs à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion.

Base de remboursement :

L'ensemble des tarifs définis par le Régime Obligatoire pour le remboursement de chaque acte médical et qui a fait l'objet d'une convention avec les professionnels de santé.

Centre hospitalier spécialisé (CHS) :

Etablissement hospitalier qui prend en charge les Maladies ou déficiences non somatiques (troubles psychiatriques, déficiences mentales, addictions...).

Certificat d'adhésion :

Document envoyé à l'Adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il mentionne notamment la formule de Garanties souscrite et le montant de la cotisation.

Chambre particulière :

Prestation, proposée par les établissements de santé qui permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne). Elle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. Elle n'est toutefois pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite. Elle peut être prise en charge dans le cadre des garanties du contrat, pour autant qu'elle soit prévue dans le tableau des garanties, à hauteur du montant journalier qui y figure et que l'hospitalisation soit supérieure à 24 heures (à minima une nuitée).

Conclusion de l'adhésion :

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion correspond à la date d'édition du Certificat d'adhésion.

Conjoint :

Est considéré comme Conjoint, l'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, ou son cosignataire d'un pacte civil de solidarité, ou son concubin notoire non séparé de corps judiciairement, au sens du code civil.

Délai d'attente (ou période d'attente) :

Période durant laquelle les Garanties ne sont pas encore en vigueur, les dépenses de soins relatives à tout événement survenu pendant le Délai d'attente ne seront pas garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au Certificat d'adhésion.

Dépassement d'honoraires :

La partie des honoraires dépassant la base de remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

Échéance principale :

Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'Année d'assurance à venir.

Enfants :

Sont considérés comme tels les Enfants à charge de l'Adhérent ou du Conjoint, à condition toutefois :

- Qu'ils aient moins de 21 ans et qu'ils soient à leur charge au sens de la Sécurité sociale ou
- Qu'ils aient moins de 27 ans et poursuivent des études scolaires ou universitaires, et soient couverts par le Régime de leurs parents ou par leur Régime, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ou
- Qu'ils aient moins de 27 ans, et qu'ils soient en apprentissage ou entrés dans le cadre des contrats de formation, jusqu'au terme de leur cursus, et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55% du Smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ou
- Quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire. L'Assureur se réserve le droit de demander des justificatifs.

Forfait annuel :

Montant payable par Assuré une fois par Année d'assurance.

France :

Il s'agit de la France Métropolitaine.

Garantie :

Elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue cumulées à celles des renforts éventuellement souscrits, qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la Garantie.

Hospitalisation :

Tout séjour dans un établissement hospitalier en France et dans le monde entier (hôpital ou clinique, public ou privé) d'au moins 24 heures consécutives dû à une Maladie ou un Accident.

A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin-conseil de l'Assureur peut avoir accès.

Les Hospitalisations non recommandées par un médecin ou celles qui ne sont pas nécessaires au traitement d'une Maladie ou d'un Accident sont exclues de la Garantie.

Hospitalisation en secteur spécialisé :

Tout séjour prescrit par un médecin pour y recevoir les soins

nécessités par une Maladie ou un Accident en centre de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique, sevrage thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

Maladie :

Toute altération de l'état de santé provoquant des troubles diagnostiqués par une autorité médicale habilitée et qualifiée.

Nullité :

Annulation pure et simple de l'adhésion au contrat qui est considérée n'avoir jamais existée.

Parcours de soins :

Il s'agit du circuit que les patients doivent respecter pour être remboursés selon la réglementation en vigueur dans le cadre de ce parcours. Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation de son médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant (gynécologues, ophtalmologues, stomatologues, psychiatres et neuropsychiatres pour les Enfants de moins de 26 ans).

Plafond dentaire :

Montant maximum remboursé par Année d'assurance, par bénéficiaire, exprimé par formule de Garanties choisie. Les remboursements des consultations, actes et soins dentaires et le « forfait dentaire non remboursé » n'entrent pas dans le calcul du Plafond dentaire. Lorsque le Plafond dentaire est atteint, les actes dentaires remboursés par le Régime Obligatoire sont pris en charge à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, incluant le remboursement du Régime Obligatoire.

Régime Obligatoire (RO) :

Le Régime Obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale Français auprès duquel est affilié l'Adhérent.

Ticket modérateur (TM) :

Différence entre la base de remboursement prise en compte par le Régime Obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Transport :

Le 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 ou d'un établissement hospitalier à un autre. L'Assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

Verre complexe :

Foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 ou à verres multifocaux ou progressifs.

Verre hypercomplexe :

Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

Verres mixtes :

Paire de verres avec au moins un verre complexe ou hypercomplexe.

Verres simples :

Foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00.

PREAMBULE

L'adhésion au contrat est constituée des éléments suivants :

- Le **bulletin d'adhésion**.
- La présente **Notice d'information** qui définit les conditions d'application de l'adhésion au contrat, expose l'ensemble des Garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle informe sur les risques non couverts et indique également la marche à suivre pour obtenir les remboursements.
- Le **Certificat d'adhésion** qui matérialise l'acceptation de l'adhésion

par l'Assureur et précise notamment les différentes conditions personnelles de l'adhésion, les personnes assurées, l'étendue et les modalités des Garanties effectivement souscrites.

- Le **tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé couvertes et
- La **fiche IPID** (document d'information sur le produit d'assurance).

La personne souhaitant souscrire les Garanties du contrat CEGEMA ESSENTIEL devra adhérer à l'association GPMA. La cotisation d'adhésion annuelle en vigueur sera prélevée une fois par an, à l'adhésion du contrat puis au 1er Janvier de chaque année. Les statuts de GPMA sont disponibles sur le site www.gpma-asso.fr. L'adhésion aux contrats est régie par la loi française, notamment le Code des assurances. L'adhésion est soumise à la réglementation fiscale française. Les parties s'engagent à utiliser, pendant toute la durée de l'adhésion, la langue française.

ART.1 OBJET DU CONTRAT

Le contrat CEGEMA ESSENTIEL a pour objet de garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation survenus postérieurement à la prise d'effet des garanties occasionnés par l'un des événements suivants : maladie, maternité, accident constatés médicalement. La garantie intervient en complément des prestations versées par le Régime Obligatoire ou de prestations non couvertes par le Régime Obligatoire mais prévues par les garanties souscrites. Les frais engagés doivent faire l'objet d'une prescription et avoir donné lieu à un remboursement du Régime Obligatoire. Certains frais non pris en charge par le Régime Obligatoire peuvent faire l'objet d'un remboursement s'ils sont prévus à la formule de garantie accordée, indiqués au tableau des garanties et joint au certificat d'adhésion. Les remboursements de frais de santé doivent correspondre à des dépenses de soins effectués après la date la date d'effet du contrat et à expiration du délai d'attente. Les remboursements dépendent des garanties choisies. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles. Cette garantie peut être étendue aux membres de la famille de l'Adhérent.

ART.2 NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT

L'adhésion est viagère dès sa prise d'effet sous réserve du paiement intégral des cotisations.

Le contrat CEGEMA ESSENTIEL prévoit le remboursement des dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'adhésion s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » (articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale modifiés par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019).

Les différentes formules de garantie du contrat sont dites responsables. Elles respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code modifiés par le décret n°2014-1374 du 18 Novembre 2014 et le décret n°2019-21 du 11 Janvier 2019. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation actuelle en vigueur.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires effectuées dans ce cadre, les Garanties du contrat seront mises en conformité avec ce cadre juridique, après information préalable de l'adhérent.

ART.3 QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?

Pour adhérer au contrat CEGEMA ESSENTIEL il faut :

- Adhérer à l'association GPMA ;
- Être une personne majeure civilement responsable ;
- Être âgée à la date de signature de la demande d'adhésion d'au

moins 18 ans et de moins de 85 ans inclus ; au-delà l'acceptation est soumise à l'appréciation de l'Assureur;

- Résider en France Métropolitaine ;
- Être affilié à un Régime Obligatoire Français, en tant qu'assuré social ou ayant-droit.

Le contrat est éligible aux dispositifs de la loi Madelin.

Les frontaliers qui résident en France et travaillent en Suisse sont exclus du bénéfice de ce produit.

ART.4 PERSONNES ASSUREES ET AGE LIMITE D'ADHESION

L'Adhérent, et s'il est désigné sur le Certificat d'adhésion, son Conjoint et les Enfants sous conditions. Les Assurés doivent par ailleurs être affiliés auprès d'un Régime obligatoire en tant qu'assuré social ou ayant droit.

La formule de Garantie souscrite est la même pour l'ensemble des personnes assurées dans le cadre de l'adhésion, y compris pour les renforts Hospis – Pharmacie – Bien-être et Optique – Dentaire - Audio.

La détermination de l'âge de l'Assuré dans le cadre de sa demande d'adhésion, est l'âge qui sera atteint durant l'année de prise d'effet de l'adhésion.

La tarification Enfant s'applique jusqu'aux 19 ans inclus de l'Enfant.

Conditions d'adhésion des renforts Hospi – Pharmacie – Bien-être et Optique – Dentaire - Audio :

Ces deux renforts peuvent être souscrits indépendamment et cumulativement avec toutes les formules.

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 dans les conditions mentionnées à l'article 14 : « ART.14 – Résiliation ». L'Adhérent ne pourra toutefois demander la résiliation que si son 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, via CEGEMA.

Elle est matérialisée par l'émission d'un Certificat d'adhésion. 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 de l'Adhérent.

La Garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le Certificat d'adhésion ou dans l'avenant, à l'égard de chaque personne assurée.

Il n'y a aucun délai d'attente sur les formules de garanties Santé de base ainsi que sur les renforts.

ART.7 TERRITORIALITE

La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation, de votre contrat s'exerce dans tous les pays, à partir du moment où le régime obligatoire français intervient. Les séjours en dehors du territoire français ne doivent pas dépasser trois mois par an.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'Etat français.

ART.8 LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS

• Les exclusions de garantie :

Ainsi qu'évoqué à l'Art .2 « Nature des garanties du contrat », les différentes formules du contrat étant responsables, les garanties ne sauraient couvrir :

- la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L. 160-13 du Code de la

Sécurité sociale ;

- une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévue au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

Elles ne garantissent pas également les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.

• Les limitations de garanties

Elles sont mentionnées dans le tableau des garanties du contrat ou au bas de celui-ci pour les formules de garantie concernées par les limitations.

En aucun cas, le versement de prestations, même effectué à plusieurs reprises, ne saurait constituer une renonciation de l'Assureur à l'une des exclusions de garanties prévues au contrat.

ART.9 LES DECLARATIONS

9.1 A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de Garantie proposées dans le cadre du contrat CEGEMA ESSENTIEL il faudra répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information concernant la situation personnelle des personnes à assurer. Ces déclarations seront reprises sur le Certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de l'adhésion. Elles permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, l'engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

9.2 En cours d'adhésion

L'Adhérent devra déclarer à CEGEMA, 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 France.

Pour tout nouvel Assuré à prendre en compte dans le cadre de l'adhésion, l'adhérent devra procéder aux déclarations prévues. 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.

9.3 Les autres documents à transmettre à CEGEMA

Pour que CEGEMA puisse apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de l'adhésion et notamment celle relative au remboursement des frais de santé et au paiement des cotisations, certaines informations complémentaires ou documents seront également demandés.

9.4 La validité des déclarations

Les déclarations et communications servent de base à l'application de l'adhésion et de la Garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à CEGEMA par écrit, ou à défaut, confiées par lui-même dans un document écrit lorsque l'Adhérent l'aura informé par un autre moyen.

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

ART.10 LES COTISATIONS

10.1 La base de calcul et le montant des cotisations

En début d'adhésion :

Le montant de la cotisation est mentionné sur le Certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de Garantie choisie, du lieu de résidence de l'Adhérent, de l'âge des Assurés et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du (ou des) Régime(s) Obligatoire(s) dont ils relèvent lors de la prise d'effet des Garanties.

L'âge pris en compte pour le calcul est celui de l'Assuré au 31 décembre de l'année en cours.

Le montant de la cotisation inclut des frais de fractionnement fixés à 1,00 € par mois et par contrat. (Hors périodicité de paiement annuelle).

En cours d'adhésion :

- Les cotisations évoluent en fonction de l'âge atteint de l'adhérent et de ses ayants-droits à l'échéance du contrat.
- 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.
- La cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des Assurés.
- La cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a changement de zone géographique tarifaire.

10.2 La variation des cotisations

En dehors de la variation prévue en fonction de l'âge des Assurés, lors de chaque Échéance principale la cotisation pourra évoluer du fait de la réalisation d'un ou plusieurs des événements mentionnés ci-dessous :

- Evolution du taux d'accroissement des dépenses de santé publié par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés,
- En cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de Garanties,
- 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 le Régime Obligatoire et/ou
- En cas d'évolution réglementaire,
- Immédiatement en cas d'évolution des impôts et taxes établis sur la cotisation postérieurement à l'adhésion.

10.3 Le paiement des cotisations

La cotisation est annuelle et payable d'avance à CEGEMA. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le Certificat d'adhésion. Le prélèvement SEPA est obligatoire pour les paiements. Il s'effectue pour chaque mois de quittance à la date de prélèvement, indiquée sur la demande d'adhésion, du mois précédant la quittance.

En cas de rejet de prélèvement SEPA, les frais de représentation et les frais financiers sont mis à la charge de l'adhérent.

10.4 Le non-paiement des cotisations

• A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, CEGEMA pourra, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice, l'adresser au dernier domicile connu de l'Adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure. Les Garanties seront suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et l'adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours.

L'adhésion, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés. La suspension des Garanties entraîne pour chaque Assuré, la perte de tout droit aux remboursements des frais de soins (se rapportant à des Accidents, Maladie ou maternité) survenus pendant cette période.

• Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à la charge de l'Adhérent 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.11 LA MODIFICATION DES GARANTIES

L'Adhérent peut demander à modifier ses Garanties à chaque échéance annuelle sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date et sous réserve d'acceptation de l'Assureur, via CEGEMA.

Un avenant sera établi par l'Assureur CEGEMA pour marquer son accord sur la demande de modification.

ART.12 QUELLES SONT LES GARANTIES ?

12.1 La Garantie Santé

Elle garantit le remboursement de l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale dans les conditions et limites de garanties mentionnées dans le tableau de garanties de la formule de garantie souscrite par l'adhérent et dans le respect des obligations des minima et maxima de prise en charge des frais de santé exposés prévus dans les textes précités en Article 2.

En ce sens, Il ne saurait donc être fait obstacle au remboursement de frais de santé remboursés à l'assuré par le régime de Sécurité sociale à hauteur des minimas mentionnés dans ces mêmes articles, lorsque l'adhérent a souscrit une formule de garantie dite responsable.

Les différentes formules du contrat peuvent également prévoir le remboursement de certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale à hauteur de la participation qui y est indiquée au regard de chacune des formules de garantie concernée à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties.

Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral » ou « Frais réels », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des «Prix Limites de Ventes» (PLV) et «Honoraires Limites de Facturation» (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur.

En tout état de cause, et sous réserve de ce qui précède, L'Adhérent ne pourra percevoir pour lui-même ou pour les membres de la 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.

- 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.

- Les remboursements de l'Assureur interviennent 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.

Cas particulier du forfait Optique :

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de deux ans après la dernière prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Les différents délais s'entendent par rapport à la date de délivrance du dernier dispositif concerné pour l'application du délai. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Le montant du forfait relatif aux équipements (une monture et deux verres) est exprimé y compris remboursement de la Sécurité sociale. Conformément à la réglementation du contrat responsable la prise en charge maximale de la monture des équipements hors 100% Santé est plafonné. Le montant du plafond est mentionné sur le tableau des garanties.

La prise en charge des équipements s'effectue toujours dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

Cas particulier du forfait Aides auditives :

Les Garanties exposées dans le tableau des garanties à compter du 1er janvier 2021, s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le montant du forfait relatif aux équipements d'aide auditive est exprimé y compris le remboursement de la Sécurité sociale. Conformément à la réglementation du contrat responsable la prise en charge maximale des équipements de Classe 2 est plafonné.

Le montant du plafond par oreille à appareiller est mentionné sur le tableau des garanties.

La prise en charge des équipements s'effectue toujours dans la limite des prix limites de vente (PLV) fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

Cas particulier du renfort Hospi – Pharmacie – Bien-être :

Ce renfort introduit un forfait journalier pour chambre particulière en cas d'hospitalisation ainsi qu'un forfait confort Hospi (frais accompagnant, téléphone, télévision et internet).

Ce renfort donne également accès à des remboursements pour médicaments remboursés à hauteur de 15% par la Sécurité sociale et non remboursés (dès la 2ème année d'assurance).

Dès la deuxième année d'assurance, des séances de médecines complémentaires sont prises en charge ainsi que les cures thermales, dans les limites exposées au tableau de garantie.

Cas particulier du renfort Optique – Dentaire – Audio :

Ce renfort prévoit de renforcer la prise en charge d'équipements optique hors 100% Santé, de lentilles et de chirurgie réfractive.

En dentaire, les prothèses hors 100% Santé ont un niveau de remboursement plus élevé et les soins dentaires non remboursés par la Sécurité Sociale sont remboursés dès la 2ème année d'assurance. Le forfait aides auditives est majoré à partir de la deuxième année.

- Les services complémentaires proposés

• Tiers payant :

Si ce service est prévu dans le tableau des garanties, une carte de tiers payant peut-être délivrée à l'Adhérent par CEGEMA lors de la mise en place des Garanties afin de permettre aux Assurés la dispense d'avance de frais auprès de certains professionnels de santé partenaires.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, CEGEMA 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.

• Les Services d'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 la garantie assistance sont indiquées dans une notice d'information jointe au présent document.

ART.13 LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

13.1 Les documents à transmettre pour le règlement

Pour le remboursement des dépenses de santé : lorsque l'Assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que CEGEMA n'a pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à transmettre à CEGEMA 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 matériels médicaux** : l'original du décompte du régime de base et la facture détaillée.

- **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 et la facture détaillée acquittée établie par l'opticien.

- **La pharmacie prescrite ou non remboursée** : la facture détaillée précisant les dépenses réelles.

- **Les praticiens de la médecine complémentaire** : la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.

- **La prévention** : la note d'honoraires ou la facture détaillée précisant les dépenses réelles.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, CEGEMA 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 CEGEMA dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.

13.2 Contrôle des dépenses - Contrôle médical

L'Assureur et CEGEMA, se réservent la possibilité de demander aux Assurés :

- Tous renseignements ou documents utiles à l'appréciation du droit aux prestations. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'Assuré doit les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de CEGEMA.

- De se faire examiner par un médecin de son 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. L'Assuré peut se faire assister du médecin de son choix.

13.3 Arbitrage

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'Assuré et l'Assureur (via CEGEMA) le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable. Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3ème médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'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 3ème médecin et des frais de sa nomination.

13.4 Le paiement des prestations

A l'exception des cas où CEGEMA réglerait directement au professionnel de santé, l'établissement hospitalier ou la clinique 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.14 RESILIATION

14.1 Les possibilités de résiliation

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).

- Dans les trois mois suivant le changement de domicile, de situation matrimoniale, de Régime matrimonial, de profession, la retraite professionnelle ou la cessation définitive d'activité professionnelle de l'Adhérent, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation DIRECTE avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La résiliation prendra effet un mois après la réception de la demande de résiliation.

- En cas de modification du contrat par l'Assureur, telle que prévu par l'article L 112-3 du Code des assurances, l'Adhérent dispose d'un délai de 30 jours pour refuser par écrit la modification de son contrat.

De plein droit :

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

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.

14.2 Les modalités de la résiliation

- La résiliation par l'Adhérent doit être effectuée par courrier recommandé et adressée au siège de CEGEMA, 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP.189 - 06272 Villeneuve Loubet Cedex. Une résiliation est acceptable à partir du moment où elle est adressée par courrier postal recommandé dûment signé par le client ou par recommandé électronique.

Précisions sur l'envoi recommandé électronique :

Art. R. 53-2 : Le prestataire de lettre recommandée électronique délivre à l'expéditeur une preuve du dépôt électronique de l'envoi. Le prestataire doit conserver cette preuve de dépôt pour une durée qui ne peut être inférieure à un an. « Cette preuve de dépôt comporte les informations suivantes :

1° Le nom et le prénom ou la raison sociale de l'expéditeur, ainsi que son adresse électronique ;

2° Le nom et le prénom ou la raison sociale du destinataire ainsi que son adresse électronique ;

3° Un numéro d'identification unique de l'envoi attribué par le prestataire ;

4° La date et l'heure du dépôt électronique de l'envoi indiquées par un horodatage électronique qualifié tel que défini par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus ;

5° La signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé tels que définis par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus, utilisé par le prestataire de services qualifié lors de l'envoi. »

- La résiliation par l'Assureur sera notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

14.3 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.

14.4 Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation

14.4.1 En cas d'exercice du droit à renonciation, dans le cadre de

[l'article L 112-9 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.

14.4.2 [En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L112-2-1 du Code des assurances](#)

- 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.

ART.15 PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant des présents contrats sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances.

Délai de prescription

Article L. 114-1

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

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

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

Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les Accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2ème alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

Causes d'interruption de la prescription

Article L. 114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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.

Caractère d'ordre public de la prescription

Article L. 114-3

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

Les causes ordinaires d'interruption

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

- Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

• Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle 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.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 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.

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

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 le délai de 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 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2019 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. À l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. À l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. À l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée. Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'Assureur.

ART.16 LA PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

16.1 - Identification du responsable de traitement

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, L'EQUITE est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles elle définit la finalité.

CEGEMA, en qualité de délégataire de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels du traitements nécessaires à la gestion des contrats d'assurance pour les opérations suivantes :

- Souscription des contrats ;
- Gestion de la vie du contrat ;
- Encaissement et recouvrement des primes ;
- Gestion et règlement des sinistres ;
- Gestion des réclamations ;
- Archivages des pièces de gestion.

16.2 - Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données personnelles ont pour finalité de répondre à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque et de respect des obligations légales, règlementaires et administratives, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que notamment délivrance de conseil, devis. - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée liée à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles
Obligations légales	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat
Traitement des données santé à des fins de protection sociale	Versement des prestations pour les contrats ayant pour objet remboursement de frais de soins.

16.3 - Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de vous

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- état civil, identité, données d'identification
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM)
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.)
- numéro d'identification national unique
- données de santé issues du codage CCAM.

La source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

16.4 - Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé 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 de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par votre intermédiaire en assurance.

Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'assureur ou de votre intermédiaire en assurance. 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).

16.5 - Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

16.6 - Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali (le « Groupe Generali » est défini comme le groupe de sociétés ou d'entités détenues ou liées directement ou indirectement par la société Assicurazioni Generali SPA), ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaires des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

16.7 - Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe GENERALI a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, qui doit être équivalent à celui de la réglementation européenne.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors Union Européenne sont des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel. Les data centers CEGEMA sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France.

16.8 - Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

16.9 - L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- d'un droit d'accès : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,
- d'un droit de rectification : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,
- d'un droit de suppression : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,
- du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,
- d'un droit à la limitation du traitement : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,
- d'un droit à la portabilité des données : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données,
- ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible,
- droit de retrait : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués.

Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances. Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du

contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

• **droit d'opposition** : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles à l'adresse ci-après.

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande en l'accompagnant d'une copie d'un titre d'identité à l'adresse suivante :

dpo@cegema.com ou à l'adresse postale suivante
CEGEMA – Data Protection Officer
679 avenue du Docteur Julien Lefebvre
BP189 – 06272 Villeneuve-Loubet.

Ces droits peuvent être également exercés aux adresses suivantes sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité : droitdaces@generali.fr ou à l'adresse postale suivante Generali – Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09.

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles
Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données :

Pour le délégataire de gestion, CEGEMA, Data Protection Officer, 679 avenue du Docteur Lefebvre – BP189 – 06272 Villeneuve-Loubet Cedex ou à l'adresse électronique dpo@cegema.com

Pour l'assureur, à Generali - Conformité - Délégué à la protection des données personnelles – TSA 70100 75309 Paris Cedex 09 ou à l'adresse électronique droitdaces@generali.fr

ART.17 RECLAMATIONS – MEDIATION

17.1 Litiges et Réclamations

• **Le premier contact : l'interlocuteur habituel**

En cas de réclamation concernant le contrat, dans un premier temps, l'Adhérent est invité à prendre contact avec l'interlocuteur habituel ou avec le service client de CEGEMA :

Service Client CEGEMA - 679 avenue du Docteur Julien Lefebvre BP 189 06272 Villeneuve-Loubet cedex
Téléphone : 04 92 02 08 50.

• **Le deuxième contact : le Service Réclamations**

Si le différend persiste, l'Adhérent devra formuler une réclamation ou signifier son désaccord, par courrier simple adressé au Service Réclamations à l'adresse ci-dessous qui traitera la réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible : L'Équité – Cellule Qualité – 75433 Paris Cedex 09.

17.2 Procédure de médiation

• **En dernier recours : le médiateur de l'assurance**

Le médiateur de l'assurance peut être saisi à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

L'Assuré a un délai d'un an à compter de l'ouverture de la première réclamation pour saisir le médiateur.

Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du médiateur de la FFA. Le médiateur de la FFA ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée.

Le Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance.

ART.18 AUTORITE DE CONTROLE

Les activités de l'Assureur et de CEGEMA s'exercent sous le contrôle de leur autorité de tutelle, l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

ACPR - 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09.

ART.19 POSSIBILITE DE RENONCIATION

L'Adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de l'adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévues par l'article L.112-9 du Code des assurances ou par les articles L.112-2-1 du Code des assurances et L.222-7 à 15 du Code de la consommation. Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à CEGEMA 679, avenue du Docteur Julien Lefebvre - BP189 - 06 272 Villeneuve Loubet Cedex.

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 CEGEMA.

Les conséquences du droit à renonciation sont indiquées dans l'article 14.4 de la présente notice d'information.

Article L112-9 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 :

Article L112-2-1 premier alinéa du Code des assurances :

« 1.-1° La fourniture à distance d'opérations d'assurance à un consommateur est régie par le présent livre et par les articles L. 222-1 à L. 222-3, L. 222-6 et L. 222-13 à L. 222-16, L. 222-18, L.232-4, L. 242-15 du Code de la consommation ;

II.-1° Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu ;

b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ».

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 l'Adhérent est redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de son 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 son éventuelle renonciation.

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

Modèle de lettre de renonciation :

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 CEGEMA ESSENTIEL (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. (indiquez le lieu, la date et votre signature).

Sommaire

1. EVENEMENTS GARANTIS	17
2. VALIDITE DE LA CONVENTION	17
3. DEFINITIONS CONTRACTUELLES	17
4. PRESTATIONS	18
4.1 INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE	18
4.2 TELECONSULTATION MEDICALE	19
4.3 EN CAS D'HOSPITALISATION	19
4.4 DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE	20
5. RESPONSABILITE	22
6. EXCLUSIONS	22
7. MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS	22
8. COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE	23
9. PRESCRIPTION	23
10. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	23
11. AUTORITÉ DE CONTROLE	23
12. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE	23
DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ	24

CONVENTION D'ASSISTANCE N°922583 CEGEMA ESSENTIEL

Besoin d'assistance ?

- > **Contactez-nous au 01 49 93 72 96**
- > **Pour contacter notre service de Téléconsultation médicale : 01 40 25 52 35 (numéro non surtaxé)**
Accès sourds et malentendants :
<https://accessibilite.votreassistance.fr> (24h/24)

- > **Veillez nous indiquer :**
 - Le nom et le numéro du contrat souscrit
 - Les nom et prénom du Bénéficiaire
 - L'adresse exacte du Bénéficiaire
 - Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

Les prestations de la présente convention d'assistance sont souscrites par CEGEMA auprès de :

AWP P&C

SA au capital de 17 287 285 €
519 490 080 RCS Bobigny
Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen
Entreprise régie par le Code des assurances

sont mises en œuvre par :

AWP FRANCE SAS

SAS au capital de 7 584 076,86 €
490 381 753 RCS Bobigny
Siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen
Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669
- <http://www.orias.fr/>

Ci-après désignée sous le nom commercial « **Mondial Assistance** »

1. EVENEMENTS GARANTIS

Les conditions de délivrance des garanties de la présente convention varient selon les prestations :

- Les prestations décrites à l'article 4.1 « INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE » peuvent être délivrées à tout moment pendant les heures d'ouverture du service d'information.
- La prestation décrite à l'article 4.2 « TELECONSULTATION MEDICALE » est délivrée lorsque :
 - le Bénéficiaire se trouvant dans une situation aiguë non vitale a besoin d'un avis médical
 - et qu'il ne peut joindre ou consulter, dans un délai compatible avec son état de santé, son médecin traitant.
- Les prestations décrites à l'article 4.3 « HOSPITALISATION » sont délivrées en cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire

La prestation « Aide pédagogique » décrite à l'article 4.3.4 « EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION D'UN ENFANT » est délivrée lorsque le Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé à Domicile est un Enfant.

2. VALIDITE DE LA CONVENTION

VALIDITE TERRITORIALE

Les prestations de la présente convention sont acquises uniquement en France.

DUREE DE VALIDITE

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat d'assurance « CEGEMA ESSENTIEL » et de l'accord liant CEGEMA et AWP P&C pour la délivrance de ces prestations.

3. DEFINITIONS CONTRACTUELLES

Dans la présente convention d'assistance numéro 922583 (ci-après la « Convention »), les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle provenant d'une cause imprévisible, extérieure et indépendante de la volonté du Bénéficiaire.

BENEFICIAIRE

Le terme « Bénéficiaire » se réfère indifféremment :

- à la personne physique assurée par le contrat d'assurance « CEGEMA ESSENTIEL »,
- à son Conjoint,
- et/ou à ses Enfants.

CONJOINT

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré et vivant habituellement sous son toit.

DOMICILE

Lieu de résidence principale situé en France et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

ENFANTS

Enfants, petits-enfants, fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous son toit.

FRANCE

France métropolitaine

HEBERGEMENT

Frais d'hôtel (petit déjeuner compris), à l'exclusion de tout autre frais de restauration, de boisson et de pourboires.

HOSPITALISATION

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public avec ou sans nuitée y compris l'hospitalisation ambulatoire.

Dans tous les cas, sont assimilés à une Hospitalisation :

- les traitements de chimiothérapie ou de radiothérapie ambulatoire : administration d'un traitement anti-cancer dans un hôpital de jour, à la suite de laquelle le Bénéficiaire peut rentrer chez lui,
- les traitements de chirurgie ambulatoire : traitement de chirurgie permettant la sortie du patient le jour même de son admission dans l'établissement de soins.

Une durée d'Hospitalisation minimum peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

IMMOBILISATION

Toute incapacité physique à se déplacer ou à effectuer les tâches domestiques habituelles, consécutive à un Accident ou une Maladie, survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos prescrit par un médecin.

Une durée d'Immobilisation minimum peut être prévue pour la délivrance de certaines prestations.

MALADIE

Altération de la santé provoquant des troubles diagnostiqués par tous moyens d'investigation médicale.

MEMBRE DE LA FAMILLE

Conjoint de droit ou de fait, ascendant au premier degré, descendant au premier degré, frère, sœur, oncle, tante, nièce, neveu, beau-frère, belle-sœur, gendre, belle-fille, beau-père, belle-mère, tuteur légal, du Bénéficiaire ou la personne placée sous la tutelle du Bénéficiaire.

MEMBRE DE LA FAMILLE DEPENDANT

Membre de la famille fiscalement à charge du Bénéficiaire, dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré.

PRESTATAIRE

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

PROCHE

Toute personne physique, Membre de la famille ou non, résidant en France et désignée par le Bénéficiaire.

TELECONSULTATION MEDICALE

Acte de télémedecine. Il s'agit d'une consultation à distance, entre un médecin et un patient, qui peut être accompagné ou non par un autre professionnel de santé (ex : médecin, infirmier, pharmacien...). Elle est réalisée par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication.

TRANSPORT

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 2^{de} classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (pour toute distance inférieure à 50 km).

4. PRESTATIONS

Mondial Assistance se réserve le droit, préalablement à toute intervention, de vérifier la qualité de Bénéficiaire du demandeur ainsi que la matérialité de l'événement ouvrant droit aux prestations.

4.1 INFORMATIONS – CONSEILS – SERVICES A LA PERSONNE

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi hors jours fériés, de 8h00 à 20h00 (fuseau horaire de France), Mondial Assistance, communique au Bénéficiaire des informations et le conseille dans les domaines ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Conseil santé	Illimité	Utilisable à tout moment pendant les heures d'ouverture du service.
Conseil social		
Services à la personne	Mise en relation avec le réseau de Prestataires agréés dans le cadre de la loi Borloo, sans prise en charge	Prestation rendue par téléphone exclusivement.

• Conseil santé

Un médecin de Mondial Assistance répond aux questions du Bénéficiaire relatives à sa santé, à sa maladie, à son Hospitalisation, à la prescription faite par son médecin traitant ou à son suivi.

Le Bénéficiaire peut également obtenir des informations sur des questions d'ordre général relatives à la santé telles que les établissements de soins, les questions générales sur la santé, les facteurs de risques, les questions de médecine générale, les questions relatives aux médicaments, les informations préventives, les informations sur les médecines alternatives, les centres de prise en charge de la douleur.

Mondial Assistance s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale.

En conséquence, ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

Ce service ne peut se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises au respect de la législation sociale et au secret médical.

• Conseil social

L'équipe médico-sociale de Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue ses besoins et lui fournit des informations sur la législation et la réglementation sociale ainsi que sur les moyens de financement des différentes aides (transport, hébergement, aide à domicile, etc.) dans les domaines suivants : maternité, prestations familiales, accueil du jeune enfant, emploi, chômage, maladie, accident, handicap, invalidité, retraite.

• Services à la personne

Mondial Assistance peut :

- fournir toute l'information utile sur les services à la personne, tels que définis par la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 (« loi Borloo »),
- mettre en relation avec un Prestataire de son réseau de services à la personne entrant dans le cadre de la loi Borloo (assistance administrative, bricolage, soutien scolaire, etc.) et hors cadre de la loi Borloo (esthéticienne, coiffure à Domicile, pédicure, manucure, massages – hors soins thérapeutiques).

Les Prestataires délivrant des prestations de services à la personne dans le cadre des activités définies comme telles par la Loi Borloo sont agréés, afin que le Bénéficiaire puisse profiter d'avantages fiscaux.

Les coûts des devis et des prestations utilisées sont à la charge du Bénéficiaire.

Pour toute mise en place de prestation, le Prestataire dispose d'un délai minimum de 72 (soixante-douze) heures pour prendre contact avec le Bénéficiaire.

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement

par téléphone sont des renseignements à caractère informatif. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

4.2 TELECONSULTATION MEDICALE

Sur simple appel téléphonique sur une ligne dédiée, Mondial Assistance met en œuvre la prestation ci-après :

Prestation	Prise en charge	Conditions et limites
- Consultation médicale par téléphone ou en ligne via un site internet - Identification d'un établissement de soins proche de l'endroit où se trouve le Bénéficiaire. - Transmission au Bénéficiaire d'une prescription médicamenteuse écrite, selon l'appréciation du médecin et si la législation locale l'autorise.	Dans la limite de 10 Téléconsultations maximum par période annuelle de garantie, quel que soit le nombre de Bénéficiaires.	

IMPORTANT

La Téléconsultation ne peut en aucun cas remplacer une prise en charge médicale globale et personnalisée auprès du médecin traitant et de manière générale de tout médecin désigné par le Bénéficiaire.

La Téléconsultation ne peut se substituer aux organismes de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18).

Les informations médicales échangées avec les médecins restent strictement confidentielles et sont soumises au secret médical, aucune donnée n'étant transmise à Mondial Assistance, sous réserve de données statistiques exclusives de toute identification directe ou indirecte des Bénéficiaires. La responsabilité du Service Assistance de Mondial Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements, conseils, consultations et de manière générale dans le cadre de la Téléconsultation mise en œuvre auprès du Bénéficiaire.

Le Service Assistance de Mondial Assistance ne saurait être tenu responsable des interruptions de service et/ou dommages résultant :

- de défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques ;
- de modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne lui auraient pas été signifiées lors de la Téléconsultation ;
- d'un cas de force majeure ou du fait d'un tiers.

Lorsqu'un représentant légal appelle pour son enfant mineur, il lui sera demandé une copie du livret de famille prouvant le lien de parenté ou tout autre document prouvant sa qualité.

• Téléconsultation médicale

Il s'agit d'un service de télé-médecine.

Le Bénéficiaire peut, sous conditions d'authentification forte et d'acceptation des Conditions Générales d'Utilisation, de la Notice d'information-consentement et de la Déclaration de confidentialité, bénéficier d'une Téléconsultation en contactant le Service Téléconsultation de Mondial Assistance.

La Téléconsultation, réalisée par un médecin du Service Téléconsultation de Mondial Assistance inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins, s'effectue à distance, via une plateforme téléphonique ou en audioconférence ou en visioconférence, 24h/24 et 7j/7.

À l'issue de la Téléconsultation, le médecin du Service Téléconsultation de Mondial Assistance pourra, dans le respect du parcours de soins et de la législation en vigueur (notamment la réglementation relative au secret médical) :

- identifier pour le Bénéficiaire un établissement de soins adapté à sa situation notamment lorsqu'un examen clinique est nécessaire pour établir le diagnostic ;
- transmettre au Bénéficiaire une prescription écrite médicamenteuse, selon l'appréciation du médecin et si la législation locale l'autorise.

À l'issue de de la Téléconsultation et avec l'autorisation du Bénéficiaire, un compte-rendu de consultation pourra être adressé à son médecin traitant.

4.3 EN CAS D'HOSPITALISATION

4.3.1 AVANT L'HOSPITALISATION

En cas d'Hospitalisation, et en complément des moyens mis à disposition pour contacter Mondial Assistance, le Bénéficiaire peut accéder à Hospizen.

Prestation	Prise en charge	Conditions et limites
Hospizen		Accès au site web et à l'application pendant 1 an. Renouvelable pour chaque période annuelle de garantie.

Le site Hospizen, www.hospizen.fr/cegema permet au Bénéficiaire, préalablement à une Hospitalisation, de consulter en ligne des informations relatives à la préparation pratique de son Hospitalisation et de son retour au Domicile.

De plus, le Bénéficiaire peut également via ce site présélectionner, préalablement ou postérieurement à son Hospitalisation, les prestations d'assistance dont il souhaite bénéficier à son retour au Domicile.

Mondial Assistance le contactera pour finaliser l'organisation des prestations d'assistance dont les conditions et limites de mise en œuvre sont prévues à l'article 4.4. « DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE ».

4.3.2 APRES L'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 HEURES

Sur simple appel téléphonique, suite à l'Hospitalisation du Bénéficiaire, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Evaluation des besoins et recommandations (prestation décrite à l'article 4.4)	Illimité	Durée de l'Hospitalisation au moins égale à 1 nuitée. L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 15 jours après la sortie d'Hospitalisation.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (prestation décrite à l'article 4.4)	250 € TTC au total	La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.
Livraison en urgence de médicaments immédiatement nécessaires prescrits par un médecin	100 € TTC maximum	Le coût des médicaments reste à charge du Bénéficiaire.
Livraison et mise à disposition de matériel médical	100 € TTC maximum	
Téléassistance ponctuelle à Domicile	Coût du service pour une durée de 3 mois	
Accompagnement psychologique	Prise en charge de 3 entretiens par téléphone et/ou remboursement de 12 séances maximum de consultation en cabinet (80 € TTC maximum par consultation).	

- **Livraison et mise à disposition de matériel médical prescrit par le médecin**

Le Prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente.

Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier, fax ou email.

Le coût d'achat ou de location du matériel reste à la charge du Bénéficiaire.

- **Téléassistance ponctuelle à Domicile**

Le dispositif de téléassistance au Domicile composé d'un appareil de télécommunication automatique et d'un service d'écoute permet au Bénéficiaire, en cas de besoin, de lancer une alerte de n'importe quel endroit du Domicile et d'être immédiatement pris en charge par un Prestataire spécialisé qui mobilisera les moyens adaptés pour lui venir en aide.

La mise en place du dispositif de téléassistance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.

- **Accompagnement psychologique**

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de 3 entretiens maximum.

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le Bénéficiaire vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son Domicile ou de son lieu de travail.

Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

4.3.3 APRES L'HOSPITALISATION AMBULATOIRE

Sur simple appel téléphonique, suite à l'Hospitalisation du Bénéficiaire, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

Prestations	Prise en charge	Conditions et limites
Evaluation des besoins et recommandations (prestation décrite à l'article 4.4)	Illimité	L'enveloppe de services doit être activée au plus tard 3 jours après l'Hospitalisation ambulatoire.
Enveloppe de services et d'aide à Domicile (prestation décrite à l'article 4.4)	150 € TTC au total	La prise en charge de l'enveloppe de services est limitée à 1 fois par période annuelle de garantie.

4.3.4 EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION A DOMICILE DE L'ENFANT

Sur simple appel téléphonique, lorsque le Bénéficiaire Hospitalisé ou Immobilisé à Domicile est un Enfant, Mondial Assistance met en œuvre la prestation complémentaire ci-après :

Prestation	Prise en charge	Conditions et limites
Aide pédagogique de l'Enfant dans les matières scolaires principales	10 heures maximum par semaine	L'absence scolaire doit être supérieure à 2 semaines calendaires consécutives. Limitée à la durée restant à courir de l'année scolaire en cours.

- **Aide pédagogique de l'Enfant scolarisé**

Lorsque l'Immobilisation à Domicile de l'Enfant entraîne une absence scolaire supérieure à deux semaines calendaires consécutives, Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention au Domicile d'un Prestataire répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'Enfant.

L'aide pédagogique est accordée pour les Enfants scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire uniquement.

Elle est dispensée pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi et hors jours fériés, par tranches de 2 (deux) heures de cours au minimum dans la journée, par matière et par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'Enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire en cours.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie pendant l'Hospitalisation de l'Enfant.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de 2 (deux) jours ouvrés minimum à compter de l'expiration du délai de carence et sous réserve que Mondial Assistance ait reçu les justificatifs qui ont été éventuellement demandés.

4.4 DESCRIPTION DES SERVICES ET AIDES A DOMICILE

- **Evaluation des besoins et recommandations**

Mondial Assistance analyse la situation médico-sociale et socio-économique du Bénéficiaire, évalue les besoins et lui propose les solutions d'aide et de services adaptées ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services et d'aide à Domicile proposée, soit en mobilisant d'autres sources de financement.

Le Bénéficiaire est seul juge des prestations qu'il souhaite utiliser.

La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des recommandations faites.

- **Enveloppe de services et d'aide à Domicile**

Mondial Assistance organise et prend en charge les services choisis par le Bénéficiaire parmi les services proposés ci-après, dans la limite d'une enveloppe dont le montant, les conditions et les limites sont indiqués ci-dessus.

La mise en œuvre des services et aides à Domicile est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.

Le délai pour la mise en place des prestations est d'une demi-journée ouvrée à compter de la demande.

Les services et aides à Domicile peuvent être demandés au fur et à mesure des besoins, pendant la durée de l'évènement garanti ouvrant droit à la prestation.

Le coût de chaque service utilisé vient en déduction du montant de l'enveloppe disponible.

Dès qu'il le souhaite, le Bénéficiaire peut contacter Mondial Assistance par téléphone pour connaître le solde encore disponible et obtenir des conseils sur son utilisation.

Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire.

Le montant maximum indiqué dans le détail de chaque prestation ne saurait donner droit à un paiement en espèces.

Lorsque le Bénéficiaire est encore couvert au titre de la Convention et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe avant la fin de l'évènement garanti, Mondial Assistance peut, à sa demande :

- organiser les services de son choix, parmi les services et aides proposés,
- lui communiquer les coordonnées de Prestataires spécialisés dans les domaines de services proposés.

Le coût des services alors proposés reste à la charge du Bénéficiaire.

Ci-après la description des services et aides à Domicile proposés :

Transport

Mondial Assistance prend en charge le Transport non médicalisé du Bénéficiaire valide.

Hébergement des parents à proximité du Bénéficiaire mineur pendant son Hospitalisation

Si le Bénéficiaire mineur est Hospitalisé à plus de 50 km de son Domicile, Mondial Assistance organise et prend en charge l'Hébergement de ses parents pendant la durée de l'Hospitalisation dans la limite de 70 € TTC/ nuit.

Aide à Domicile : Auxiliaire de vie, travailleuse familiale, et aide-ménagère

Mondial Assistance met à la disposition du Bénéficiaire une aide à Domicile qui peut être réalisée :

- soit par une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens (toilette quotidienne), hors soins médicaux relevant d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère),
- soit par une travailleuse familiale qui prodigue des conseils dans le domaine de l'éducation familiale,
- soit par une aide-ménagère qui effectue les petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

Chaque prestation d'aides à Domicile dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Préparation du retour au Domicile

Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Cette prestation s'effectue sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport de l'intervenant pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 18h00.

Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire ou du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) ou le transfert du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants et/ou des Ascendants dépendants à charge au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, Mondial Assistance missionne un accompagnateur.

Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde à Domicile des Enfants du Bénéficiaire Hospitalisé

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (à l'exclusion des soins médicaux).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

Conduite en taxi à l'école et/ou aux activités extra scolaires des Enfants scolarisés jusqu'au niveau baccalauréat

Si aucun Proche ne peut accompagner les Enfants à l'école ou à

leurs activités extrascolaires, Mondial Assistance prend en charge le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants à charge

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance missionne :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)
- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

Portage des repas

Mondial Assistance organise et prend en charge le portage du repas au Domicile du Bénéficiaire avec un délai de mise en place de 4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés. Les repas sont livrés par pack de 5 ou 7 « déjeuners + dîners ».

Le coût des repas n'est pas pris en charge.

Dans les zones non desservies ou lorsque le pack de repas n'est pas adapté, Mondial Assistance peut proposer l'intervention d'un Prestataire pour préparer les repas au Domicile dans les conditions précisées à la prestation concernée.

Garde à Domicile de l'Enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention d'un Prestataire au Domicile pour garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

Fermeture du Domicile quitté en urgence

En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire et s'il a quitté son Domicile précipitamment, Mondial Assistance organise et prend en charge la venue d'une Prestataire aide-ménagère afin de fermer les accès du Domicile (volets, fenêtres, portes...), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver.

Cette prestation s'effectuera sous réserve de la mise à disposition des clés, des codes d'accès du Domicile et des conditions d'accessibilité en toute sécurité.

Mondial Assistance peut organiser le Transport aller-retour de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

Assistance aux animaux de compagnie (chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal)

Mondial Assistance organise et prend en charge la garde de l'animal du Bénéficiaire par un Prestataire, frais de nourriture compris.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Livraison de courses

Mondial Assistance organise et prend en charge la livraison des courses au Domicile.

Le Bénéficiaire doit être disponible pour fournir les fonds et la liste des produits souhaités.

Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.

Bien-être à domicile : coiffure et esthétique

Mondial Assistance rembourse sur facture les services de soins suivants :

- esthéticienne,
 - coiffeur,
 - prothésiste capillaire,
- y compris ceux réalisés à domicile.

5. RESPONSABILITE

Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (Récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site du Ministère de l'Economie et des Finances <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. Elle ne sera pas tenue responsable :

- des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

La prise en charge vient toujours en complément des remboursements des organismes d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance.

6. EXCLUSIONS

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,
- les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,

qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le Bénéficiaire séjourne,

- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les conséquences de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

Au titre de la prestation « Téléconsultation médicale » décrite à l'article 4.2, sont également exclues :

- les Téléconsultations lorsque le service médical de Mondial Assistance identifie une urgence médicale.
- les consultations pour des pathologies psychiatriques ;
- les prescriptions de certificats médicaux ;
- les prescriptions d'arrêt de travail et leur prolongation éventuelle ;
- les prescriptions particulières, telles que :

o les médicaments soumis à prescription restreinte :

- médicaments réservés à l'usage hospitalier
- médicaments à prescription hospitalière
- médicaments à prescription initiale hospitalière
- médicaments à prescription réservée aux médecins spécialistes
- les médicaments nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.

o les médicaments soumis à accord préalable. La liste exhaustive est accessible sur http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/list_APcl.pdf ;

o les médicaments d'exception : la liste des médicaments d'exception est disponible sur le site Meddispar, le site de référence des médicaments réglementés, proposé par l'Ordre national des pharmaciens ;

o la prescription de stupéfiants.

Au titre de la prestation « Accompagnement psychologique » décrite à l'article 4.3.1 sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

Au titre de la prestation « Aide pédagogique de l'Enfant » décrite à l'article 4.3.3, sont exclues les phobies scolaires.

7. MODALITÉS D'EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante :

reclamation@votreassistance.fr

(ou envoyer un courrier à l'adresse : AWP FRANCE SAS, Service Réclamations, TSA 70002 – 93488 Saint Ouen Cedex.)

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mondial Assistance le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste, après la réponse de l'assureur ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours internes, le Bénéficiaire peut alors saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

Les entreprises d'assurance adhérentes de la FFA ont mis en place un dispositif permettant aux assurés et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini la Charte de la Médiation de l'Assurance.

8. COMPÉTENCE JURIDICTIONNELLE

Mondial Assistance fait élection de domicile en son siège social : 7, rue Dora Maar – 93400 Saint-Ouen.

Les contestations qui pourraient être élevées contre Mondial Assistance à l'occasion de la mise en œuvre de la Convention sont exclusivement soumises aux tribunaux français compétents et toutes notifications devront être faites par courrier recommandé avec accusé de réception à l'adresse indiquée ci-dessus.

9. PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat d'assurance est prescrite par un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions fixées à l'article L 114-1 du Code des assurances.

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L114-1 à L114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

- Article L114-1 du Code des assurances
« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance **sont prescrites par deux ans** à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° *En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;*
- 2° *En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.*

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 du Code des assurances
« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

- Article L114-3 du Code des assurances
« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code Civil, parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, la demande en justice même en référé, l'acte d'exécution forcée.

Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription, se reporter aux articles du Code civil précités.

10. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement UE 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

AWP P&C est le responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données le Bénéficiaire peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : informations-personnelles@votreassistance.fr.

Le Bénéficiaire est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle il peut s'inscrire : <https://conso.bloctel.fr/>.

Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente a été remise au Bénéficiaire lors de la souscription du contrat.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP P&C se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

11. AUTORITÉ DE CONTROLE

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris CEDEX 09 - www.acpr.banque-france.fr

12. LOI APPLICABLE – LANGUE UTILISÉE

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français.

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

La sécurité de vos données personnelles nous importe.

AWP P&C est une compagnie d'assurance agréée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) proposant des produits et services d'assurance. Protéger votre vie privée est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment nous collectons les données personnelles, quel type de données nous collectons et pourquoi, avec qui nous les partageons et à qui nous les divulguons. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

1. Qui est le responsable du traitement des données ?

Le responsable du traitement des données est la personne, physique ou morale, qui contrôle et est responsable de la conservation et de l'utilisation des données personnelles, au format papier ou électronique. AWP P&C (« Nous », « Notre ») est responsable du traitement des données, tel que défini par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

2. Quelles données personnelles sont collectées ?

Nous collecterons et traiterons différents types de données personnelles vous concernant, conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, nous pourrions être amenés à collecter et traiter les « données personnelles sensibles » vous concernant.

En souscrivant le présent contrat, vous vous engagez à communiquer les informations figurant dans cette déclaration de confidentialité à tout tiers pour lequel toute donnée personnelle pourrait nous être transmise (ex. les autres assurés, les bénéficiaires, les tiers impliqués dans le sinistre, les personnes à prévenir en cas d'urgence, etc.), et vous acceptez de ne pas communiquer ces informations autrement.

3. Comment vos données personnelles sont-elles collectées et traitées ?

Nous collecterons et traiterons les données personnelles que vous nous transmettez et celles que nous recevons de tiers (comme expliqué plus bas) pour un certain nombre de finalités et sous réserve de votre consentement exprès, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-dessous :

Finalité	Est-ce que votre consentement explicite est nécessaire ?
<ul style="list-style-type: none">• Administration du contrat d'assurance (ex. : traitement des réclamations, les enquêtes et estimations nécessaires à la détermination de l'existence de l'évènement garanti et du montant des indemnités à verser ou le type d'assistance à fournir, etc.)	<ul style="list-style-type: none">• Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
<ul style="list-style-type: none">• Pour mener des enquêtes de qualité sur les services fournis, afin d'évaluer votre niveau de satisfaction et de l'améliorer	<ul style="list-style-type: none">• Non. Nous avons un intérêt légitime à vous contacter après avoir géré une demande ou après avoir fourni une prestation afin de nous assurer que nous avons exécuté nos obligations contractuelles d'une manière satisfaisante. Toutefois, vous avez le droit de vous y opposer en nous contactant comme cela est expliqué dans la section 9 ci-dessous.
<ul style="list-style-type: none">• Pour satisfaire à toutes les obligations légales (par exemple, celles qui découlent des lois sur les contrats d'assurance et les activités d'assurance, des règlements sur les obligations fiscales, comptables et administratives)	<ul style="list-style-type: none">• Non, dans la mesure où ces activités de traitement sont expressément et légalement autorisées.
<ul style="list-style-type: none">• À des fins de vérification, pour nous conformer aux obligations légales ou aux procédures internes	<ul style="list-style-type: none">• Non. Nous pouvons traiter vos données dans le cadre d'audits internes ou externes requis soit par la loi, soit par nos procédures internes. Nous ne solliciterons pas votre consentement au titre de ces traitements s'ils sont justifiés en vertu de la réglementation en vigueur ou au titre de notre intérêt légitime. Toutefois, nous nous assurerons que seules les données à caractère personnel strictement nécessaires seront utilisées et qu'elles seront traitées en toute confidentialité. Les audits internes sont généralement réalisés par notre société mère.
<ul style="list-style-type: none">• Pour réaliser des analyses statistiques et qualitatives sur la base des données et du taux de demandes d'indemnisation	<ul style="list-style-type: none">• Si nous réalisons l'une de ces activités de traitement, nous le ferons en anonymisant les données personnelles. En conséquence, les données anonymisées ne sont plus considérées comme des données « à caractère personnel » et votre consentement n'est plus requis.
<ul style="list-style-type: none">• Pour la gestion du recouvrement de créances	<ul style="list-style-type: none">• Non, si le traitement de vos données, même s'il s'agit de catégories sensibles de données à caractère personnel s'avère nécessaire à la constatation, à l'exercice ou à la défense de droits en justice, que nous pouvons invoquer également au titre de notre intérêt légitime.
<ul style="list-style-type: none">• Au titre de la prévention et de la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques, y compris, le cas échéant, par exemple, la comparaison entre vos informations et celles figurant sur les précédentes demandes, ou la vérification des systèmes courants de déclaration de sinistre.	<ul style="list-style-type: none">• Non. Il est entendu que la détection et la lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le respect de la réglementation applicable aux sanctions économiques constituent un intérêt légitime du Responsable du traitement. Par conséquent, nous sommes en droit de traiter vos données à cette fin sans avoir à recueillir votre consentement.

<ul style="list-style-type: none"> • Pour transférer les risques via une réassurance et une coassurance 	<ul style="list-style-type: none"> • Nous pouvons traiter et partager vos données à caractère personnel avec d'autres compagnies d'assurances ou de réassurances, avec lesquelles nous avons signé ou nous signerons des accords de coassurance ou de réassurance. La coassurance est la couverture du risque par plusieurs compagnies d'assurances au moyen d'un seul contrat, en assumant chacune un pourcentage du risque ou en répartissant les couvertures entre elles. La réassurance est la « sous-traitance » de la couverture d'une partie du risque à un réassureur tiers. Toutefois, il s'agit d'un accord interne entre nous et le réassureur et vous n'avez aucun lien contractuel direct avec ce dernier. Ces transferts de risques interviennent au titre des intérêts légitimes des compagnies d'assurances, qui sont même généralement expressément autorisés par la loi (y compris le partage des données à caractère personnel strictement nécessaires à cette finalité)
--	--

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, nous traiterons les données personnelles vous concernant que nous recevons de notre partenaire commercial **CEGEMA**.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre consentement exprès n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou de la gestion de votre sinistre, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales.

Vos données personnelles seront nécessaires pour tout achat de nos produits et services. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces données, nous ne serons pas en mesure de vous garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles de vous intéresser, ou encore de vous proposer des offres adaptées à vos exigences spécifiques.

4. Qui peut accéder à vos données personnelles ?

Nous nous assurons que vos données personnelles sont traitées dans le respect des finalités indiquées plus haut.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que tiers, responsables du traitement des données :

- organismes du secteur public, autres sociétés de notre groupe, autres assureurs, réassureurs.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que préposés au traitement des données, opérant sous notre responsabilité :

- autres sociétés de notre groupe (dont AWP France SAS), consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégués de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents)

En définitive, nous pourrions être amenés à partager vos données personnelles dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, coentreprise, cession, transfert ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

5. Où sont traitées vos données personnelles ?

Vos données personnelles pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section 4, toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Nous ne divulguons pas vos données personnelles à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert de vos données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société de notre groupe, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation dont dépend notre groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés de notre groupe. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, nous prendrons des mesures afin de garantir que le transfert de vos données personnelles hors UE sera effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Vous pouvez prendre connaissance des mesures de protection que nous mettons en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en nous contactant comme indiqué dans la section 9.

6. Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit :

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsable(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;
- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et

- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente - Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant comme indiqué à la section 9.

7. Comment vous opposer au traitement de vos données personnelles ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement desdites données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis dans la section 6.

8. Combien de temps conserverons-nous vos données personnelles ?

Nous ne conserverons vos données à caractère personnel que pendant la durée nécessaire aux fins indiquées dans la présente déclaration de confidentialité puis elles seront supprimées ou anonymisées une fois qu'elles ne sont plus nécessaires. Ci-dessous nous vous communiquons quelques-unes des durées de conservation applicables aux finalités indiquées à la section 3 ci-dessus.

- Pour une durée de deux (2) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance
- En cas de sinistre – deux (2) ans à compter du règlement du sinistre.
- En cas de sinistre avec dommages corporels – dix (10) ans à compter du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations – deux (2) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat – deux (2) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Toutefois, sachez que des obligations ou des événements spécifiques supplémentaires peuvent parfois annuler ou modifier ces durées, tels que des litiges ou des enquêtes réglementaires en cours, qui peuvent remplacer ou suspendre ces durées jusqu'à ce que l'affaire soit close et que le délai applicable d'examen ou d'appel ait expiré. En particulier, les durées de conservation basées sur des prescriptions dans le cadre d'actions en justice peuvent être suspendues puis reprendre par la suite.

9. Comment nous contacter ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS
Département Protection des Données Personnelles
7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen
E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

10. À quelle fréquence mettons-nous à jour la présente déclaration de confidentialité ?

Nous procédons régulièrement à la révision de cette déclaration de confidentialité.

Sommaire

ARTICLE 1- FORMATION-DURÉE	28
ARTICLE 2 - OBJET	28
ARTICLE 3 - MEMBRES - ADHÉRENTS	28
ARTICLE 4 – SIÈGE SOCIAL	28
ADMINISTRATION	28
ARTICLE 5 - CONSEIL D'ADMINISTRATION	28
ARTICLE 6 - LE PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	28
ARTICLE 7 - BUREAU	29
ARTICLE 8 - FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	29
ARTICLE 9 – POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	29
ARTICLE 10 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR	29
ASSEMBLEES GENERALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE	29
ARTICLE 11 - RÈGLES COMMUNES À TOUTES LES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES	29
Composition	29
Convocation-Ordre du jour	29
Quorum – Droits de vote	29
Organisation – procès-verbaux	30
ARTICLE 12 - ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES	30
ARTICLE 13 - ASSEMBLÉES GÉNÉRALES EXTRAORDINAIRES	30
RESSOURCES - DEPENSES	30
ARTICLE 14 - RESSOURCES	30
ARTICLE 15 - DÉPENSES	30
ARTICLE 16- COMPTES ANNUELS	30
ARTICLE 17- COMMISSAIRES AUX COMPTES	30
DISSOLUTION	30
ARTICLE 18 - DISSOLUTION	30

STATUTS ASSOCIATION GPMA (MODIFIÉS PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE DU 24 MAI 2018)

ARTICLE 1- FORMATION-DURÉE

Il est créé une Association de Prévoyance régie par la loi du 1er juillet 1901, les articles L.141-7 et R 141-1 à R.141-9 du Code des assurances et tous textes qui viendraient, le cas échéant à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents statuts.

Elle prend la dénomination de **Groupement de Prévoyance Maladie-Accident, «G P M A»**.

Elle est constituée pour une durée illimitée.

ARTICLE 2 - OBJET

L'Association Groupement de Prévoyance Maladie-Accident a pour objet :

- d'étudier et de conseiller ses adhérents sur la mise en place de régimes de prévoyance, santé ou retraite ;
- de permettre la mise en place de ces régimes en souscrivant à l'intention de ses adhérents des contrats collectifs d'assurance.
- de défendre les intérêts des adhérents et de les informer en engageant à cet effet toute action de formation, d'information et de communication avec eux et en dehors d'eux pour accueillir de nouveaux membres ;
- de venir en aide à ses adhérents en grande difficulté par l'attribution d'allocations provenant du fonds d'entraide ;
- de participer et soutenir toute activité d'Association, fondation ou autre organisme à but non lucratif ayant pour objet des actions de solidarité principalement dans les domaines de la prévention santé, du handicap, de la recherche médicale et de l'insertion ;
- et plus généralement de prendre toute initiative présentant une utilité directe, indirecte ou complémentaire pour son activité

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

ARTICLE 3 - MEMBRES - ADHÉRENTS

L'Association se compose de :

- membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Bureau du Conseil d'Administration ;
- membres adhérents qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation.

Ces différentes catégories peuvent comporter des personnes physiques et des personnes morales.

Tout adhérent doit avoir la qualité de membre pour prétendre aux garanties des contrats souscrits par l'Association.

La qualité de membre s'acquiert par adhésion aux présents Statuts et paiement de la cotisation. Elle se perd par décès, non règlement des cotisations ou dissolution de l'Association. La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance sur la vie à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale

La qualité de membre d'honneur se perd par décès, démission, radiation sur décision du conseil d'administration pour motifs grave ou dissolution de l'association.

La décision est rendue en dernier ressort et n'a pas à être motivée.

Chaque adhérent personne morale, s'il représente plusieurs assurés, sera redevable d'autant de droits d'adhésions qu'il représente d'assurés.

ARTICLE 4 – SIÈGE SOCIAL

Le Siège Social est fixé à Paris, 75447 cedex 09. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration ratifiée par la plus prochaine Assemblée Générale Ordinaire.

ADMINISTRATION

ARTICLE 5 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration se compose de neuf membres au moins et de dix-huit membres au plus, tous élus par l'Assemblée Générale des adhérents.

Les Administrateurs sont élus pour une durée de trois ans et sont rééligibles.

Le Conseil est composé, pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant dé tenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des contrats d'assurance de groupe, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Ces Administrateurs peuvent être soit des membres individuels, soit des personnes morales qui désigneront leur représentant permanent.

Nul ne peut être membre du Conseil d'Administration de l'Association ni, directement ou indirectement ou par personne interposée, administrer, diriger ou gérer à un titre quelconque l'Association ni disposer du pouvoir de signer pour le compte de l'Association s'il a fait l'objet de l'une des condamnations ou mesures mentionnées au 1° à 5° de l'article L322-2 du code des assurances.

En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en cours d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire (cooptation) par les soins du Conseil. Il est procédé à la ratification des cooptations par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés. Si cette ratification est refusée, les décisions prises et les actes accomplis par le Conseil depuis la cooptation et jusqu'à cette Assemblée demeurent valables.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association sur la base de justificatifs. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer à ses administrateurs, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages sans que ceux-ci soient liés directement ou indirectement et de quelque façon que ce soit au volume d'activité de l'Association (cotisations, encours des contrats, nombre d'adhérents...).

Le Président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration.

Tout Administrateur qui n'a pris aucune part aux travaux du Conseil pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire, l'intéressé ayant été préalablement invité à présenter les motifs de ses absences.

ARTICLE 6 - LE PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'Association est dirigée par un Président élu par les membres du Conseil d'Administration.

Le Président est responsable de ses décisions devant le Conseil d'Administration. Il représente l'Association dans les conditions fixées par le Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au Président de l'Association qui en rend compte régulièrement.

Le Conseil d'Administration et le Président peuvent déléguer à une personne membre du Conseil pour une période déterminée certains de leurs pouvoirs de manière explicite.

Le Conseil d'Administration ou le Président peut à tout moment abroger une délégation de pouvoirs.

En cas d'urgence, le Président prend les décisions nécessaires au bon fonctionnement de l'Association et en informe dans les meilleurs délais les membres du Conseil d'Administration.

ARTICLE 7 - BUREAU

Chaque année, après l'Assemblée Générale, le Conseil élit parmi ses membres son Bureau composé d'un Président, d'un ou deux Vice-présidents, d'un Secrétaire Général pouvant être choisi en dehors des Administrateurs et d'un Trésorier.

Le Bureau met en œuvre les décisions prises par le Conseil d'Administration. Il se réunit à l'initiative du Président de l'Association en tant que besoin entre deux réunions du Conseil d'Administration.

ARTICLE 8 - FONCTIONNEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an.

Il peut désigner un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association. Ces personnes peuvent être choisies en dehors de celles composant le Conseil et éventuellement de l'Association.

Le Secrétaire Général et les Conseillers Techniques assistent aux réunions du Conseil et du Bureau avec voix consultative.

Il peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les Administrateurs ne peuvent se faire représenter. Les décisions sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Il est tenu procès-verbal des séances du Conseil. Ces procès verbaux sont signés par le Président et au moins un autre membre du Conseil et consignés dans un registre.

ARTICLE 9 – POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil est investi des pouvoirs les plus étendus pour prendre toutes décisions et autoriser la mise en œuvre de toutes opérations en rapport avec l'objet de l'Association et son fonctionnement, dans la limite des prérogatives de l'Assemblée Générale.

Notamment, le Conseil d'Administration a pour attributions :

- d'arrêter les comptes annuels et le budget de l'Association ;
- de signer un ou plusieurs contrats d'assurance, ainsi qu'un ou plusieurs avenants dans la limite de la délégation consentie par l'Assemblée Générale conformément à l'article 12 des présents statuts ; en cas de signature d'un ou de plusieurs contrats d'assurance, ou d'un ou plusieurs avenants, le Conseil d'Administration doit en faire rapport à la plus proche Assemblée ;
- de fixer le montant de la cotisation annuelle d'adhésion à l'Association ;
- d'arrêter les termes du rapport d'activité, moral et financier soumis à l'Assemblée Générale ;
- de déterminer le montant des allocations attribuées en faveur des adhérents au titre du fonds d'entraide ;
- de mettre en place toutes les délégations de pouvoirs nécessaires au bon fonctionnement de l'Association.

L'Association est représentée en Justice et dans tous les actes de sa vie civile par son Président ou un Vice-président ou par toute personne habilitée à cet effet par le Conseil.

ARTICLE 10 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le Conseil, sur proposition du Bureau, peut établir un règlement intérieur précisant et complétant les règles de fonctionnement de l'Association fixées par les présents statuts.

Il est également compétent, sur proposition du Bureau, pour le modifier ou l'abroger.

ASSEMBLEES GENERALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

ARTICLE 11 - RÈGLES COMMUNES À TOUTES LES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

Composition

L'Assemblée Générale est constituée par les membres de l'Association présents ou représentés.

Tout membre à jour de cotisation à la date de clôture de l'exercice comptable précédent, personne physique ou personne morale, a le droit de prendre part aux Assemblées Générales et d'y voter.

Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent, ou à leur conjoint.

Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 5 % des droits de vote.

Les mandataires disposent du droit de vote quel que soit le nombre de pouvoirs dont ils disposent.

Le vote par correspondance n'est pas autorisé.

Si, sur décision du Conseil d'Administration, l'Association a mis en œuvre un mode de vote par voie électronique, tout adhérent, disposant des outils matériels et logiciels requis, peut voter par voie électronique en suivant les procédures et consignes qui lui seront adressées à cet effet.

Convocation-Ordre du jour

L'Assemblée Générale est convoquée par le Président du Conseil d'Administration, ou à défaut par le Conseil, au moins une fois par an dans les six mois de la clôture de l'exercice social.

Sur demande motivée d'au moins 10% des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration, ou à défaut le Conseil, est tenu de convoquer une Assemblée Générale dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

La convocation aux Assemblées Générales est individuelle : elle est effectuée par lettre simple trente jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée.

Cette convocation pourra être transmise ainsi que l'ensemble des documents nécessaires par Internet à l'adresse e-mail que l'adhérent aura communiquée à l'Association par le biais du bulletin d'adhésion au contrat d'assurance ou de tout autre document.

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux portés à la connaissance du Conseil d'Administration par cent adhérents au moins au plus tard dans les soixante jours avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée.

Elle peut mentionner également la date à laquelle la seconde Assemblée est convoquée en l'absence de réunion du quorum. Les adhérents pourront s'informer de la tenue ou non de la seconde Assemblée en téléphonant au numéro qui leur sera transmis ou en consultant le site internet.

La convocation indique également le lieu de réunion qui peut se situer dans des locaux en dehors du siège social.

Quorum – Droits de vote

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents ou représentés.

Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée est convoquée dans le délai de 30 jours.

Elle délibère alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de ses adhérents présents ou représentés.

Les adhérents devront se munir, pour participer à l'Assemblée de leur convocation ainsi que de tout document, notamment le pouvoir qui

leur aura été adressé, justifiant du numéro de contrat d'assurance auquel ils ont souscrit.

Un adhérent peut se faire représenter par un autre membre de l'Association muni d'un pouvoir écrit.

Une feuille de présence est signée par les membres de l'Assemblée en entrant en séance et certifiée par le Président de l'Assemblée.

Organisation – procès-verbaux

Le Bureau de l'Assemblée Générale est celui du Conseil ; en cas d'absence, il est procédé si nécessaire au remplacement pour la durée de l'Assemblée par décision des membres du Conseil présents au début de la réunion.

L'Assemblée Générale ne peut délibérer que sur les questions inscrites à l'ordre du jour par le Conseil d'Administration à l'exception de la révocation de membre(s) du Conseil pouvant intervenir sur incident de séance. L'ordre du jour comporte le cas échéant les propositions de résolutions présentées par les adhérents dans les conditions précitées.

Les délibérations de l'Assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et un membre du Conseil. Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou par deux Administrateurs. Ils sont tenus à la disposition des adhérents au Siège de l'Association, pour consultation, sous condition de justifier de sa qualité d'adhérent.

ARTICLE 12 - ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ORDINAIRES

Le Président doit convoquer dans les formes indiquées à l'article 11 une Assemblée Générale Ordinaire Annuelle une fois par an, dans les six mois suivant la clôture des comptes annuels.

L'Assemblée Générale Ordinaire Annuelle entend le rapport du Conseil sur la situation morale et financière de l'Association. Elle est seule compétente pour :

- définir les orientations de l'Association,
- approuver les comptes de l'Association et le rapport de gestion présentant la situation de l'Association et son activité pour l'exercice écoulé et les perspectives au plus tard dans les six mois de sa clôture,
- approuver le montant qui a été fixé par le Conseil d'Administration pour les cotisations des adhérents.

L'Assemblée Générale Ordinaire est compétente pour élire, ratifier et révoquer les Administrateurs.

L'Assemblée Générale Ordinaire a seule qualité pour autoriser la signature d'un ou de plusieurs contrats d'assurance de groupe ou d'un ou de plusieurs avenants à ceux-ci. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs contrats d'assurance ainsi qu'un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit.

Néanmoins, il est précisé que l'assemblée générale a seule qualité pour autoriser la modification des dispositions essentielles du contrat d'assurance de groupe, telles qu'elles sont définies à l'article R141-6 du code des assurances

Elle est souveraine pour tout ce qui n'est pas de la compétence du Bureau, du Conseil d'Administration ou de l'Assemblée Générale Extraordinaire.

Les décisions prises en Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des membres présents ou représentés.

ARTICLE 13 - ASSEMBLÉES GÉNÉRALES EXTRAORDINAIRES

Sur l'avis du Conseil, ou sur la demande motivée d'au moins 10% des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration est tenu de convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

L'Assemblée Générale Extraordinaire est seule compétente pour apporter des modifications aux statuts. Elle peut également décider la prorogation, la scission ou la fusion avec toute autre Association

poursuivant un but analogue ou la dissolution.

Les décisions doivent être prises à la majorité des 2/3 des voix des membres présents ou représentés.

RESSOURCES - DEPENSES

ARTICLE 14 - RESSOURCES

L'exercice social commence le 1er janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.

Les ressources de l'Association se composent :

- des cotisations annuelles versées par ses membres conformément aux décisions du Conseil d'Administration ;
- des subventions, ressources ou versements autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ;
- des sommes reçues en contrepartie de prestations fournies par l'Association ;
- des produits de ses placements financiers.

ARTICLE 15 - DÉPENSES

Les dépenses de l'Association sont constituées par :

- les allocations attribuées en faveur des adhérents au titre du Fonds d'Entraide ;
- les sommes destinées à faire face aux charges de son fonctionnement ;
- le soutien d'activités à but non lucratif dont l'objet est voisin de celui de l'Association ou peut s'y rattacher ;
- et, en général, toute dépense décidée par le Conseil d'Administration en conformité avec l'objet de l'Association.

Ces dépenses sont ordonnées par le Conseil d'Administration ou par toute personne mandatée à cet effet par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 16- COMPTES ANNUELS

Les comptes annuels sont établis conformément au Plan Comptable Général et à la réglementation en vigueur.

Si les recettes annuelles excèdent les dépenses, l'affectation de l'excédent, exclusive de toute distribution, est décidée par l'Assemblée Générale Ordinaire sur proposition du Conseil d'Administration.

Les comptes de l'Association peuvent être consultés à son Siège par tout groupe d'adhérents, représentant la moitié plus un des membres de l'Association, à jour de leur cotisation.

ARTICLE 17- COMMISSAIRES AUX COMPTES

L'Assemblée Générale Ordinaire nomme, pour une durée de six exercices, un commissaire aux comptes titulaire et un commissaire aux comptes suppléant, inscrits sur la liste des commissaires aux comptes de la Compagnie Régionale de l'Île de France.

Le commissaire aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit un rapport présenté chaque année à l'Assemblée Générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos.

DISSOLUTION

ARTICLE 18 - DISSOLUTION

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale Extraordinaire, délibérant à la majorité des Assemblées Générales Ordinaires, désigne un ou plusieurs Commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Cette Assemblée, statuant alors à la majorité des 2/3 des voix des membres présents ou représentés, détermine souverainement les conditions dans lesquelles les membres de l'Association seront admis, s'il y a lieu, à exercer leur droit de reprise et se prononce sur la dévolution de l'actif net.