

SANTE INDIV' 2018/2019

Bénéficiaires : ceux portés au certificat d'adhésion

Produit choisi : celui porté au certificat d'adhésion

CONDITIONS GENERALES

SANTE INDIV' 2018/2019

1 - PREAMBULE

Il a été conclu des conventions d'assurance de groupe à adhésion facultative entre, d'une part, l'association des Assurés de REPAM, association loi 1901, et d'autre part :

- MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES pour la convention d'assurance de groupe n°2017INDIV100-SANTE INDIV' 2018/2019,
- GARANTIE ASSISTANCE pour la convention d'assurance de groupe n°126311/679,

Le souscripteur de ces conventions est l'**Association des Assurés de REPAM** dont le siège social est situé 217 Cours Lafayette, CS 50313, 69451 Lyon Cedex 06.

Les garanties frais de santé (convention n°2017INDIV100-SANTE INDIV' 2018/2019) sont assurées auprès de **MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES**, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, n° de SIREN 449 571 256, dont le siège social est 75 avenue Gabriel Péri 38400 Saint-Martin d'Hères.

Les garanties d'assistance (convention n°126311/679) sont assurées auprès de **GARANTIE ASSISTANCE**, Société Anonyme, entreprise régie par le Code des assurances, au capital de 1 850 000 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 312 517 493, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline - 92210 SAINT-CLOUD.

L'organisme gestionnaire des garanties de la convention n°2017INDIV100-SANTE INDIV' 2018/2019, est par délégation de l'assureur, **REPAM**, société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance, au capital de 1 500 000 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Lyon sous le numéro 402 653 901, dont le siège social est situé 217 Cours Lafayette, CS 50313, 69451 LYON Cedex 06, immatriculée auprès de l'ORIAS sous le N° 07 002 787.

L'organisme gestionnaire des garanties d'assistance de la convention n°126311/679 est **GARANTIE ASSISTANCE** Société Anonyme, entreprise régie par le Code des assurances, au capital de 1 850 000 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 312 517 493, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline - 92210 SAINT-CLOUD, ci-après dénommé REPAM ASSISTANCE.

Les organismes assureurs et gestionnaires sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution située 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

L'adhésion aux conventions est constituée par la demande d'adhésion, la présente Notice et le Certificat d'adhésion. Elle est soumise à la législation française et notamment aux Codes des Assurances et de la Mutualité. La langue utilisée au cours des Conventions sera la langue française.

Les conventions ont pour objet le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et de maternité, engagés par l'Adhérent et les membres de sa famille ainsi que des prestations d'assistance. Elles reposent sur la bonne foi des parties et de chaque Adhérent.

L'adhésion à la convention n°2017INDIV100-SANTE INDIV' 2018/2019 entraîne obligatoirement l'adhésion à la convention n°126311/679.

La convention d'assurance n°2017INDIV100-SANTE INDIV' 2018/2019 s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurances complémentaires santé bénéficiant d'une aide, dit « **Contrats responsables** ». Les garanties seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « Contrats responsables » qui pourraient intervenir ultérieurement, quel que soit le niveau choisi. En application de l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale, la définition

des garanties respecte les dispositions relatives au parcours de soins du médecin traitant. Par conséquent, les garanties ne couvrent ni les majorations du ticket modérateur, ni les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins. Les garanties ne couvrent pas non plus la participation forfaitaire et la franchise appliquées par l'Assurance Maladie. Elles prennent en compte les minimum et maximum de garanties définies par le décret du 18/11/2014. En cas de nouvelles modifications des conditions du contrat responsable, elles seront automatiquement adaptées à ses nouvelles conditions de mise en œuvre. En cas de modification de la participation forfaitaire et de la franchise, les garanties s'adapteront automatiquement aux nouveaux montants.

2 - DEFINITIONS

ACCIDENT :

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Les hernies, ruptures ou déchirures musculaires, lombagos, "tours de reins", sciatiques, synovites, rhumatismes, gelures, insulations, et autres effets de la température sont considérés comme maladies.

ADHERENT :

Personne physique de 18 ans au moins, qui adhère à l'Association des Assurés de REPAM et aux conventions et qui est à jour de ses cotisations.

BENEFICIAIRES :

Sont bénéficiaires des garanties des conventions n°2017INDIV100-SANTE INDIV' 2018/2019 et n°126311/679, l'Adhérent, son conjoint ou concubin et leurs enfants de moins de 21 ans à condition d'avoir droit aux prestations en nature de l'assurance maladie soit du régime général de la Sécurité Sociale, soit du régime Alsace Moselle. Ils doivent résider en France métropolitaine et exercer leurs activités professionnelles en France.

Ils sont inscrits au certificat d'adhésion.

DELAI D'ATTENTE :

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet des garanties portée au certificat d'adhésion.

HOSPITALISATION :

Tout séjour dans un établissement hospitalier de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident et dont la durée minimum comprend une nuit complète.

Est également considéré comme une hospitalisation tout séjour dans un établissement de soins public ou privé inférieur à 24 heures continues (hospitalisation ambulatoire) et les hospitalisations à domicile (H.A.D.) prise en charge par le Sécurité Sociale.

MALADIE :

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

REMBOURSEMENTS, PRESTATIONS :

Nos remboursements dépendent de six éléments :

- la nomenclature de l'assurance maladie qui exprime la nature de l'acte médical et qui est parfois accompagnée d'un coefficient indiquant la valeur de l'acte,
- le tarif servant de base au remboursement,
- le taux de participation du régime obligatoire,
- la participation éventuelle d'un autre régime obligatoire ou facultatif,
- les frais réellement engagés par vous,
- le niveau que vous avez retenu.

SINISTRE :

Evènement de nature à ouvrir droit aux garanties des Conventions.

SOINS DE VILLE :

Les frais exposés pour maladie ou accident qui n'entrent pas dans le cadre d'une hospitalisation et donnent lieu à remboursement par le Régime Obligatoire.

R.O. : Régime obligatoire.

T.A : Tarif d'Autorité

Tarif servant de base aux remboursements des honoraires et des soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

T.R : Tarif de Responsabilité

Tarif utilisé par le régime obligatoire pour le calcul de ses prestations.

T.M : Ticket Modérateur

La part de frais de soins restant à votre charge après intervention de votre Régime Obligatoire, calculée sur la base du Tarif de Convention ou du Tarif de Responsabilité. Ce Ticket Modérateur varie selon les frais engagés.

A.M : Assurance Maladie

TARIF DE BASE DE REMBOURSEMENT DE L'A.M (TBRAM): Tarif servant de base aux remboursements des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé.

O.P.T.A.M : Option Pratique Tarifaire Maitrisée

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux.

TAA : Tarification A l'Activité en matière Hospitalière.

3 - ADMISSION DES BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires sont admis dans l'Assurance au plus tôt le jour qui suit la date de réception de leur demande d'adhésion complète par REPAM, et ce avant le 31 décembre de leur 75^{ème} anniversaire pour les niveaux 04 – 05 et 06. L'adhésion n'est effective qu'après paiement de la première cotisation. Elle est constatée par un certificat d'adhésion précisant le niveau et le(s) produit(s) choisi(s).

En cours de contrat, vous nous informerez par lettre recommandée dans les 15 jours à partir du moment où vous en aurez connaissance, des circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et, de ce fait, rendent inexacts ou caduques les réponses faites sur la proposition d'assurance.

Ces circonstances nouvelles portent particulièrement sur :

- Votre changement de domicile. A défaut, toute communication qui vous sera adressée par lettre recommandée au dernier domicile connu sera suivie d'effet dans les délais normaux.

- Un changement de profession ou d'activité professionnelle d'un bénéficiaire entraînant un changement de régime obligatoire.

Lorsque la modification constitue une aggravation des circonstances, nous proposerons une nouvelle cotisation. Si vous ne donnez pas suite à notre proposition ou refusez le nouveau montant dans les 30 jours, nous pourrions résilier au terme de ce délai.

Lorsque la modification atténue la gravité des circonstances, vous pourrez demander une diminution du montant de la cotisation. A défaut d'accord de notre part, vous pourrez résilier le contrat, la résiliation prenant effet 30 jours après.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration, à la souscription ou en cours de contrat, des circonstances ou des aggravations définies ci-dessus, est sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, dans les conditions prévues par les articles L221-14 et L221-15 du code de la Mutualité.

Article L221-14 du Code de la Mutualité :

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change

l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts

Article L221-15 du Code de la Mutualité :

Pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle ou l'union a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle ou l'union restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Sous réserve d'acceptation par l'Association des Assurés de Répam, **les garanties sont immédiatement viagères**, à l'exception des garanties maladies redoutées (Annexe 3) qui cessent au 31 décembre de l'exercice civil de leur 65^{ème} anniversaire.

Tous les membres de la famille de l'adhérent doivent être affiliés au même niveau.

4 - PRESTATIONS ASSUREES

Les prestations que nous vous versons dépendent du niveau que vous avez retenu et qui est précisé à votre certificat d'adhésion.

Les remboursements exprimés en pourcentages sont basés sur le Tarif de base de remboursement ou de Responsabilité de l'Assurance Maladie française quel que soit le pays où ont été effectués les soins, **sous déduction des remboursements du Régime Obligatoire.**

Les soins à l'étranger ne sont pris en charge que s'ils sont inopinés.

Les prestations sont basées sur la valeur des tarifs Sécurité Sociale actualisés annuellement.

Elles resteront au maximum les mêmes en valeur absolue si la participation à la charge des Assurés Sociaux venait à être augmentée par une réglementation ultérieure.

De même, si les remboursements du Régime Obligatoire sont revalorisés au cours de l'année d'une façon importante, REPAM se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant ladite revalorisation.

Conformément à la loi, le cumul des divers remboursements obtenus par un assuré (Régime Obligatoire, autre organisme, REPAM) ne peut excéder la dépense réelle. Il sera donc obligatoirement tenu compte des remboursements précédents.

Seuls les frais dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

Sans justificatifs des frais réels, ceux-ci sont fixés conformément au Tarif de Responsabilité de l'Assurance Maladie.

4.1 PLAFONNEMENT DE CERTAINES GARANTIES

Hospitalisation – autres disciplines - maisons de repos et assimilés :

Les frais de séjours et honoraires conventionnés en soins de suite, maisons de repos, sanatorium, aérium, préventorium, moyens séjours, maison d'enfants à caractère sanitaire, pouponnière, centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle, établissements climatiques, diététiques, les cures avec hospitalisations (à l'exclusion de la thalassothérapie), les cures de désintoxication alcoolique et médicamenteuse pris en charge par l'Assurance Maladie, sont garantis pour tous les niveaux, dans la limite de 100 % de la base de remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du R.O).

Neuropsychiatrie, Neurologie, Psychiatrie et assimilés :

Les traitements de neuropsychiatrie, neurologie, de psychiatrie et assimilés sont pris en charge uniquement dans les conditions suivantes, et quel que soit le niveau choisi :

- Hospitalisation en établissement conventionné (séjours et honoraires) sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du remboursement du R.O). La chambre particulière est exclue.

- Consultations généralistes et spécialistes sur la base de 100 % de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie (sous déduction du R.O).

Optique :

La garantie optique prévoit un équipement complet (1 monture et 2 verres) par période de 24 mois. Cette période est ramenée à 12 mois pour les enfants mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. Les garanties optique couvertes à 100 % du TBRAM (sous déduction du R.O) ne sont pas limitées.

Définition des verres :

Verres A : Verre simple foyer dont sphère entre - 6.00 et + 6.00 dioptries et cylindre inférieur ou égal à 4.00 dioptries

Verres C : Verre simple foyer dont sphère hors zone - 6.00 à + 6.00 dioptries ou cylindre supérieur à + 4.00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs

Verres F : Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont sphère hors zone - 8.00 à + 8.00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4.00 à + 4.00 dioptries.

Forfaits :

Les forfaits annuels s'entendent par année civile sauf :

- pour la garantie optique qui s'entend de date à date des soins.
- pour la garantie dentaire qui s'entend par année d'adhésion.

Dentaire :

Les plafonds et forfaits dentaires s'entendent par année d'adhésion. **NOTA :** Si des prothèses dentaires et/ou de l'orthodontie sont effectués après l'utilisation du plafond annuel, ces frais dentaires correspondant à de nouvelles factures seront remboursés à hauteur du ticket modérateur.

4.2 DETAIL DU MONTANT DES GARANTIES PAR NIVEAU

Les garanties s'entendent sous déduction du régime obligatoire à l'exception des forfaits.

NIVEAU ECO

Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité:

- Frais de séjour en milieu conventionné : frais réels.
- Honoraires conventionnés par l'A.M : 125 % du TBRAM. (Praticiens adhérents à l'OPTAM)
- Honoraires conventionnés par l'A.M : 100 % du TBRAM (Praticiens non adhérents à l'OPTAM)
- Frais de séjour et honoraires en milieu non conventionné : 100 % du TBRAM.

Forfait hospitalier : 100 % des frais réels sans limite de durée.

Frais de location de T.V (hospitalisation médicale et chirurgicale)

- Dans la limite de 5 € par jour avec un maximum de 153 €/an.

Supplément chambre particulière :

- 30 €/J pour les hôpitaux et cliniques conventionnés et non conventionnés.

Transport, SAMU, SMUR : 100 % du TBRAM.

Hospitalisation autres disciplines :

- Frais de séjour en milieu conventionné : 100 % du TBRAM.
- Forfait hospitalier : 100 % des frais réels sans limite de durée.

Médecins généralistes et spécialistes, Radios (Adhérents à l'OPTAM) : 125 % du TBRAM.

Médecins généralistes et spécialistes, Radios, (Non adhérents à l'OPTAM) : 100 % du TBRAM.

Infirmier(es), Kinés, paramédicaux, Appareillages, Prothèses, Analyses, Autres soins médicaux pris en charge par l'A.M : 100 % du TBRAM.

Soins inopinés à l'étranger pris en charge par l'A.M : 100 % du TBRAM

Pharmacie prise en charge par l'A.M : 100 % du TBRAM.

Optique (par bénéficiaire) :

- Monture acceptée : 100 % du TBRAM
- Garantie 1 : 2 Verres A : 100 % du TBRAM
- Garantie 2 : 1 verre A+1 verre C ou F ; 1 verre C+1 verre F ; 2 verres C ou F : 100 % du TBRAM
- Matériel amblyopie : 100 € par an.
- Lentilles acceptées par l'A.M : Maximum : 100 € par an.

Dentaire (par an/ bénéficiaire) : Actes* dentaires pris en charge par l'A.M :

- 1^{ère} et 2^{ème} année : 100 % du TBRAM
- 3^{ème} année et suivantes : 125 % du TBRAM

(*Actes conformes à la C.C.A.M. dentaire du 1er juin 2014).

Actes de Prévention : Tous les actes définis sur la liste prévue par le décret du 29 septembre 2005 de la loi du 13 août 2004 conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale : 100 % du TBRAM.

Assurance individuelle scolaire et extra-scolaire- cf infra Annexe 1 : Garantie.

Assistance Vie Quotidienne cf infra Annexe 2 : Garantie

NIVEAU 02

Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité :

- Frais de séjour en milieu conventionné : Frais réels.
- Honoraires conventionnés par l'A.M : 200 % du TBRAM (Praticiens adhérents à l'OPTAM)
- Honoraires conventionnés par l'A.M : 150 % du TBRAM (Praticiens non adhérents à l'OPTAM)
- Frais de séjour et honoraires en milieu non conventionné : 150 % du TBRAM.

Forfait hospitalier : 100 % des frais réels sans limite de durée.

Frais de location de T.V (hospitalisation médicale et chirurgicale)

- Dans la limite de 5 € /J avec un maximum de 153 €.

Frais d'accompagnement pour les moins de 18 ans hospitalisés : 10 € /J.

Supplément chambre particulière : 50 €/J pour les hôpitaux et cliniques conventionnés ou non conventionnés.

Transport, SAMU, SMUR : 125 % du TBRAM.

Hospitalisation autres disciplines :

- Frais de séjour en milieu conventionné : 100 % du TBRAM.
- Forfait hospitalier : 100 % des frais réels sans limite de durée.

Garanties renforcées – cf infra Annexe 3 : 200 €.

Le forfait diminue de moitié à 60 ans. La garantie cesse à 65 ans

Soins inopinés à l'étranger pris en charge par l'A.M : 100 % du TBRAM

Médecins généralistes et spécialistes, Radios (Adhérents à l'OPTAM) : 150 % du TBRAM.

Médecins généralistes et spécialistes, Radios, (Non adhérents à l'OPTAM) : 125 % du TBRAM.

Infirmier(es), Kinés, paramédicaux, Appareillages, Prothèses, Analyses, Autres soins médicaux pris en charge par l'A.M : 125 % du TBRAM.

Pharmacie prise en charge par l'A.M : 100 % du TBRAM.

Optique (par bénéficiaire) :

- Monture acceptée : 100 €
- Garantie 1 : 2 Verres A : 150 €
- Garantie 2 : 1 verre A+1 verre C ou F ; 1 verre C+1 verre F ; 2 verres C ou F : 230 €

Il est accordé 1 équipement complet (1 monture et 2 verres) tous les 24 mois. Voir ci-dessus « PLAFONNEMENT DE CERTAINES GARANTIES »

-Matériel amblyopie : 200 € par an.

-Lentilles acceptées par l'A.M : Maximum : 100 € par an.

-Lentilles refusées ou jetables : 50 € par an.

-Forfait chirurgie réfractive de l'œil : Maxi 300 € pour les 2 yeux

Dentaire (par an/ bénéficiaire) : Actes* dentaires pris en charge par l'A.M :

- 1^{ère} et 2^{ème} année : 150 % du TBRAM.

- 3^{ème} année et suivantes : 200 % du TBRAM.

- Implants dentaires et Parodontologie non prise en charge par l'A.M : 100 €

(*Actes conformes à la C.C.A.M. dentaire du 1^{er} juin 2014).

Maternité ou Adoption : Prime de naissance de 50 €.

La garantie n'est effective que si la mère est assurée par le présent contrat. L'enfant devra également être affilié au présent contrat.

La garantie ne s'applique pas si le père est seul garanti au contrat.

Actes de Prévention : Tous les actes définis sur la liste prévue par le décret du 29 septembre 2005 de la loi du 13 août 2004 conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale : 100 % du TBRAM

Cure thermale acceptée par l'A.M. : 100 €.

Ce versement exclut le remboursement de tous les autres frais.

Contraception prescrite non prise en charge par l'AM : 30 € par an

Patch anti-tabac prescrit non prise en charge par l'AM : 30 € par an

Préservatifs : 30 € par an

Assurance individuelle scolaire et extra-scolaire- cf infra Annexe 1 : Garantie.

Assistance Vie Quotidienne cf infra Annexe 2 : Garantie

NIVEAU 03

Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité :

- Frais de séjour en milieu conventionné : Frais réels.
- Honoraires conventionnés par l'A.M : 300 % du TBRAM (Praticiens adhérents à l'OPTAM)
- Honoraires conventionnés par l'A.M : 200 % du TBRAM (Praticiens non adhérents à l'OPTAM)

- Frais de séjour et honoraires en milieu non conventionné : 200 % du TBRAM.

Forfait hospitalier : 100 % des frais réels sans limite de durée.

Frais de location de T.V (hospitalisation médicale et chirurgicale).

- Dans la limite de 5 €/J avec un maximum de 153 €/an.

Frais d'accompagnement pour les moins de 18 ans hospitalisés : 10 €/J

Supplément chambre particulière :

- 70 €/J pour les hôpitaux et cliniques conventionnés et non conventionnés.

Transport, SAMU, SMUR : 150 % du TBRAM.

Hospitalisation autres disciplines :

- Frais de séjour en milieu conventionné : 100 % du TBRAM.

- Forfait hospitalier : 100 % des frais réels sans limite de durée.

Garanties renforcées – cf infra Annexe 3 : 300 €.

Le forfait diminue de moitié à 60 ans. La garantie cesse à 65 ans

Soins inopinés à l'étranger pris en charge par l'A.M. : 100 % du TBRAM

Médecins généralistes et spécialistes, Radios (Adhérents à l'OPTAM) : 175 % du TBRAM.

Médecins généralistes et spécialistes, Radios, (Non adhérents à l'OPTAM) : 150 % du TBRAM.

Infirmier(es), Kinés, paramédicaux, Appareillages, Prothèses, Analyses, Autres soins médicaux pris en charge par l'A.M : 150 % du TBRAM.

Pharmacie prise en charge par l'A.M : 100 % du TBRAM.

Médecines douces (par an et par personne) :

- Actes de Naturopathes, Acupuncteurs, Ostéopathes, Etiopathes, Chiropracteurs, Micro kinésithérapie, Nutritionnistes, Pédiçures-Podologues : 3 consultations par an (de date à date des soins) avec maximum 25 € par consultation. Les praticiens doivent délivrer des factures signées et imprimées sur papier en-tête.

Optique (par bénéficiaire) :

- Monture acceptée : 100 €

- Garantie 1 : 2 Verres A : 200 €

- Garantie 2 : 1 verre A+1 verre C ou F ; 1 verre C+1 verre F ; 2 verres C ou F : 280 €

Il est accordé 1 équipement complet (1 monture et 2 verres) tous les 24 mois. Voir ci-dessus « PLAFONNEMENT DE CERTAINES GARANTIES »

-Matériel amblyopie : 250 € par an.

-Lentilles acceptées par l'A.M : Maximum : 100 € par an.

-Lentilles refusées ou jetables : 75 € par an.

-Forfait chirurgie réfractive de l'œil : Maxi 400 € pour les 2 yeux

Dentaire (par an/ bénéficiaire) : Actes* dentaires pris en charge par l'A.M :

- 1^{ère} et 2^{ème} année : 275 % du TBRAM.

- 3^{ème} année et suivantes : 325 % du TBRAM.

- Implants dentaires et Parodontologie non prise en charge par l'A.M : 200 € an.

Plafond**/an/bénéficiaire : 1^{ère} et 2^{ème} année : 550 €.

3^{ème} année et suivantes : 1 000 €.

(*Actes conformes à la C.C.A.M. dentaire du 1^{er} juin 2014)

(**Hors soins dentaires)

Maternité ou Adoption : Prime de naissance : 150 €. La garantie n'est effective que si la mère est assurée par le présent contrat. L'enfant devra également être affilié au présent contrat. La garantie ne s'applique pas si le père est seul garanti au contrat.

Actes de Prévention : Tous les actes définis sur la liste prévue par le décret du 29 septembre 2005 de la loi du 13 août 2004 conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale : 100 % du TBRAM.

Cure thermale acceptée par l'A.M. : 200 €.

Ce versement exclut le remboursement de tous les autres frais.

Contraception prescrite non prise en charge par l'AM : 50 € par an

Patch anti-tabac prescrit non prise en charge par l'AM : 50 € par an

Préservatifs : 30 € par an

Assurance individuelle scolaire et extra-scolaire- cf infra Annexe 1 : Garantie.

Assistance Vie Quotidienne cf infra Annexe 2 : Garantie

NIVEAU 04

Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité :

- Frais de séjour en milieu conventionné : Frais réels.

- Honoraires conventionnés par l'A.M : (Praticiens adhérents à l'OPTAM) : 450 % du TBRAM en hospitalisation maladie et accident.

- Honoraires conventionnés par l'A.M (Praticiens non adhérents à l'OPTAM) : 200 % du TBRAM

- Frais de séjour et honoraires en milieu non conventionné : 200 % du TBRAM.

Forfait hospitalier : Frais réels sans limite de durée.

Frais de location de T.V (hospitalisation médicale et chirurgicale).

- Dans la limite de 5 € / jour avec un maximum de 153 € / an.

Frais d'accompagnement pour les moins de 18 ans hospitalisés : 15 €/J.

Supplément chambre particulière :

- 100 €/J pour les hôpitaux et cliniques conventionnés et non conventionnés.

Transport, SAMU, SMUR : 175 % du TBRAM.

Hospitalisation autres disciplines :

- Frais de séjour en milieu conventionné : 100 % du TBRAM.

- Forfait hospitalier : Frais réels sans limite de durée.

-Chambre particulière : 30 €/j pendant 30 J maxi/an. Elle est exclue en neurologie, psychiatrie et neuro psychiatrie.

Garanties renforcées – cf infra Annexe 3 : 450 €.

Le forfait diminue de moitié à 60 ans. La garantie cesse à 65 ans

Soins inopinés à l'étranger pris en charge par le R.O. : 125 % du TBRAM

Médecins généralistes et spécialistes, Radios (Adhérents à l'OPTAM) : 225 % du TBRAM.

Médecins généralistes et spécialistes, Radios, (Non adhérents à l'OPTAM) : 200 % du TBRAM.

Infirmier(es), Kinés, paramédicaux, Appareillages, Prothèses, Analyses, Autres soins médicaux pris en charge par l'A.M : 175% du TBRAM.

Pharmacie prise en charge par l'A.M : 100 % du TBRAM.

Médecines douces (par an et par personne) :

Actes de Naturopathes, Acupuncteurs, Ostéopathes, Etiopathes, Chiropracteurs, Micro kinésithérapie, Nutritionnistes, Pédiçures-Podologues : 4 consultations par an (de date à date des soins) avec maximum 25 € par consultation. Les praticiens doivent délivrer des factures signées et imprimées sur papier en-tête.

Optique (par bénéficiaire) :

- Monture acceptée : 100 €

- Garantie 1 : 2 Verres A : 250 €

- Garantie 2 : 1 verre A+1 verre C ou F ; 1 verre C+1 verre F ; 2 verres C ou F : 330 €

Il est accordé 1 équipement complet (1 monture et 2 verres) tous les 24 mois. Voir ci-dessus « PLAFONNEMENT DE CERTAINES GARANTIES »

-Matériel amblyopie : 300 € par an.

-Lentilles acceptées par l'A.M : Maximum : 125 € par an.

-Lentilles refusées ou jetables : 100 € par an.

-Forfait chirurgie réfractive de l'œil : Maxi 500 € pour les 2 yeux.

Dentaire (par an/ bénéficiaire) : Actes* dentaires pris en charge par l'A.M :

- 1^{ère} et 2^{ème} année : 325 % du TBRAM.

- 3^{ème} année et suivantes : 375 % du TBRAM.

- Implants dentaires et Parodontologie non prise en charge par l'A.M : 300 € an.

Plafond**/an/bénéficiaire : 1^{ère} et 2^{ème} année : 650 €.

3^{ème} année et suivantes : 1 250 €.

(*Actes conformes à la C.C.A.M. dentaire du 1^{er} juin 2014) (**Hors soins dentaires)

Maternité ou Adoption : Prime de naissance : 200 €. La garantie n'est effective que si la mère est assurée par le présent contrat. L'enfant devra également être affilié au présent contrat. La garantie ne s'applique pas si le père est seul garanti au contrat.

Actes de Prévention : Tous les actes définis sur la liste prévue par le décret du 29 septembre 2005 de la loi du 13 août 2004 conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale : 100 % du TBRAM.

Cure thermale acceptée par l'A.M. : 300 €.

Ce versement exclut le remboursement de tous les autres frais.

Contraception prescrite non prise en charge par l'AM : 60 € par an

Patch anti-tabac prescrit non prise en charge par l'AM : 60 € par an

Préservatifs : 30 € par an

Assurance individuelle scolaire et extra-scolaire- cf infra Annexe 1 : Garantie.

Assistance Vie Quotidienne cf infra Annexe 2 : Garantie

NIVEAU 05

Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité :

- Frais de séjour en milieu conventionné : Frais réels.

- Honoraires conventionnés par l'A.M : (Praticiens adhérents à l'OPTAM) : 450 % du TBRAM en hospitalisation maladie et accident.

- Honoraires conventionnés par l'A.M (Praticiens non adhérents à l'OPTAM) : 200 % du TBRAM

- Frais de séjour et honoraires en milieu non conventionné : 200 % du TBRAM.

Forfait hospitalier : Frais réels sans limite de durée.

Frais de location de T.V (hospitalisation médicale et chirurgicale).

- Dans la limite de 5 € / jour avec un maximum de 153 € / an.

Frais d'accompagnement pour les moins de 18 ans hospitalisés : 25 €/J

Supplément chambre particulière :

- 130 €/J pour les hôpitaux et cliniques conventionnés et non conventionnés.

Transport, SAMU, SMUR : 200 % du TBRAM.

Hospitalisation autres disciplines :

- Frais de séjour en milieu conventionné : 100 % du TBRAM.

- Forfait hospitalier : Frais réels sans limite de durée.

-Chambre particulière : 40 €/j pendant 45 J maxi/an. Elle est exclue en neurologie, psychiatrie et neuro psychiatrie

Garanties renforcées – cf infra Annexe 3 : 750 €.

Le forfait diminue de moitié à 60 ans. La garantie cesse à 65 ans.

Soins inopinés à l'étranger pris en charge par l'A.M : 150 % du TBRAM.

Médecins généralistes et spécialistes, Radios (Adhérents à l'OPTAM) : 250 % du TBRAM.

Médecins généralistes et spécialistes, Radios, (Non adhérents à l'OPTAM) : 200 % du TBRAM.

Infirmier(es), Kinés, paramédicaux, Appareillages, Prothèses, Analyses, Autres soins médicaux pris en charge par l'A.M : 200 % du TBRAM.

Pharmacie prise en charge par l'A.M : 100 % du TBRAM.

Médecines douces (par an et par personne) :

Actes de Naturopathes, Acupuncteurs, Ostéopathes, Etiopathes, Chiropracteurs, Micro kinésithérapie, Nutritionnistes, Pédiçures-Podologues : 4 consultations par an (de date à date des soins) avec maximum 30 € par consultation. Les praticiens doivent délivrer des factures signées et imprimées sur papier en-tête.

Optique (par bénéficiaire) :

- Monture acceptée : 100 €

- Garantie 1 : 2 Verres A : 300 €

- Garantie 2 : 1 verre A+1 verre C ou F ; 1 verre C+1 verre F ; 2 verres C ou F : 380 €

Il est accordé 1 équipement complet (1 monture et 2 verres) tous les 24 mois. Voir ci-dessus « PLAFONNEMENT DE CERTAINES GARANTIES »

-Matériel amblyopie : 350 € par an.

-Lentilles acceptées par l'A.M : Maximum : 150 € par an.

-Lentilles refusées ou jetables : 125 € par an.

-Forfait traitement chirurgie réfractive de l'œil : Maxi 550 € pour les 2 yeux.

Dentaire (par an/ bénéficiaire) : Actes* dentaires pris en charge par l'A.M :

- 1^{ère} et 2^{ème} année : 375 % du TBRAM.

- 3^{ème} année et suivantes : 425 % du TBRAM.

- Implants dentaires et Parodontologie non prise en charge par l'A.M : 350 € an.

Plafond**/an/bénéficiaire : 1^{ère} et 2^{ème} année : 750 €.

3^{ème} année et suivantes : 1 450 €.

(*Actes conformes à la C.C.A.M. dentaire du 1^{er} juin 2014) (**Hors soins dentaires)

Maternité ou Adoption : Prime de naissance : 250 €. La garantie n'est effective que si la mère est assurée par le présent contrat. L'enfant devra également être affilié au présent contrat. La garantie ne s'applique pas si le père est seul garanti au contrat.

Actes de Prévention : Tous les actes définis sur la liste prévue par le décret du 29 septembre 2005 de la loi du 13 août 2000 conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale 4 : 130 % du TBRAM.

Cure thermale acceptée par l'A.M. : 350 €.

Ce versement exclut le remboursement de tous les autres frais.

Contraception prescrite non prise en charge par l'AM : 70 € par an

Patch anti-tabac prescrit non prise en charge par l'AM : 70 € par an

Préservatifs : 30 € par an

Assurance individuelle scolaire et extra-scolaire- cf infra Annexe 1 : Garantie.

Assistance Vie Quotidienne cf infra Annexe 2 : Garantie

NIVEAU 06

Hospitalisation médicale et chirurgicale et maternité :

- Frais de séjour en milieu conventionné : Frais réels.

- Honoraires conventionnés par l'A.M :(Praticiens adhérents à l'OPTAM) : 450 % du TBRAM en hospitalisation maladie et accident.

- Honoraires conventionnés par l'A.M (Praticiens non adhérents à l'OPTAM) : 200 % du TBRAM

- Frais de séjour et honoraires en milieu non conventionné : 200 % du TBRAM.

Forfait hospitalier : Frais réels sans limite de durée.

Frais de location de T.V (hospitalisation médicale et chirurgicale).

- Dans la limite de 5 € / Jour avec un maximum de 153 € / an.

Frais d'accompagnement pour les moins de 18 ans hospitalisés : 30 €/J.

Supplément chambre particulière :

- 160 €/J pour les hôpitaux et cliniques conventionnés et non conventionnés.

Transport, SAMU, SMUR : 200 % du TBRAM.

Hospitalisation autres disciplines :

- Frais de séjour en milieu conventionné : 100 % du TBRAM.

- Forfait hospitalier : Frais réels sans limite de durée.

-Chambre particulière : 50 €/j pendant 60 J maxi/an. Elle est exclue en Neurologie, psychiatrie et neuro psychiatrie.

Garanties renforcées – cf infra Annexe 3 : 1000 €.

Le forfait diminue de moitié à 60 ans. La garantie cesse à 65 ans

Soins inopinés à l'étranger pris en charge par l'A.M : 200 % du TBRAM

Médecins généralistes et spécialistes, Radios (Adhérents à l'OPTAM) : 300 % du TBRAM.

Médecins généralistes et spécialistes, Radios, (Non adhérents à l'OPTAM) : 200 % du TBRAM.

Infirmier(es), Kinés, paramédicaux, Appareillages, Prothèses, Analyses, Autres soins médicaux pris en charge par l'A.M : 200 % du TBRAM.

Pharmacie prise en charge par l'A.M : 100 % du TBRAM.

Médecines douces (par an et par personne):

Actes de Naturopathes, Acupuncteurs, Ostéopathes, Etiopathes, Chiropracteurs, Micro kinésithérapie, Nutritionnistes, Pédiçures-Podologues : 4 consultations par an (de date à date des soins) avec maximum 35 € par consultation. Les praticiens doivent délivrer des factures signées et imprimées sur papier en-tête.

Optique (par bénéficiaire) :

- Monture acceptée : 100 €

- Garantie 1 : 2 Verres A : 300 €

- Garantie 2 : 1 verre A+1 verre C ou F ; 1 verre C+1 verre F ; 2 verres C ou F : 430 €

Il est accordé 1 équipement complet (1 monture et 2 verres) tous les 24 mois. Voir ci-dessus « PLAFONNEMENT DE CERTAINES GARANTIES ».

- Matériel amblyopie : 400 € par an.

- Lentilles acceptées par l'A.M : Maximum : 150 € par an.

- Lentilles refusées ou jetables : 125 € par an

- Forfait traitement chirurgie réfractive de l'œil : Maxi 600 € pour les 2 yeux.

Dentaire (par an/ bénéficiaire) : Actes* dentaires pris en charge par l'A.M :

- 1^{ère} et 2^{ème} année : 400 % du TBRAM.

- 3^{ème} année et suivantes : 450 % du TBRAM.

- Implants dentaires et Parodontologie non prise en charge par l'A.M : 450 € an.

Plafond**/an/bénéficiaire : 1^{ère} et 2^{ème} année : 1 000€.

3^{ème} année et suivantes : 2 000 €.

(*Actes conformes à la C.C.A.M. dentaire du 1^{er} juin 2014) (**Hors soins dentaires)

Maternité ou Adoption : Prime de naissance : 300 €. La garantie n'est effective que si la mère est assurée par le présent contrat. L'enfant devra également être affilié au présent contrat. La garantie ne s'applique pas si le père est seul garanti au contrat.

Actes de Prévention : tous les actes définis sur la liste prévue par le décret du 29 septembre 2005 de la loi du 13 août 2004 conformément à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale : 200 % du TBRAM.

Cure thermale acceptée par l'A.M. : 400 €. Ce versement exclut le remboursement de tous les autres frais.

Contraception prescrite non prise en charge par l'AM : 80 € par an

Patch anti-tabac prescrit non prise en charge par l'AM : 80 € par an

Préservatifs : 30 € par an

Assurance individuelle scolaire et extra-scolaire- cf infra Annexe 1 : Garantie.

Assistance Vie Quotidienne cf infra Annexe 2 : Garantie

5 - COMMENT OBTENIR UN REMBOURSEMENT

Pour obtenir les remboursements, les originaux des pièces suivantes doivent être adressés à REPAM dans les trois mois qui suivent le paiement de l'Assurance Maladie ou la naissance d'un enfant :

- les décomptes originaux de l'Assurance Maladie

- les notes ou factures acquittées,

- les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance,

- une fiche d'état civil pour le forfait maternité,

En cas de règlement du ticket modérateur par l'assuré, vous devez nous joindre un reçu du paiement.

A défaut de justification de frais réels par notes d'honoraires, le calcul des prestations sera basé sur le Tarif Base de Remboursement de l'A.M.

En cas d'accident ou de maladie atteignant un bénéficiaire hors de France, il est précisé que les remboursements sont toujours subordonnés au remboursement préalable du régime obligatoire français.

Nos remboursements sont effectués en France et en Euros.

REPAM pourra demander à l'assuré toute autre pièce nécessaire à l'instruction de sa demande de prestations.

NOTA :

Des accords ont été passés avec la presque totalité des Caisses de Sécurité Sociale du régime général afin de transmettre directement au gestionnaire les informations relatives aux décomptes. Dans ce cas, vous n'aurez pas à nous adresser vos décomptes de l'Assurance Maladie sur lesquels l'Assurance Maladie aura indiqué son message du type : « Ces informations ont été transmises à votre organisme complémentaire »

Les justificatifs qu'il faudra nous communiquer sont les suivants :

- frais dentaires: facture détaillée émise par l'Assurance Maladie
- frais d'optique : facture détaillée et prescription médicale
- hospitalisation n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge : facture acquittée de l'établissement,
- Si vous ne souhaitez pas bénéficier des Echanges de Données Informatiques, ce qui peut, notamment, être le cas si vous êtes inscrits à deux organismes complémentaires, vous pouvez conserver un traitement manuel à **condition de le spécifier par écrit à votre Unité de Gestion** en précisant les membres de votre famille concernés (loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978).

Cas des assureurs multiples :

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie ou un accident ne peuvent dépasser le montant des frais restant à charge après remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leur effet dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Expertises médicales :

Les médecins délégués par nous doivent pouvoir, sous peine de déchéance de la garantie, avoir libre accès auprès du bénéficiaire malade ou blessé pour procéder à une expertise médicale. Nous devons donc être informés de tout changement de résidence.

Le bénéficiaire malade ou blessé pourra se faire assister par un médecin de son choix. Dans ce cas, les frais et honoraires de ce dernier resteront à sa charge.

Les conclusions de l'expertise peuvent amener REPAM à cesser le versement des prestations et le cas échéant, à demander le remboursement des prestations déjà versées.

Au cas où, sans motif valable, celui-ci refusait de se soumettre au contrôle de notre Médecin, il serait déchu de tout droit aux indemnités s'il maintenait ce refus après réception d'une lettre recommandée l'avisant d'un contrôle médical.

En cas de contestation d'ordre médical, chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

Les parties s'interdisent d'avoir recours à toute action en justice pour le règlement du litige tant que le troisième médecin désigné n'a pas déposé de rapport définitif.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et de ses frais de nomination.

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations qui nous seront fournies expose l'adhérent à une déchéance de garanties et à la résiliation de l'adhésion, sauf s'il ressort des éléments du dossier que celle-ci ne revêt aucun caractère intentionnel.

6 - EXCLUSIONS

Sont exclus de la présente assurance :

- **Les prestations non indiquées dans cette notice**
- **Les actes médicaux prescrits postérieurement à la date de cessation de la garantie, les dates des soins sur le décompte de l'Assurance Maladie faisant foi**
- **Les séjours en établissements hospitaliers ne dépendant pas de l'article L 174 – 4 du Code de la Sécurité Sociale.**
- **Tous les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie, sauf dispositions contraires mentionnées au tableau des garanties.**
- **Les frais de TV en cas de maternité (avec ou sans complication), en cas d'hospitalisation en soins de suite, maison de repos, convalescence, réadaptation, rééducation, psychiatrie, longs et moyens séjours et toutes disciplines autres que médicales ou chirurgicales.**

7 - FORMATION ET DUREE DU CONTRAT

7.1 DATE D'EFFET

L'adhésion produit ses effets à compter de la date fixée au certificat d'adhésion.

Elle présente un caractère viager et ne peut donc être résiliée par l'assureur, sauf dans les cas prévus à l'article 9.

RENONCIATION A L'ADHESION

Conformément aux articles L. 121-16 et suivants du code de la consommation, 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 quatorze 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 de renonciation.

Dans ce cas, vous devez adresser votre demande à REPAM selon le modèle de lettre qui suit :

Je soussigné.....(nom, prénom) demeurant.....(adresse de l'adhérent) déclare renoncer au contrat d'assurance N°(inscrire le numéro) que j'ai souscrit le.....(date).

Date Signature de l'adhérent

7.2 DELAI D'ATTENTE

Les garanties sont accordées sans délai d'attente.

Un délai de trois (3) mois est toujours appliqué sur tous les niveaux pour le forfait Maladies redoutées (garanties renforcées)

8 - MODIFICATION DE GARANTIES :

Après un an d'adhésion, l'adhérent peut demander la modification de ses garanties. Ces changements de niveau peuvent se faire chaque année, à l'échéance annuelle, sous réserve des limites d'âge d'accès au produit.

Attention : Pour les plafonds dentaires, l'ancienneté est fonction de la date d'adhésion au niveau choisi. En cas de changement de niveau, le plafond de 1^{ère} et 2^{ème} année du nouveau niveau choisi s'applique. L'ancienneté qui permettrait éventuellement une application du plafond de 3^{ème} année et suivantes est perdu.

9 - RESILIATION

Sous réserve de son acceptation, l'adhésion au bénéfice d'une garantie est contractée pour une année au minimum. La date d'échéance principale est celle figurant sur le certificat d'adhésion.

L'Adhérent peut demander la résiliation de son contrat à l'échéance principale chaque année, sous réserve des conditions ci-dessus, à sa demande formulée par lettre recommandée, adressée au moins 2 mois à l'avance.

La résiliation peut, par ailleurs, être prononcée :

- a) en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou au cours de l'adhésion (Articles L221-14 et L221-15 du Code de la Mutualité),
- b) en cas de non-paiement des cotisations (Articles L221-7 et L221-8 du code la Mutualité),
- c) en cas de fausse déclaration de sinistre ou de fourniture de tout document inexact ou falsifié ayant pour but d'obtenir des prestations indues : la résiliation prend effet 10 jours après sa notification par lettre recommandée,
- d) dès qu'il cesse de remplir les conditions pour avoir la qualité de bénéficiaire,
- e) en cas de dénonciation de la présente convention par l'Association des Assurés de REPAM ou par les assureurs à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association des Assurés s'engage à en informer chaque Adhérent).

Il en est de même pour les bénéficiaires désignés sur la demande d'adhésion.

La résiliation, renonciation, radiation ou exclusion, entraîne pour l'assuré l'obligation de restituer la carte tiers payant, sous peine de poursuites pénales et, pour ceux qui en bénéficient et les originaux de l'assurance individuelle scolaire.

10 – COTISATIONS

La cotisation (taxes comprises) est valable jusqu'au 31.12.2019 (sauf modification des taxes ou modification du régime obligatoire).

Elle est fonction :

- de l'âge à l'adhésion de l'adhérent,
- du produit et du niveau choisi,
- du régime obligatoire,
- du lieu de résidence de l'adhérent,
- de la composition familiale.

Jusqu'à l'âge de 65 ans, les taux de cotisations évoluent contractuellement de 2 % par an, de 3 % au-delà de cet âge. Au-delà de ces taux, elle évolue en fonction des résultats enregistrés par le contrat, dans ces différents groupes, et des modifications de remboursement des régimes obligatoires.

La composition du groupe tient compte du niveau, de l'âge (par différence de millésime), du régime obligatoire, du domicile.

A la cotisation prévue ci-dessus s'ajoute chaque année les frais d'échéance indiqués sur la demande d'adhésion.

La cotisation est payable d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement.

La cotisation fait l'objet d'une ventilation entre les organismes assureurs :

- la part revenant à MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES permet de couvrir les garanties Frais de santé
- la part revenant à GARANTIE ASSISTANCE permet de couvrir les garanties d'assistance.

A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les 10 jours de son échéance et indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, nous pouvons adresser à l'Adhérent, à son dernier domicile connu (même dans le cas où la cotisation serait payable par une autre personne), une lettre recommandée valant mise en demeure.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible pour l'année entière conformément au Code de la Mutualité.

La garantie est suspendue 30 jours après l'envoi de cette lettre (ou sa remise au destinataire si celui-ci est domicilié hors de la France Métropolitaine).

A l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus et après un nouveau délai de 10 jours, REPAM résiliera de plein droit le contrat.

En cas de suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation ou lorsque des prestations sont dues, l'Adhérent n'est pas dispensé de l'obligation de payer les cotisations échues jusqu'à l'échéance annuelle précisée aux conditions particulières.

Conséquences de la suspension pour non-paiement des cotisations sur le droit aux prestations : la suspension de la garantie et des services pour non-paiement de la cotisation entraînerait, pour chacun des bénéficiaires, la perte définitive de tout droit aux prestations (y compris en cas de rechute) se rapportant à des accidents survenus ou à des maladies constatées médicalement pendant la période de suspension.

11 – SUBROGATION :

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'organisme assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au Bénéficiaire.

12- PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L 221-11 du Code de la mutualité,

« Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre 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, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

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

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant 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 du membre participant. »

La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L 221-12 du Code de la mutualité. Cet article prévoit que « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 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 (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'article L 221-12-1 du Code de la mutualité prévoit que, « Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective 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 ».

13 - RECLAMATION/MEDIATION

Réclamation :

En cas de réclamation, adressez-vous en priorité à votre interlocuteur habituel. Nous nous engageons à traiter votre réclamation dans les meilleurs délais et le plus objectivement possible.

En cas de désaccord, ou de non réponse, suite à votre première demande, vous pouvez adresser une réclamation en reproduisant les références du dossier, par courrier exclusivement accompagné de la copie des pièces se rapportant à votre dossier, en exposant précisément vos attentes au service ci-après :

REPAM – Service Qualité – 217 Cours Lafayette, CS 50313, 69451 LYON CEDEX 06

Nous nous engageons à vous apporter une réponse dans le délai maximum de 10 jours.

Médiation :

Si le désaccord persiste et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, vous pouvez, sans préjudice des autres voies de recours légales à votre disposition, faire appel au médiateur dont les coordonnées vous seront communiquées par le Service Qualité, sur simple demande écrite.

14 - DONNES PERSONNELLES

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et, le cas échéant, d'opposition et de rectification des données vous concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de REPAM, ou des organismes assureurs, que vous pouvez exercer en adressant un courrier accompagné d'une copie de votre pièce d'identité à REPAM, 217 Cours Lafayette, CS 50313, 69451 LYON CEDEX 06.

ANNEXE 1 AU CONTRAT SANTE INDIV' 2018/2019

ASSURANCE SCOLAIRE et EXTRA-SCOLAIRE

1 - PERSONNES ASSUREES :

Sont assurés les enfants fiscalement à charge de l'Adhérent, âgés de plus de 6 mois et de moins de 21 ans, nommément désignés au bulletin d'adhésion. Ces enfants ne devront pas être atteints, au moment de l'adhésion, d'une infirmité supérieure à 30 % ou d'une des maladies énumérées ci-après (article 3-B-b).

2 - OBJET DE LA GARANTIE :

Le présent contrat a pour objet d'apporter à chaque enfant assuré les garanties ci-dessous précisées et ce 24H/24. Elles sont valables dans le monde entier, aussi bien pendant la période scolaire qu'extra-scolaire.

3 - LES GARANTIES :

A) DECES ACCIDENTEL :

En cas de décès suite à un accident garanti, paiement au représentant légal d'un capital forfaitaire de 1 525 €.

Ce capital sera versé au moment du décès de l'enfant suite à un accident si le décès survient dans les 12 mois qui suivent l'événement.

B) INVALIDITE PERMANENTE TOTALE (I.P.T.) :

En cas d'invalidité permanente totale, versement d'un capital de 10 000 € :

a) suite à un accident garanti,

b) suite à une des maladies suivantes :

- poliomyélite - sclérose en plaques - myopathie - méningite cérébro-spinale - mucoviscidose.

Par invalidité permanente totale, on entend toute invalidité fonctionnelle permanente supérieure à 66 %.

C) INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.) :

En cas d'invalidité permanente partielle suite à un accident garanti, versement d'un capital de 10 000 € réductible en fonction du taux d'invalidité et après franchise relative de 20 %

- taux inférieur à 21 % : aucun capital,

- taux entre 21 et 66 % : capital x taux.

4 - BAREME DES INVALIDITES :

Pour les garanties B et C, le "Barème Fonctionnel Indicatif des Incapacités en Droit Commun" publié au Concours Médical du

19 juin 1982 servira de base à la détermination des taux d'invalidité.

5 - EXCLUSIONS :

Outre les exclusions figurant au paragraphe 6 des Conditions générales, ne sont pas pris en charge, au titre de la présente garantie, les événements survenant :

- de la transformation ou la désintégration du noyau atomique,

- des radiations subies lors de votre activité professionnelle,

- d'actes volontaires, de négligence ou de défaut de soins,

- de sports pratiqués à titre professionnel, des sports aériens ou de compétitions d'engins à moteur et leurs essais préparatoires et de sports de combat,

- d'affections et de conséquences d'accident antérieures à l'adhésion, ainsi que celles d'origine non accidentelle survenues pendant le délai de carence.

- de maladies ou infirmités congénitales ainsi que leurs suites, de toutes les conséquences des maladies non énumérées, ci-dessus, sauf si elles sont les conséquences d'un accident compris dans la garantie,

- d'accidents causés par l'utilisation de stupéfiants ou substances analogues, médicaments, traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée,

- d'accidents lorsque l'Assuré se trouve en état d'alcoolémie, caractérisé par la présence, dans le sang, d'alcool pur au-delà de la réglementation routière par litre de sang,

- de conséquence d'une crise d'épilepsie ou de delirium tremens, d'une rupture d'anévrisme, d'un infarctus du myocarde, d'une embolie cérébrale ou d'une hémorragie méningée.

- des conséquences du suicide ou tentative de suicide de l'Assuré.

Sont exclus les accidents qui surviennent dans les circonstances suivantes :

- lorsque l'Assuré utilise, en tant que conducteur ou passager, un véhicule à deux ou trois roues, soit d'une cylindrée supérieure à 125 cm³, soit dans tous les cas, s'il est prouvé qu'il ne portait pas de casque,

- lors de la participation de l'Assuré à des rixes (sauf cas de légitime défense), des crimes, des paris de toute nature.

ANNEXE 2 AU CONTRAT SANTE INDIV' 2018/2019

**ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE
Convention n°12 6311/679**

Avant toute intervention, appelez REPAM ASSISTANCE au **01.53.21.24.21** en indiquant le numéro de votre convention d'assistance : n°12 6311/679

IMPORTANT : Pour que les prestations d'assistance soient acquises, REPAM ASSISTANCE doit avoir été prévenue et avoir donné son accord préalable.

L'Association des Assurés de REPAM a souscrit au profit de ses adhérents la présente convention d'assistance n° 126311679 auprès de GARANTIE ASSISTANCE (ci-après dénommée REPAM ASSISTANCE).

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'assistance accordés aux « bénéficiaires » tels que définis ci-dessous.

Les prestations sont assurées et gérées par Garantie Assistance, Société Anonyme, entreprise régie par le Code des assurances, au capital de 1 850 000 €, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 312 517 493, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline - 92210 SAINT-CLOUD.

L'Association des Assurés de REPAM est une association de loi 1901 dont le siège social est situé 217 Cours Lafayette CS 50313, 69451 Lyon cedex 06 enregistrée à la Préfecture du Rhône sous le n°397 587 619.

Bénéficiaires

Toute personne physique ayant souscrit un contrat Complémentaire santé auprès de REPAM figurant sur le certificat d'adhésion transmis à REPAM ASSISTANCE.

Validité territoriale

Les prestations sont utilisables au domicile du bénéficiaire, en France Métropolitaine. Par domicile, il faut entendre la résidence principale du bénéficiaire.

Prise d'effet et durée

L'ensemble des garanties définies dans la présente convention suit le sort du contrat d'assurance auquel il se rattache et dont il fait partie intégrante (date d'effet, durée, renouvellement, résiliation,...).

1) Assistance au quotidien

○ **SANTE**

Si REPAM ASSISTANCE met tout en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire lorsqu'il en a le plus besoin, REPAM ASSISTANCE ne peut se substituer à la solidarité de son entourage ainsi qu'aux prestations auxquelles lui donnent droit les organismes sociaux.

C'est pourquoi, les prestations ci-après n'ont vocation à s'exercer qu'en complément de ces dernières et lorsque les proches du bénéficiaire ne sont pas en mesure de lui prodiguer l'aide requise par les circonstances.

En tout état de cause, ces prestations ne peuvent être mises en œuvre qu'après l'accord d'un médecin de REPAM ASSISTANCE qui en jugera de la nécessité et de l'opportunité par exemple en prenant contact avec le médecin traitant ou intervenant.

- ✓ En cas d'immobilisation au domicile suite à une maladie ou à un accident

Envoi d'un médecin

A la demande du bénéficiaire, le service médical de REPAM ASSISTANCE envoie dans les meilleurs délais, et selon les disponibilités locales, un médecin au domicile du bénéficiaire. Cette garantie

s'exerce notamment lorsque le médecin traitant habituel du bénéficiaire ne peut être joint. En cas d'urgence, le service de régulation médicale de REPAM ASSISTANCE mobilisera les services compétents (SAMU, pompiers, etc.).

Les frais, soins et honoraires de ce médecin restent à la charge du bénéficiaire.

Transfert à l'hôpital et retour au domicile

Sur demande du médecin sur place, si l'état de santé du bénéficiaire nécessite son hospitalisation, REPAM ASSISTANCE envoie une ambulance pour son transport au centre médical le plus proche du domicile.

A l'issue de l'hospitalisation, REPAM ASSISTANCE organise, si nécessaire, le retour du bénéficiaire à son domicile en ambulance (ou VSL), selon la prescription médicale effectuée.

Le transfert à l'hôpital et le retour au domicile sont pris en charge financièrement par REPAM ASSISTANCE en **complément des remboursements éventuels de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance** auquel le bénéficiaire est affilié, charge à ce dernier d'engager toute démarche nécessaire.

Transfert des enfants chez un proche

REPAM ASSISTANCE organise et prend en charge le **transfert aller/retour** des enfants de moins de 15 ans, **en avion classe touriste ou en train 1ère classe**, chez un parent résidant en France Métropolitaine.

Transfert d'un proche au domicile pour garder les enfants

REPAM ASSISTANCE organise et prend en charge le transfert d'une personne désignée par le bénéficiaire. REPAM ASSISTANCE met à disposition de cette personne **un billet aller/retour d'avion classe touriste ou de train 1ère classe** pour qu'elle puisse se rendre au domicile du bénéficiaire afin d'effectuer la garde des enfants de moins de 15 ans, si les bénéficiaires ne peuvent s'en occuper du fait de leur état de santé.

- ✓ En cas d'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours suite à une maladie ou à un accident

Conduite des enfants à l'école

REPAM ASSISTANCE organise et prend en charge la conduite des enfants à l'école et leur retour au domicile à concurrence de **10 allers/retours** et dans un rayon de 25 Km du domicile. **La prise en charge ne peut dépasser la somme de 457€ TTC pour l'ensemble des enfants concernés.**

Garde des enfants

REPAM ASSISTANCE recherche une personne pour garder les enfants de moins de 15 ans dans la limite des disponibilités locales et prend en charge les frais de garde pendant une durée de **2 jours maximum**.

Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un maximum de **76€ TTC pour l'ensemble de la prestation**.

Voyage et hébergement d'un proche auprès du bénéficiaire

REPAM ASSISTANCE organise et prend en charge les frais de voyage d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France Métropolitaine, à concurrence de **d'un billet de train 1ère classe ou d'un billet d'avion classe économique** pour se rendre au chevet du bénéficiaire. REPAM ASSISTANCE organise et prend en charge les frais de séjour à l'hôtel de ce proche pendant **2 nuits à concurrence de 153€ TTC maximum**.

Cette prestation est accordée si aucun parent ne réside dans un rayon de 50 Km du lieu d'hospitalisation.

Garde d'animaux domestiques

Si l'animal se trouve sans surveillance au domicile, REPAM ASSISTANCE se charge de son hébergement chez un proche ou dans un établissement spécialisé.

REPAM ASSISTANCE prend en charge les frais de garde pendant **1 mois maximum, à concurrence de 228€ TTC**.

On entend par animaux domestiques, les animaux habituellement de compagnie (chiens, chats, oiseaux, hamsters, lapins domestiques, etc.) **à l'exception de tout animal sauvage même apprivoisé (serpents, araignées, félins, etc.) et d'élevage (bovins, ovins, etc.)**.

- ✓ En cas d'hospitalisation de plus de 24 heures consécutives suite à une maladie ou un accident

Conduite des enfants à l'école

REPAM ASSISTANCE organise et prend en charge la conduite des enfants à l'école et leur retour au domicile à concurrence de **10 allers/retours** et dans un rayon de 25 Km du domicile. **La prise en charge ne peut dépasser la somme de 457€ TTC pour l'ensemble des enfants concernés.**

Garde des enfants

REPAM ASSISTANCE recherche une personne pour garder les enfants de moins de 15 ans dans la limite des disponibilités locales et prend en charge les frais de garde pendant une durée de **2 jours maximum**. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un **maximum de 76€ TTC pour l'ensemble de la prestation.**

Transfert des enfants chez un proche

REPAM ASSISTANCE organise et prend en charge le **transfert aller/retour** des enfants de moins de 15 ans, **en avion classe touriste ou en train 1ère classe**, chez un parent résidant en France Métropolitaine.

Transfert d'un proche au domicile pour garder les enfants

REPAM ASSISTANCE organise et prend en charge le transfert d'une personne résidant en France Métropolitaine désignée par le bénéficiaire. REPAM ASSISTANCE met à disposition de cette personne **un billet aller/retour d'avion classe touriste ou de train 1ère classe** pour qu'elle puisse se rendre au domicile du bénéficiaire afin d'effectuer la garde des enfants de moins de 15 ans, si les bénéficiaires ne peuvent s'en occuper du fait de leur état de santé.

Garde des ascendants ou des personnes dépendantes

REPAM ASSISTANCE organise et prend en charge la garde des ascendants ou des personnes dépendantes dont le bénéficiaire a la charge pendant **un maximum de 30 heures effectives de travail.**

Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur de **76€ TTC pour l'ensemble de la prestation.**

Transfert des ascendants ou des personnes dépendantes chez un proche

REPAM ASSISTANCE organise et prend en charge le **transfert aller/retour** des ascendants ou des personnes dépendantes, **en avion classe touriste ou en train 1ère classe**, chez un parent résidant en France Métropolitaine.

Transfert d'un proche au domicile pour garder les ascendants ou les personnes dépendantes

REPAM ASSISTANCE organise et prend en charge le transfert d'une personne résidant en France Métropolitaine désignée par le bénéficiaire. REPAM ASSISTANCE met à disposition de cette personne **un billet aller/retour d'avion classe touriste ou de train 1ère classe** pour qu'elle puisse se rendre au domicile du bénéficiaire afin d'effectuer la garde des ascendants ou des personnes dépendantes, si les bénéficiaires ne peuvent s'en occuper du fait de leur état de santé.

- ✓ En cas d'hospitalisation de plus de 48 heures consécutives suite à une maladie ou un accident

Voyage et hébergement d'un proche auprès du bénéficiaire

REPAM ASSISTANCE organise et prend en charge les frais de voyage d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France Métropolitaine, **à concurrence d'un billet de train 1ère classe ou d'un billet d'avion classe économique** pour se rendre au chevet du bénéficiaire. REPAM ASSISTANCE organise et prend en charge les frais de séjour à l'hôtel de ce proche pendant **2 nuits à concurrence de 153€ TTC maximum**. Cette prestation est accordée si aucun parent ne réside dans un rayon de 50 Km du lieu d'hospitalisation.

Aide-ménagère

Si l'état de santé du bénéficiaire le nécessite et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, REPAM ASSISTANCE organise la mise en œuvre d'une aide-ménagère au cours des deux premières semaines qui suivent le retour au domicile du bénéficiaire, à concurrence de **20 heures de travail effectif.**

Le nombre d'heures allouées et leur répartition sur la période définie ci-dessus sont dans tous les cas du seul ressort du service médical de REPAM ASSISTANCE.

Garde d'animaux domestiques

Si l'animal se trouve sans surveillance au domicile, REPAM ASSISTANCE se charge de son hébergement chez un proche ou dans un établissement spécialisé.

REPAM ASSISTANCE prend en charge les frais de garde pendant **1 mois maximum, à concurrence de 228€ TTC.**

On entend par animaux domestiques, les animaux habituellement de compagnie (chiens, chats, oiseaux, hamsters, lapins domestiques, etc.) **à l'exception de tout animal sauvage même apprivoisé (serpents, araignées, félins, etc.) et d'élevage (bovins, ovins, etc.).**

- ✓ En cas de maladie de l'enfant nécessitant son immobilisation au domicile ou à l'hôpital pendant plus de 48 heures

Garde des enfants

REPAM ASSISTANCE recherche une personne pour garder les enfants de moins de 15 ans **dans la limite des disponibilités locales** et prend en charge les frais de garde pendant une durée de **2 jours maximum**.

Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur d'un **maximum de 76 € TTC pour l'ensemble de la prestation**.

Transfert d'un proche au domicile pour garder les enfants

REPAM ASSISTANCE organise et prend en charge le transfert d'une personne résidant en France Métropolitaine désignée par le bénéficiaire. REPAM ASSISTANCE met à disposition de cette personne un **billet aller/retour d'avion classe touriste ou de train 1ère classe** pour qu'elle puisse se rendre au domicile du bénéficiaire afin d'effectuer la garde des enfants de moins de 15 ans, si les bénéficiaires ne peuvent s'en occuper du fait de leur état de santé.

Ecole à domicile

En cas d'accident ou de maladie subite (et non répétitive) entraînant une immobilisation au domicile et une impossibilité de suivre les cours pendant plus de 15 jours (avec certificat médical) REPAM ASSISTANCE recherche un répétiteur scolaire et prend en charge les frais ainsi engagés pendant **10 heures par semaine au maximum**, jusqu'à la fin de l'année scolaire, hors vacances et hors jours fériés. Cette garantie concerne les élèves régulièrement inscrits dans des établissements d'enseignement général, du cours préparatoire à la terminale. **L'ensemble des frais engagés pour cette garantie ne pourra excéder 1524€ TTC.**

○ VIE PRATIQUE

Transmission de messages urgents à caractère personnel

En cas de nécessité, REPAM ASSISTANCE assure la transmission des messages à caractère urgent destinés à la famille du bénéficiaire ou à un de ses proches (et inversement) y compris des informations à caractère personnel et médical avec accord du bénéficiaire.

Recherche de médicaments

Lorsque, pour des raisons de santé ou à la suite d'un accident survenu au domicile, le bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer et qu'il est détenteur d'une ordonnance prescrivant l'achat urgent de médicaments, REPAM ASSISTANCE fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au bénéficiaire ses médicaments. REPAM ASSISTANCE fait l'avance du coût des médicaments, qui seront remboursés par le bénéficiaire dès qu'ils lui seront apportés.

REPAM ASSISTANCE ne pourra intervenir que dans la limite des disponibilités locales (pharmacie ouverte, etc.).

Avance Frais Funéraires

REPAM ASSISTANCE en cas de nécessité aide à l'organisation des obsèques du bénéficiaire (en accord avec les Organismes de Pompes Funèbres) et fait une avance de fonds à l'un des autres bénéficiaires au contrat dans la limite de **4573 € TTC** remboursable dans les 3 mois. Cette avance est consentie contre dépôt d'une caution.

Avance de fonds en cas de décès

Suite au décès de l'un des membres de sa famille (conjoint, enfants à charge) REPAM ASSISTANCE procure au bénéficiaire, à titre d'avance sans intérêts et après versement d'une caution versée par le bénéficiaire ou toute autre personne désignée par lui, une somme de **762 € TTC** (ou moins, si une somme inférieure est suffisante). Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds ou dans le cas où l'avance consentie peut permettre de débloquer une situation. Elle est remboursable dans un délai de 3 mois à compter de la date du versement au-delà duquel REPAM ASSISTANCE est en droit d'en poursuivre le recouvrement.

Renseignements pour la santé de tous les jours

Sur simple appel téléphonique du bénéficiaire, l'un des médecins de REPAM ASSISTANCE :

- répond à ses questions d'ordre médical ou diététique,
- lui indique, en accord avec son médecin traitant, les types de cure correspondant à son état de santé et recherche les centres spécialisés en France,
- recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent le recevoir s'il souffre d'un handicap, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué l'accueillera.

Ces conseils qui ne peuvent se substituer à une consultation médicale sont à sa disposition : du lundi au samedi de 9H à 17H.

Recherche d'un infirmier ou d'un garde-malade

REPAM ASSISTANCE fournit les coordonnées d'infirmiers ou de garde-malades.

Recherche d'un kinésithérapeute

REPAM ASSISTANCE fournit les coordonnées de kinésithérapeutes.

Recherche d'un garçon de courses

REPAM ASSISTANCE fournit les coordonnées de garçons de courses.

Recherche d'un dépanneur

REPAM ASSISTANCE fournit les coordonnées de dépanneurs de toute nature (électricien, électroménager, hifi, télé, vidéo, maçon, serrurier, menuisier, peintre, vitrier, plombier).

Entretien et amélioration des locaux intérieurs

REPAM ASSISTANCE fournit les coordonnées de professionnels du bâtiment de toute nature.

Garde des animaux de compagnie

Si le bénéficiaire doit s'absenter (voyage, hospitalisation...) REPAM ASSISTANCE organise, sans prise en charge la garde des animaux de compagnie :

- soit au domicile du bénéficiaire
- soit dans un centre d'accueil pour animaux.

Travaux de jardinage

REPAM ASSISTANCE fournit les coordonnées d'une personne capable d'entretenir le jardin du bénéficiaire.

Visite de sécurité

REPAM ASSISTANCE fournit les coordonnées de professionnels capables d'effectuer les vérifications en matière d'installation de gaz, de plomberie, d'électricité,

Voyages à l'étranger, précautions à prendre

REPAM ASSISTANCE informe sur les précautions à prendre avant un déplacement à l'étranger (vaccinations, tenue vestimentaire, visas, change de monnaie...).

Mise en relation avec les clubs du 3ème âge

REPAM ASSISTANCE fournit les coordonnées de clubs du 3ème âge de la région du bénéficiaire.

Programme d'études ouvert au 3ème âge

REPAM ASSISTANCE informe sur les programmes existants ainsi que sur les conférences auxquelles il est possible de participer.

Entretien téléphonique

REPAM ASSISTANCE met en relation avec des personnes susceptibles de dialoguer avec le bénéficiaire.

Distractions possibles, divertissements

REPAM ASSISTANCE indique les sources d'informations permettant de connaître le programme des spectacles, des expositions et des manifestations de toute nature.

○ SERVICE JURIDIQUE

REPAM ASSISTANCE pourra fournir des renseignements dans les domaines suivants :

Renseignements juridiques :

habitation, logement, impôt, fiscalité, assurances, allocations, retraites, justice, défense, recours, salaires, contrats de travail, associations, sociétés, commerçants, artisans, droits du consommateur, voisinage, famille, mariage, divorce, succession, affaires sociales.

Renseignements vie pratique :

Formalités, cartes, permis, enseignement, formation, services publics, vacances, loisirs, activités culturelles.

Dans certains cas, un délai pourra être nécessaire avant d'obtenir une réponse. REPAM ASSISTANCE se chargera alors d'appeler le bénéficiaire demandeur.

2) Dispositions générales

a) Demande de remboursement - Engagement financier

IMPORTANT : les prestations d'assistance ne sont acquises qu'après appel téléphonique préalable au 01 53 21 24 21 FAX : 01 53 21 24 88

En cas de force majeure, l'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des prestations d'assistance énumérées ne peut donner lieu à remboursement que si REPAM ASSISTANCE a été prévenue de cette procédure dans les meilleurs délais (et au plus tard dans la limite de 24 heures).

Dans ce cas, si ces frais sont justifiés, ils seront remboursés sur justificatifs originaux devant mentionner la référence du dossier, et dans la limite de ceux qui auraient été engagés par REPAM ASSISTANCE si elle avait elle-même organisé le service.

b) Exclusions

Outre les exclusions précisées dans le texte des garanties, REPAM ASSISTANCE ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

Elle ne sera pas tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure tels que guerre civile ou étrangère, révolutions, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques (tempêtes, ouragans) état de belligérance, situation politique, etc.

Enfin, REPAM ASSISTANCE ne pourra en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours.

Ne donnent pas lieu à intervention ou prise en charge :

- les maladies mentales,
- les états de grossesse et leurs complications,
- les maladies chroniques, complications, rechutes de maladies constituées antérieurement et comportant un risque d'aggravation brutale ou proche,
- les hospitalisations répétitives pour une même cause,
- les tentatives de suicide et états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'alcool,
- toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique, etc.).

c) Prescription

Conformément à l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

En vertu de l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et notamment la citation en justice, le commandement de payer, la saisie, l'acte du débiteur par lequel celui-ci reconnaît le droit de celui contre lequel il prescrivait, 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 avec accusé de réception adressée par REPAM ASSISTANCE à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'Adhérent à REPAM ASSISTANCE, en ce qui concerne le règlement des prestations.

Il est également prévu que la prescription de deux (2) ans sera suspendue en cas de médiation ou de conciliation entre les Parties.

d) Subrogation

Conformément à l'article L121-12 du Code des assurances, REPAM ASSISTANCE est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent contre tout responsable du dommage, à concurrence du montant de la prestation servie.

L'Adhérent doit informer REPAM ASSISTANCE de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

e) Loi applicable et juridiction compétente

Le présent Contrat est régi par le droit français.

A défaut d'accord amiable, il sera fait expressément attribution de juridiction près les tribunaux dans le ressort desquels se situe le domicile de l'Adhérent.

f) Contrôle

REPAM ASSISTANCE est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09.

g) Informatique et Libertés

Les informations recueillies auprès de l'Adhérent, lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties. En adhérant au présent Contrat, l'Adhérent consent à ce traitement informatique.

Dans ce cadre, l'Adhérent est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises aux prestataires ou sous-traitants liés contractuellement à REPAM ASSISTANCE intervenants pour l'exécution des garanties d'assistance.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 Informatique et Libertés modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, l'Adhérent dispose d'un droit d'accès et de modification relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il devra adresser sa demande, accompagnée d'une copie (recto/verso) de sa pièce d'identité, à l'adresse suivante :

REPAM ASSISTANCE – Correspondant CNIL
108, Bureaux de la Colline
92210 SAINT-CLOUD

Ou

cil@garantieassistance.fr

L'Adhérent peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

h) Réclamations

Toute réclamation portant sur le traitement de la demande d'assistance (délai, qualité, contenu prestation fournie, etc.) devra être formulée dans un premier temps auprès du service qui a traité cette demande par téléphone au numéro suivant : 01.53.21.24.21 qui veillera à répondre dans un délai maximal de dix (10) jours, à compter de la demande.

Si la réponse formulée à sa réclamation ne le satisfait pas, le Bénéficiaire pourra adresser un courrier précisant le motif du désaccord à l'adresse suivante :

REPAM ASSISTANCE - Service Qualité
108, Bureaux de la Colline
92210 SAINT-CLOUD

Une réponse sera alors formulée dans un délai de dix (10) jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

Si l'instruction de la réclamation nécessite un examen justifiant un délai supplémentaire, REPAM ASSISTANCE enverra un courrier accusant réception de la réclamation et précisant la date probable de réponse. Ce courrier d'accusé de réception sera envoyé dans un délai de dix (10) jours ouvrables qui suivent la réception de la réclamation.

Si aucune solution n'est trouvée à l'issue de l'examen du courrier de réclamation, l'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance, en adressant sa demande à l'adresse ci-dessous :

Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

L'Adhérent ou le Bénéficiaire pourra également formuler sa demande sur le site internet de la Médiation de l'Assurance, accessible via le lien suivant www.mediation-assurance.org.

Le Médiateur formulera un avis dans le délai prévu dans la charte de la médiation de l'assurance, à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas aux Parties et laisse la liberté pour l'Adhérent ou le Bénéficiaire, de saisir les tribunaux compétents.

ANNEXE 3 AU CONTRAT SANTE INDIV' 2018/2019 GARANTIES RENFORCEES - FORFAIT MALADIES REDOUTEES

1 - OBJET DE LA GARANTIE :

L'assurance aura pour objet de garantir au bénéficiaire, adhérent aux niveaux 02 - 03 – 04 – 05 ou 06, un capital défini par le produit choisi, en cas de survenance d'une des maladies redoutées énumérées ci-après.

2 - MALADIES REDOUTEES :

Par maladie redoutée, on entend l'une des maladies définies comme suit :

- SCLEROSE EN PLAQUES :

Cette maladie du système nerveux est caractérisée par l'existence de petites lésions disséminées en n'importe quel point de la substance blanche, que ce soit dans le cerveau, le cervelet, le tronc cérébral ou la moelle épinière.

- INFARCTUS DU MYOCARDE :

Il s'agit de la nécrose d'une zone de muscle myocardite dont le diagnostic est posé par la présence de signes électriques caractéristiques au tracé électrocardiographique, associé à une augmentation des enzymes cardiaques.

- CORONAROPATHIES :

La coronaropathie se définit par l'intervention chirurgicale subie pour corriger le rétrécissement ou le blocage de deux ou plusieurs artères coronaires avec pontage chez les personnes qui présentent des symptômes angineux restrictifs, mais à l'exclusion des techniques non chirurgicales telles que l'angioplastie avec ballon ou la suppression d'une obstruction par laser. Sont prises en considération les coronaropathies ayant nécessité une intervention chirurgicale avec au moins un double pontage coronarien.

- ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL :

L'accident vasculaire cérébral est défini comme étant un infarctus du tissu cérébral ou une hémorragie intracrânienne. Il devra y être associé un déficit neurologique séquellaire persistant de façon constante plus de quinze jours.

- CANCER :

Le cancer est défini comme toute tumeur maligne à l'exception des cancers in situ non invasifs, des tumeurs dues à la présence de virus humain immuno-déficient et des cancers de la peau sauf, dans ce dernier cas, si le diagnostic de mélanome malin a été posé. Les leucémies, autres que la leucémie lymphoïde chronique, sont assimilées à un cancer.

- INSUFFISANCE RENALE :

Il s'agit des insuffisances rénales dépassées entraînant la nécessité de se soumettre régulièrement à une dialyse péritonéale ou à une hémodialyse.

- GREFFE D'ORGANE :

Sont retenues les greffes d'organes principaux : greffe du cœur, et des poumons, du foie, du pancréas et du rein. La greffe de moelle osseuse est assimilée à une greffe d'organe principal.

MONTANT DES GARANTIES

La garantie est de 200 € en niveau 02, 300 € en niveau 03, 450 € en niveau 04, 750 € en niveau 05 et 1 000 € en niveau 06. Elle est diminuée de moitié à compter du 60^{ème} anniversaire du bénéficiaire.

3 - PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE :

Pour cette garantie, un délai d'attente de 3 mois à compter de la prise d'effet du contrat sera toujours appliqué.

En cas d'apparition d'une des maladies redoutées, énumérées ci-dessus, pendant les 3 premiers mois d'adhésion, ou si elle est connue lors de l'adhésion, aucun capital ne sera versé par l'Assureur.

4 - CESSATION DE LA GARANTIE :

La garantie renforcée " Maladies redoutées" cesse dès la résiliation du contrat et, au plus tard, au 65^{ème} anniversaire du bénéficiaire.

Association des Assurés de Répam

STATUTS

Article 1 : Il est fondé une Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901 ayant pour titre ASSOCIATION des ASSURES de REPAM.

Article 2 : Cette Association a pour but d'étudier, d'organiser et de promouvoir toute forme de prévoyance, assurant aux personnes physiques, quel que soit leur statut social, à titre individuel ou collectif, des prestations complémentaires aux régimes légaux dont elles relèvent et adaptées à leur activité professionnelle.

Article 3 : Le siège social est fixé à Lyon.
Il pourra être transféré sur simple décision du Conseil d'Administration.

Article 4 : La durée de l'Association est illimitée.

Article 5 : ADMISSION

Pour faire partie de l'Association, il faut être agréé par le bureau qui statue lors de chacune de ses réunions, ou par un mandataire sur les demandes d'admission présentées.

Article 6 : RADIATION

La qualité de membre se perd par :

- démission
- décès
- radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour infractions aux présents statuts ou pour motifs graves tels qu'abus entraînant le versement de prestations non justifiées nonobstant le remboursement desdites prestations.

Article 7 : RESSOURCES

Les ressources de l'Association comprennent :

1/ Le montant du droit d'entrée, de la participation aux frais de gestion et des cotisations.

2/ Toutes ressources autorisées par la loi.

Article 8 : FONDS SOCIAL

Il est constitué un fonds social par prélèvement sur les excédents annuels, se dégageant après imputation des dépenses de gestion, sur les cotisations perçues.

Ce fonds est utilisé sous la responsabilité du Conseil d'Administration pour l'attribution de secours individuels aux membres se trouvant dans des cas de détresse grave, pour l'octroi d'indemnités, compensant partiellement des prestations d'assurances non dues en application directe des dispositions contractuelles.

Article 9 : L'Association se compose :

- de membres actifs : sont considérés comme tels, les personnes physiques ou morales ayant acquitté les cotisations dues à l'Association et à tout organisme d'Assurances ou de Mutualité ayant contracté avec elle.

Article 10 : CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'Association est dirigée par un Conseil d'Administration de 5 membres maximum, élus pour 3 ans par l'Assemblée Générale. Ils sont rééligibles.

Le Conseil d'Administration choisit parmi ses membres, au scrutin secret, un bureau composé de

1/ Un Président,

2/ Un ou plusieurs Vice-président s'il y a lieu,

3/ Un Secrétaire et s'il y a lieu, un secrétaire adjoint,

4/ Un Trésorier et s'il y a lieu, un trésorier adjoint.

En cas de vacances, le Conseil d'Administration pourvoit par cooptation au remplacement provisoire de ses membres. Il procède au remplacement définitif à la plus prochaine Assemblée Générale.

Article 11 : REUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration se réunit au moins une fois tous les six mois, sur convocation du Président ou sur la demande du quart de ses membres.

Les décisions sont prises à la majorité des voix : en cas de partage, la voix du Président est prépondérante, sauf si le vote est effectué à bulletin secret.

Tout membre du Conseil qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois réunions successives, pourra être considéré comme démissionnaire.

Nul ne peut faire partie du Conseil d'Administration s'il n'est pas majeur.

Article 12 : ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE

L'Assemblée Générale Ordinaire comprend tous les membres de l'Association. Elle se réunit chaque année.

Les Adhérents sont convoqués par voie d'insertion dans un journal d'annonces légales du ressort du siège social de l'Association, quinze jours avant la tenue de l'assemblée.

Le Président, assisté des membres du Conseil, préside l'Assemblée et expose la situation morale de l'Association.

Le Trésorier rend compte de sa gestion et soumet le bilan à l'approbation de l'assemblée.

Il est procédé, après épuisement de l'ordre du jour, au remplacement des membres du Conseil sortant.

Ne devront être traitées, lors de l'Assemblée Générale, que les questions mises à l'ordre du jour.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents.

Article 13 : ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE

Si besoin est, ou sur demande de la moitié plus un des membres inscrits, le Président peut convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, suivant les formalités prévues à l'Article 12.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents.

Article 14 : REGLEMENT INTERIEUR

Un règlement intérieur est établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale.

Ce règlement est destiné à compléter les dispositions statutaires, notamment celles qui ont trait à l'administration interne de l'Association.

Article 15 : MODIFICATIONS DES STATUTS

Toute modification devra être approuvée par deux tiers au moins des membres présents à l'Assemblée Générale.

Article 16 : DISSOLUTION, FUSION, UNION

La dissolution de l'Association, sa fusion ou son union avec un autre organisme, ne peuvent être décidées sur proposition du Conseil d'Administration que par une Assemblée Générale Ordinaire, qui statue dans les conditions prévues à l'article 13 ci-dessus. L'affiliation à un groupement poursuivant un but social analogue, donne, le cas échéant, lieu à une décision de l'Assemblée Générale Ordinaire.

Les présents statuts ont été approuvés par l'Assemblée Constitutive du 31.12.93.

Association des Assurés de Répam

REGLEMENT INTERIEUR

Article 1 : Objet

Le règlement intérieur est destiné à compléter les statuts de l'Association, expliciter les règles du Code des Assurances et les dispositions des contrats auprès des divers Assureurs ou Association.

En l'absence de clauses particulières, les règles du Code des Assurances s'appliquent ainsi que celles prévues par les contrats souscrits.

Ce règlement est valable pour l'ensemble des Adhérents.

Article 2 : Conditions de garanties

Les conditions dans lesquelles les adhérents sont assurés sont énumérées dans les contrats proposés par l'Association des Assurés de REPAM. La demande d'adhésion à l'Association entraîne l'acceptation des statuts, du règlement intérieur et des garanties proposées. Elle est considérée comme acceptée lors de la délivrance du certificat d'adhésion.

La délivrance du certificat d'adhésion ne peut signifier prise en charge des risques puisqu'il convient de se reporter aux conventions prévues par le ou les contrats souscrits, notamment en ce qui concerne la date d'effet des garanties, les délais de stage, les exclusions générales ou particulières.

Article 3 : Frais de dossiers, cotisation à l'Association

Adhérents individuels ne souscrivant pas de garantie :

Cotisation statutaire : 1.52 € annuel

Autres adhérents :

L'adhésion à l'Association comporte un droit d'entrée (frais de dossier) et une cotisation annuelle et ce en plus de la prime d'assurance correspondant à la garantie souscrite.

A compter du 01.01.2013, les montants sont respectivement fixés à :

- Droit d'entrée : 20 € (frais de dossier) à l'exclusion des contrats collectifs entreprise.

Cotisation statutaire adhésion individuelle :

Néant

Pour les salariés d'entreprises adhérents dans le cadre d'un contrat de groupe à adhésion obligatoire ou facultative :

- 0.05 % du plafond annuel de la sécurité sociale par salarié.

Les montants peuvent être révisés par décision de l'Assemblée Générale et la modification s'applique à partir de la date fixée.

Toute modification du dossier d'adhésion provoquant l'émission d'un nouveau certificat donne lieu à perception d'un coût de frais d'avenant.

Celui-ci est fixé à 7.62 € pour l'année.

Ces montants sont versés à l'organisme gestionnaire.

Article 4 : Règlement des primes et des cotisations

Les primes et les cotisations sont payables pour l'année civile. Il est toutefois toléré un règlement semestriel, trimestriel ou mensuel.

Les primes et les cotisations sont exigibles dans les 15 jours de leur appel ou avis d'échéance.

Les frais de relance sont à la charge de l'adhérent. Ils sont actuellement fixés à 7.62 € pour un rappel.

Il est appliqué une majoration de retard de 15.24 € lors de l'émission de la mise en demeure.

Le non paiement des primes, cotisations, frais ci-dessus expose l'Adhérent à la SUSPENSION de toute garantie. L'expiration du délai de 40 jours à compter de la mise en demeure, qui peut se présenter sous la forme d'une lettre recommandée à la dernière adresse connue, entraîne la RESILIATION du contrat, la radiation de l'adhésion, la perte du droit à garantie et ce, nonobstant la possibilité de poursuivre le recouvrement des sommes impayées par tout moyen amiable ou judiciaire.

Les frais de recouvrements d'impayés sont à la charge de l'Adhérent.

Article 5 : Evènements donnant lieu au paiement des prestations

Les contrats d'assurances précisent les délais de déclaration de sinistres pouvant mettre en jeu les garanties souscrites. Les adhérents sont tenus de respecter ces conditions et de se soumettre aux demandes faites par le gestionnaire (justificatifs, contrôle, etc...).

Article 6 : Démission, exclusion, radiation

La démission ne peut intervenir qu'en respectant les formes et délais prévus par les contrats. L'exclusion peut résulter :

- d'une fausse déclaration
- d'un abus de prestations
- du non règlement des primes ou cotisations
- de l'application de l'article 6 de la Loi du 31/12/89.

L'adhérent démissionnaire ou radié ne saurait prétendre à une réintégration ultérieure sans respecter des conditions spéciales.

Article 7 : Modification des prestations ou cotisations

Les décisions de l'Assemblée Générale pour toute modification des garanties, des prestations ou cotisations prennent effet obligatoirement le premier janvier suivant la tenue de l'Assemblée appelée à délibérer sur les questions évoquées.

Le cas échéant, le Conseil d'Administration peut être amené à adopter toutes mesures d'urgence dictée pour la bonne gestion de l'Association.

Article 8 : Juridiction

Tout litige qui pourrait survenir entre un Adhérent et l'Association est de la compétence du Tribunal du lieu du siège social de l'Association.