

## SANTE PARTICULIER

Bénéficiaires : ceux portés au certificat d'adhésion

Produit choisi : celui porté au certificat d'adhésion

### NOTICE VALANT CONDITIONS GENERALES

#### 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°2022INDIV-SANTE PARTICULIER,
- FILASSISTANCE INTERNATIONAL 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°2022INDIV-SANTE PARTICULIER) 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 **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (ci-après dénommée REPAM ASSISTANCE), Société Anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

L'organisme gestionnaire des garanties de la convention n°2022INDIV-SANTE PARTICULIER 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 **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (ci-après dénommée REPAM ASSISTANCE), Société Anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex.

Les organismes assureurs et gestionnaires sont soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution située 4 Place de Budapest CS 92459, 75 436 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°2022INDIV-SANTE PARTICULIER entraîne obligatoirement l'adhésion à la convention n°126311/679.

La convention d'assurance n°2022INDIV-SANTE PARTICULIER 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 des « Contrats responsables » ainsi que du calcul de la prise en charge des dépassements d'honoraires pour les médecins non adhérents au DPTAM. 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.

**En application du décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 (réforme « 100% santé »), les dépenses de santé entrant dans le cadre du panier de soins « 100% santé » seront intégralement prises en charge dans la limite des prix de vente établis par décret et sous déduction du remboursement de l'assurance maladie.**

#### 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, lumbagos, "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.

##### A.M :

Assurance Maladie

##### BENEFICIAIRES :

Pour adhérer et être assuré au titre des conventions n°2022INDIV-SANTE PARTICULIER et n°126311/679, l'Adhérent doit résider en France métropolitaine (hors Monaco) et relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire français. Sont également bénéficiaires des garanties des conventions n°2022INDIV-SANTE PARTICULIER et n°126311/679, sous réserve de résider en France métropolitaine (hors Monaco) et relever d'un régime d'assurance maladie obligatoire français :

- Le conjoint de l'adhérent répondant à l'une des définitions suivantes :
  - l'époux ou l'épouse de l'adhérent non séparé de corps judiciairement ;
  - le ou la partenaire auquel ou à laquelle l'adhérent est lié par un pacte civil de solidarité (PACS) sous réserve de la production d'un document officiel attestant du PACS ;
  - le concubin de l'adhérent, désigné lors de son affiliation, sous réserve de la production de tout document justifiant d'une adresse commune.
- Les enfants de l'adhérent ou de son conjoint tel que défini ci-dessus sous réserve qu'ils remplissent au moins l'une des conditions suivantes :
  - fiscalement à charge jusqu'à leur 21ème anniversaire ;
  - poursuivant des études secondaires ou supérieures et n'exerçant par une profession à temps complet jusqu'à leur 28ème anniversaire, sous réserve de transmission d'un justificatif de scolarité ;
  - suivant une formation en alternance ou en apprentissage jusqu'à leur 28ème anniversaire, sous réserve de transmission d'un certificat attestant de leur situation ;
  - handicapés ou titulaires de la carte d'invalidité avant leur 21ème anniversaire s'ils sont bénéficiaires de l'allocation spéciale des adultes handicapés.

Les bénéficiaires sont inscrits au certificat d'adhésion.

##### BR :

Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

##### CCAM :

Classification Commune des Actes Médicaux.

Réf CG : SANTE PARTICULIER 09/2022

**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.

**DPTAM :**

Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée

**EQUIPEMENT MIXTE :**

Equipement composé d'une monture « 100% santé » et de verres « à tarif libre », ou réciproquement.

**ETABLISSEMENT SPECIALISE :**

Rentrent dans cette catégorie les hospitalisations autres que médicales, chirurgicales et maternité, notamment dans des établissements spécialisés en soins de suite et réadaptation, psychiatrie et neuropsychiatrie, à l'exception des disciplines exclues. La chambre particulière est exclue en psychiatrie et neuropsychiatrie.

**FR :**

Frais réels

**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.

**MATERIEL MEDICAL :**

Appareillage et prothèses (hors prothèses dentaires, auditives et accessoires optique)

**MR :**

Montant remboursé par la Sécurité Sociale. Une garantie exprimée en MR signifie « y compris le remboursement de la Sécurité Sociale »

**PLV :**

Prix Limite de Vente par la réglementation en vigueur

**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 COURANTS :**

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.

**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.

**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. 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 REPAM, les garanties sont immédiatement viagères, à l'exception de la garantie Maladies redoutée (en annexe) qui cessent au 31 décembre de l'exercice civil de leur 65<sup>ème</sup> 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 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.

A NOTER : Les praticiens de Médecine Douce doivent exercer leur activité en France, délivrer des factures signées et imprimées sur papier en-tête et être inscrits au répertoire ADELI/RPPS.

##### 4.1 PLAFONNEMENT DE CERTAINES GARANTIES

###### **Hospitalisation en établissements spécialisés - maisons de repos et assimilés :**

*Les frais de séjours 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).*

###### **Hospitalisation Neuropsychiatrie, Psychiatrie et assimilés :**

*Les traitements de neuropsychiatrie, 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 en Neuropsychiatrie, Psychiatrie et assimilés :**

*Prise en charge 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 à compter du renouvellement d'un équipement complet. Cette période est ramenée à 12 mois pour les enfants de moins de seize (16) ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. Cette période est ramenée à 6 mois pour les enfants de moins de six (6) ans, en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Un renouvellement anticipé est également possible en application de l'article L165-1 du Code de la Sécurité Sociale. Les garanties optiques couvertes à 100 % du TBRAM (sous déduction du R.O) ne sont pas limitées.*

###### Définition des verres :

###### **Verre simple :**

- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est [-6,00 et +6,00]
- Verres unifocaux sphéro-cylindrique :
  - Dont la sphère est [-6,00 et 0] et le cylindre est ≤ à +4,00
  - Dont la sphère est positive et la somme S (sphère + cylindre) est ≤ à 6,00

###### **Verre complexe :**

- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est ]-6,00 à +6,00[
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques :
  - Dont la sphère est [-6,00 et 0] et dont le cylindre est > à +4,00
  - Dont la sphère est < à -6,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
  - Dont la sphère est positive et dont la somme S est > à 6,00
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est [-4,00 et +4,00]
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :
  - Dont la sphère est [-8,00 et 0,00] et dont le cylindre est ≤ à +4,00
  - Dont la sphère est positive est dont la somme S est ≤ à 8,00

###### **Verre très complexe :**

- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est ]-4,00 à +4,00[
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :
  - Dont la sphère est [-8,00 et 0] et dont le cylindre est > à +4,00
  - Dont la sphère est < à -8,00 et dont le cylindre est ≥ à 0,25
  - Dont la sphère est positive et dont la somme S est > à 8,00

###### **Forfaits :**

Les forfaits annuels s'entendent par année d'adhésion et par bénéficiaire. Sauf pour les forfaits Optique qui s'entendent de date à date des soins et qui incluent le remboursement de la Sécurité sociale et du ticket modérateur.

A NOTER : Le forfait de la chirurgie réfractive de l'œil s'applique même si la chirurgie a été réalisée à l'étranger. Le forfait Lentilles 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 remboursés par l'A.M. sont effectués après l'utilisation du plafond annuel, ces frais dentaires correspondant à de nouvelles factures seront remboursés à hauteur du ticket modérateur.

###### **Aide auditive :**

Le renouvellement de la prise en charge ne peut intervenir avant une période de quatre (4) ans suivant la date de la précédente délivrance. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. Les équipements à tarif libre, sont pris en charge dans la limite de 1 700€ fixée par décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

###### **Cure thermique :**

Cette garantie prend en charge les frais de soin de cure remboursée par l'A.M. ainsi qu'un forfait pour les frais annexes à savoir hébergement et transport, sur justificatifs et dans la limite des frais réels.

## 4.2 DETAIL DU MONTANT DES GARANTIES PAR NIVEAU

Les garanties s'entendent sous déduction du régime obligatoire à l'exception des forfaits. (hors forfait optique des équipements à tarif libre).

Les garanties ci-dessous sont exprimées en pourcentage de la BR. Elles s'entendent sous déduction du remboursement de l'Assurance Maladie sauf pour les forfaits (hors forfait optique des équipements à tarif libre).

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5	NIVEAU 6
<b>HOSPITALISATION <sup>(1)</sup></b>						
Forfait journalier hospitalier et actes lourds (sans limitation de durée)	Frais réels					
Forfait patient urgences	Frais réels					
Frais de séjour en secteur conventionné (2)	Frais réels					
Frais de séjour en secteur non conventionné (2)	100%	150%	200%	200%	200%	200%
Honoraires médicaux, paramédicaux et imagerie médicale en secteur conventionné : praticiens adhérents au DPTAM	150%	200%	300%	400%	450%	500%
Honoraires médicaux, paramédicaux et imagerie médicale en secteur conventionné : praticiens non adhérents au DPTAM	125%	150%	200%	200%	200%	200%
Honoraires médicaux, paramédicaux et imagerie médicale en secteur non conventionné	100%	150%	200%	200%	200%	200%
Chambre particulière en hospitalisation chirurgicale, médicale, maternité (dont ambulatoire)	-	50 € / J	70 € / J	90 € / J	100 € / J	120 € / J
Chambre particulière en unités et établissements spécialisés (dans la limite de 30 jours par année d'adhésion et par bénéficiaire) (3)	-	20 € / J	30 € / J	40 € / J	50 € / J	60 € / J
Frais de confort (location de TV, internet, téléphone) (dans la limite de 30 jours par année d'adhésion et par bénéficiaire) (4)	-	5 € / J	5 € / J	5 € / J	5 € / J	5 € / J
Frais d'accompagnement pour les moins de 18 ans et plus de 70 ans	-	20 € / J	30 € / J	35 € / J	40 € / J	45 € / J

(1) Hospitalisation chirurgicale, médicale, à domicile, maternité ou en unités et établissements spécialisés (soins de suite, réadaptation, psychiatrie et neuropsychiatrie).

(2) La prise en charge des frais de séjour est limitée à 100% de la BR dans les unités et établissements spécialisés.

(3) La chambre particulière est exclue en psychiatrie et neuropsychiatrie.

(4) Les frais de confort sont pris en charge dans le cadre des hospitalisations chirurgicales, médicales et maternité. Sont exclus les unités et établissements spécialisés (soins de suite, réadaptation, psychiatrie et neuropsychiatrie).

## SOINS COURANTS pris en charge par l'Assurance Maladie

Consultations et visites médicales (généralistes et spécialistes), actes techniques médicaux, actes d'imagerie médicale : praticiens adhérents au DPTAM	100%	150%	200%	250%	300%	350%
Consultations et visites médicales (généralistes et spécialistes), actes techniques médicaux, actes d'imagerie médicale : praticiens non adhérents au DPTAM	100%	125%	150%	200%	200%	200%
Consultations en psychiatrie et neuropsychiatrie	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, podologues notamment	100%	200%	200%	250%	300%	350%
Analyses et examens de laboratoire	100%	150%	200%	250%	300%	350%
Matériel médical dont prothèses orthopédiques, capillaires et mammaires (5)	100%	150%	200%	250%	300%	350%
Médicaments et vaccins	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(5) Appareillage et prothèses hors prothèses dentaires, auditives et accessoires optiques.

## DENTAIRE

### Soins et actes dentaires pris en charge par l'Assurance Maladie :

Soins	100 %	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %
Prothèses 100% Santé (définies réglementairement)	Frais réels*					
Prothèses (dont inlays, onlays et inlay-cores) à tarifs maîtrisés ou libres :						
1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> années d'adhésion	100%	150%	250%	300%	350%	400%
A partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion ★ Bonus fidélité ★	150%	250%	300%	350%	400%	500%
Orthodontie :						
1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> années d'adhésion	100%	150%	250%	300%	350%	400%
A partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion ★ Bonus fidélité ★	150%	250%	300%	350%	400%	500%
<b>Actes dentaires non pris en charge par l'Assurance Maladie :</b>						
Prothèses et orthodontie (par année d'adhésion et par bénéficiaire) :						
1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> années d'adhésion	-	-	100 €	200 €	300 €	400 €
A partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion ★ Bonus fidélité ★	-	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €
Implantologie et parodontologie (par année d'adhésion et par bénéficiaire) :						
1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> années d'adhésion	-	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
A partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion ★ Bonus fidélité ★	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €	700 €
<b>Plafond annuel dentaire (hors soins et hors actes 100% Santé) (6) :</b>						
1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> années d'adhésion	2 500 €	2 500 €	2 500 €	2 500 €	2 500 €	2 500 €
A partir de la 3 <sup>ème</sup> année d'adhésion ★ Bonus fidélité ★	3 500 €	3 500 €	3 500 €	3 500 €	3 500 €	3 500 €

(6) Au-delà du plafond, couverture des actes pris en charge par l'Assurance Maladie à hauteur de 100% de la BR.

## AIDE AUDITIVE <sup>(7)</sup>

Equipements 100% Santé de classe I (définis réglementairement)	Frais réels*					
Equipements hors 100% Santé de classe II - tarifs libres (forfait par oreille)	100%	100%+200€	100%+300€	100%+400€	100%+500€	100%+600€
Piles, consommables ou accessoires pris en charge par l'Assurance Maladie	100%	100%	100%	100%	100%	100%

(7) Le renouvellement de la prise en charge ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. Les équipements à tarif libre sont pris en charge dans la limite de 1700€, fixée par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

NIVEAU 1 NIVEAU 2 NIVEAU 3 NIVEAU 4 NIVEAU 5 NIVEAU 6

**OPTIQUE (8)**

	Frais réels*					
Equipements 100% Santé de classe A (définis réglementairement)						
Equipements hors 100% Santé de classe B - tarifs libres (1 monture + 2 verres) :						
Verres simples	100%	150 €	220 €	270 €	320 €	370 €
Verres complexes	100%	250 €	360 €	440 €	510 €	600 €
Verres très complexes	100%	290 €	410 €	500 €	580 €	690 €
1 verre simple + 1 verre complexe	100%	200 €	290 €	350 €	415 €	490 €
1 verre simple + 1 verre très complexe	100%	220 €	315 €	385 €	450 €	530 €
1 verre complexe + 1 verre très complexe	100%	275 €	385 €	465 €	550 €	650 €
Lentilles prescrites prises en charge ou non par l'Assurance Maladie, y compris lentilles jetables (par année d'adhésion et par bénéficiaire) (9)	100%	100 €	125 €	150 €	175 €	200 €
Chirurgie réfractive : myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie (par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	300 €	400 €	500 €	550 €	600 €
Matériel amblyopie prescrit (par année d'adhésion et par bénéficiaire)	100 €	200 €	250 €	300 €	350 €	400 €

(8) - Conformément au décret sur le contrat responsable, votre contrat prévoit la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 2 ans suivant le dernier achat (sauf exceptions prévues dans l'article L.165-1 du code de la Sécurité Sociale, notamment concernant les enfants de moins de 16 ans et les adultes de 16 ans et plus pour lesquels un renouvellement est prévu chaque année en cas de dégradation des performances oculaires d'au moins 0.5 sur un œil ou 0.25 sur les deux yeux)

- Définition des verres simples, complexes et très complexes : se référer aux conditions générales

- Monture prise en charge dans la limite de 100 €

(9) Au-delà du forfait, couverture des lentilles prises en charge par l'Assurance Maladie à hauteur de 100% de la BR.

**AUTRES FRAIS pris en charge par l'Assurance Maladie**

Frais de transport	100%	125%	150%	175%	200%	225%
Soins et séjours à l'étranger	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cures thermales : honoraires	100%	100%	100%	100%	100%	100%
transport et hébergement (par année d'adhésion et par bénéficiaire)	-	100 €	200 €	300 €	350 €	400 €
Actes de prévention santé	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**AUTRES FRAIS non pris en charge par l'Assurance Maladie**

Médecines douces : ostéopathes, diététiciens, acupuncteurs, pédicures-podologues, naturopathes, étioopathes, chiropracteurs, microkinésithérapeutes, psychologues, psychomotriciens, sophrologues (par année d'adhésion et par bénéficiaire)

1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> années d'adhésion

A partir de la 3<sup>ème</sup> année d'adhésion ★ Bonus fidélité ★

Pharmacie dont homéopathie, vaccins, sevrage tabagique, contraceptifs, préservatifs et ostéodensitométrie prescrits (par année d'adhésion et par bénéficiaire)

	-	50 €	75 €	100 €	120 €	140 €
	50 €	75 €	100 €	120 €	140 €	160 €
	-	30 €	50 €	75 €	100 €	120 €

**FORFAITS COMPLÉMENTAIRES «ÉVÈNEMENTS DE LA VIE»**

Naissance ou adoption (forfait doublé en cas de naissance ou adoption multiple) (10)

Maladie redoutée : en cas de diagnostic de cancer, infarctus, AVC, sclérose en plaques, insuffisance rénale, coronaropathie ou de greffe d'un organe (détail en annexe des Conditions Générales) (11)

	-	50 €	150 €	200 €	250 €	300 €
	-	200 €	300 €	450 €	750 €	1 000 €

(10) Le forfait est versé à un seul des deux parents sous réserve de l'affiliation de l'enfant au contrat au plus tard dans les 3 mois qui suivent la naissance.

(11) Cette garantie est soumise à un délai d'attente de 3 mois. Elle est diminuée de moitié dès l'âge de 60 ans et cesse à l'âge de 65 ans.

**ASSISTANCE ET SERVICES**

Assistance 24h/24 (détail en annexes des Conditions Générales)

Accès au réseau de soins CARTE BLANCHE

OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

\* dans la limite des prix limite de vente définis réglementairement

**LEXIQUE**

**BR** : Base de Remboursement de l'Assurance Maladie

**DPTAM** : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (ex CAS et OPTAM) visant à encadrer les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins conventionnés

**PLV** : Prix Limite de Vente fixé dans le cadre du dispositif «100% Santé» dans le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019

## 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,
  - pour les soins à l'étranger, les notes ou factures acquittées libellées en français,
  - 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 de parodontologie : facture précisant les codes CCAM
- 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 et assimilés pour personnes âgées dépendantes, les hospitalisations en longs séjours, les séjours en gérontologie, en institut Médico Pédagogiques ou Maison d'accueil spécialisée,**
- **Tous les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie, sauf dispositions contraires mentionnées au tableau des garanties.**
- **Les frais de confort 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, maternité ou chirurgicales.**
- **La chambre particulière est exclue en psychiatrie et neuropsychiatrie**

## 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 Maladie redoutée.**

## 8 - MODIFICATION DE GARANTIES :

Après un an d'adhésion, l'adhérent a la possibilité de modifier son niveau de garanties à tout moment, sous réserve de l'acceptation préalable de REPAM et de l'assureur, mais il s'engage pour un an sur le niveau choisi. La prise d'effet de la modification sera à la date souhaitée par l'adhérent et au plus tôt au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande. Les éventuelles limitations de garantie prévues par le contrat s'appliquent également en cas de modification des garanties. Ainsi, il sera tenu compte des prestations déjà versées avant la modification effective des garanties.

Cette modification se matérialise par l'émission d'un nouveau certificat d'adhésion.

**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<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année du nouveau niveau choisi s'applique. L'ancienneté qui permettrait éventuellement une application du plafond de 3<sup>ème</sup> année et suivantes est perdue.

## 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.
- à tout moment, après douze (12) mois d'adhésion. Cette résiliation prendra effet un mois après que REPAM en ait reçu la notification.

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 de 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.

## 10 – COTISATIONS

La cotisation (taxes comprises) est valable jusqu'au 31.12.2023 (sauf modification des taxes ou modification du régime obligatoire).

Elle est en 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.

La cotisation 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.

Vous disposez d'un délai de 30 (trente) jours suivant la réception de votre avis d'échéance pour résilier votre Adhésion en raison de cette augmentation, en nous adressant un courrier recommandé.

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 FILASSISTANCE 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 l 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 Réclamation –  
217 Cours Lafayette, CS 50313, 69451 LYON CEDEX 06  
Ou par mail à [reclamation@repam.fr](mailto:reclamation@repam.fr)

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 Réclamation, sur simple demande écrite.

## 14 - DONNES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel recueillies par REPAM sont indispensables au traitement de la demande d'assurance.

Vous êtes informé que l'assureur met en œuvre des traitements de données à caractère personnel afin de lui permettre d'assurer la souscription, la gestion, la facturation, le suivi des contrats de ses assurés et de répondre à ses obligations légales et réglementaires.

Cette collecte de données par l'assureur est obligatoire et nécessaire pour la bonne gestion du contrat d'assurance. A défaut, la gestion du contrat d'assurance en serait affectée, de telle sorte que l'assuré donne son accord exprès pour l'utilisation de ses données personnelles collectées par l'assureur et ce, dans la limite des objectifs ci-dessus exposés.

Les données collectées peuvent être très diverses et peuvent concerner des données relatives tant à la vie personnelle qu'à la vie professionnelle mais peuvent concerner également des données relatives à la santé. Cependant, les données personnelles de l'assuré collectées se limiteront aux seules

informations que l'assureur jugera utiles, pertinentes et strictement nécessaires à l'exécution de la gestion du contrat d'assurance de l'assuré.

Ces données sont destinées à l'organisme assureur ainsi qu'à Repam en tant que responsable des traitements. Selon les finalités des traitements, ces données peuvent être transmises à leurs sous-traitants ainsi qu'aux autorités publiques conformément à la loi.

L'assureur veille et s'engage à garantir la protection et la sécurité des données personnelles qui lui sont confiées par l'assuré. Les données collectées par l'assureur sont enregistrées dans un logiciel de gestion et stockées sur un serveur sécurisé.

Ces données sont destinées aux services habilités par l'assureur afin d'assurer la bonne gestion du contrat d'assurance de l'assuré.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales.

Les données collectées par l'assureur et relatives à l'assuré sont conservées le temps de la durée nécessaire à la gestion du contrat d'assurance et conformément aux délais de prescriptions légales.

Conformément à la loi Informatique et libertés complétée par le règlement européen de protection des données (RGPD), les personnes physiques disposent d'un droit d'accès aux données les concernant, de rectification, d'interrogation, de portabilité des données, un droit à l'oubli, un droit à la limitation du traitement, le droit de retirer son consentement, ainsi qu'un droit d'opposition pour motif légitime et à la prospection.

Ces droits s'exercent par courrier postal accompagné d'une copie d'une pièce d'identité envoyé à l'adresse postale de REPAM.

Les personnes physiques disposent également d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL, si elles considèrent que le traitement de données à caractère personnel les concernant constitue une violation de la réglementation en vigueur. ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr))

**ANNEXE 1 AU CONTRAT SANTE PARTICULIER  
ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE  
Contrat n°12 6311/679**

**COMMENT CONTACTER FILASSISTANCE**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Téléphone : <b>01 53 21 24 21</b></li> <li>• Téléphone de l'Étranger : <b>+33 1 53 21 24 21</b></li> <li>• Télécopie : <b>01 53 21 24 88</b></li> </ul>	<p>24 heures sur 24, en indiquant le numéro de votre convention d'assistance :</p> <p><b>1261311/679</b></p>
--	--

**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° **126311/679** auprès de **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (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 garanties d'assistance sont assurées et gérées par **FILASSISTANCE INTERNATIONAL** (ci-après dénommée REPAM ASSISTANCE), Société Anonyme au capital de 4 100 000€, régie par le Code des assurances, inscrite au RCS de Nanterre sous le n° 433 012 689, dont le siège social se situe au 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex

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**

o **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

**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.

#### o **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 fautive 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 4 place de Budapest, 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  
92213 SAINT-CLOUD CEDEX

Ou

[cil@filassistance.fr](mailto:cil@filassistance.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  
92213 SAINT-CLOUD CEDEX  
Ou  
[qualite@filassistance.fr](mailto:qualite@filassistance.fr)

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](http://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 2 AU CONTRAT PARTICULIER FORFAIT MALADIE REDOUTEE

#### 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.

**La garantie se déclenche dès lors que la maladie garantie est diagnostiquée pour la première fois en cours d'adhésion, après le délai d'attente.**

**Il pourra être versé plusieurs capitaux au titre de cette garantie si l'adhérent venait à déclarer plusieurs maladies durant la vie du contrat.**

#### 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 CÉRÉBRAL :

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 séquentaire 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 immunodéficient 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<sup>ème</sup> 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 " Maladie redoutée" est une garantie temporaire qui cesse dès la résiliation du contrat et, au plus tard, au 65<sup>ème</sup> anniversaire du bénéficiaire.

**STATUTS**

**ASSOCIATION DES ASSURÉS DE REPAM**

Association déclarée régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901  
Siège social : 217 cours Lafayette – 69006 LYON  
Inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 397 587 619

**TITRE 1 : CONSTITUTION ET DUREE – OBJET – SIEGE SOCIAL - RESSOURCES**

**Article 1. Dénomination et durée de l'Association**

Il existe une association ayant pour dénomination ASSOCIATION des ASSURÉS de REPAM (ci-après l'« Association ») régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 modifiée et ses textes d'application.

Il s'agit d'une association à but non lucratif.

L'Association est constituée pour une durée illimitée ; elle prend fin toutefois en cas de dissolution volontaire, statutaire ou judiciaire.

**Article 2. Objet**

Cette Association a pour but :

- d'étudier, d'organiser, de souscrire et de promouvoir tous types de produits d'assurance et d'assistance, 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 ;
- de développer l'information et la prévention dans le domaine de la santé ;
- de mettre en place des actions d'aides sociales aux assurés.

**Article 3. Siège social**

Le siège social est situé 217 Cours Lafayette à Lyon (69006).

Il pourra être transféré en tout autre lieu sur simple décision du Conseil d'administration.

**Article 4. Ressources**

Les ressources de l'Association comprennent :

- Le montant du droit d'entrée des nouveaux membres et des cotisations dont le montant est fixé chaque année par l'Assemblée Générale ;
- Les éventuelles subventions publiques dont elle peut bénéficier ;
- Les dons et aides privées que l'Association peut recevoir ;
- Le revenu de ses biens,
- Toutes autres ressources non interdites par les lois et règlements en vigueur.

**TITRE 2 : ADMISSION ET CONDITIONS D'ADHÉSION - RESPONSABILITÉ**

**Article 5 : Admission des membres et droit d'entrée**

L'Association se compose de membres adhérents.

Peuvent notamment, sans distinction de professions, devenir membres adhérents de l'Association, les Travailleurs Indépendants, les Isolés, les Salariés, et toutes autres personnes physiques ou morales partageant les objectifs de l'Association.

Pour être membre de l'Association, il faut être admis à l'assurance par l'organisme assureur dans le cadre de l'une des conventions souscrites par l'Association et être à jour de sa cotisation associative.

Sont également membres adhérents, sur décision du Conseil d'administration, les personnes physiques ou morales rendant ou ayant rendu des services à l'Association.

Les nouveaux membres adhérents sont tenus d'acquitter un droit d'entrée dans l'Association dont le montant est fixé annuellement par l'Assemblée Générale.

Tous les membres sont tenus de contribuer à la vie matérielle de l'Association, en versant une cotisation annuelle dont le montant est déterminé chaque année par l'Assemblée Générale.

Le non-paiement de cette cotisation, à une date fixée par l'Assemblée Générale, entraîne démission présumée du membre qui ne l'a pas versée. Toutefois, ce membre réputé démissionnaire reste redevable de cette somme envers l'Association.

#### Article 6 : Conditions et durée d'adhésion des membres

Toute admission au sein de l'Association implique l'adhésion à une convention d'assurances de groupe souscrite par celle-ci et l'engagement de respecter les obligations des présents statuts, notamment celles relatives au paiement du droit d'entrée et des cotisations, et celles, le cas échéant, du règlement intérieur, ainsi que les dispositions des régimes d'assurances auxquels l'adhésion est demandée.

L'adhésion est souscrite pour l'année civile en cours, et se renouvelle ensuite d'année civile en année civile par tacite reconduction, sous réserve des dispositions de l'article 3 ci-après.

#### Article 7 : Radiation et suspension des membres

La qualité de membre se perd par :

- démission notifiée au Président, dans des conditions précisées par un règlement intérieur ;
- décès, disparation ou absence pour les personnes physiques ;
- perte de qualité d'assuré à l'une des conventions souscrites par l'Association ;
- liquidation ou dissolution pour quelque cause que ce soit, pour les personnes morales ;
- exclusion 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. L'intéressé aura été préalablement invité à présenter sa défense. Le Conseil d'administration statue sur cette sanction dans des conditions de majorité prévues au règlement intérieur.

La cotisation qui serait réglée au titre de l'année de la perte de la qualité de membre restera acquise à l'Association.

S'il le juge opportun, le Conseil d'administration peut, au lieu de l'exclusion, prononcer la suspension temporaire du membre, dans les conditions exposées ci-dessus. Cette décision prive, pendant toute sa durée, le membre suspendu du droit de participer, de quelque manière que ce soit, à la vie de l'Association.

La décision de suspension peut faire l'objet d'un recours devant la prochaine Assemblée Générale qui statue alors en dernier ressort.

#### Article 8 : Responsabilité des membres

Le patrimoine de l'Association répond seul des engagements contractés en son nom, sans qu'aucun des membres de l'Association ou du Conseil d'administration ne puisse être tenu personnellement responsable de ces engagements, sous réserve de l'application éventuelle des dispositions légales relatives aux procédures collectives.

### TITRE 3 : FONDS SOCIAL

#### Article 9 : Fonds social

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

### TITRE 4 : ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT

#### Article 10 : Conseil d'administration

L'Association est dirigée par un Conseil d'administration composé de 5 membres maximum (portant le nom d'administrateurs), nommés pour 3 ans par l'Assemblée Générale et choisis exclusivement parmi les membres de l'Association. Ils sont rééligibles.

Les fonctions d'un administrateur prennent fin à l'issue de la réunion de l'Assemblée Générale annuelle appelée notamment à se prononcer sur les comptes annuels de l'exercice écoulé et tenue dans l'année au cours de laquelle expire le mandat dudit membre du Conseil d'administration.

Les administrateurs sont immédiatement rééligibles.

Pour être membre du Conseil d'administration, il faut être membre de l'Association, être âgé de 18 ans au moins le jour de la nomination et être à jour de sa cotisation associative.

Le Conseil d'administration doit être composé pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des conventions d'assurance de groupe souscrites par l'Association, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes (conformément aux dispositions de l'article L. 141-7 du Code des assurances)

Tout administrateur ne respectant plus ces conditions cessera de plein droit de faire partie du Conseil d'administration.

Il appartiendra au Conseil d'administration de veiller à ce qu'aucun conflit d'intérêts n'existe entre un administrateur ou un candidat et l'Association.

Toute nouvelle candidature devra être portée à la connaissance du Président par courrier recommandé, 30 jours avant la date de l'Assemblée Générale, accompagnée de la copie d'une pièce d'identité et d'une attestation sur l'honneur de non condamnation.

En cas de vacance d'un ou plusieurs postes de ses administrateurs, qu'elle qu'en soit la cause, le Conseil d'administration peut procéder à une ou plusieurs nominations à titre provisoire. Il est tenu de le faire lorsque le nombre de ses administrateurs est réduit à quatre (4). Ces cooptations sont soumises à la ratification de la prochaine Assemblée Générale. Les administrateurs cooptés ne demeurent en fonction que pour la durée restant à courir du mandat de leurs prédécesseurs. A défaut de ratification, les délibérations et les actes accomplis par le Conseil d'administration depuis la ou les cooptations n'en seront pas moins valables.

Le mandat d'administrateur prend fin :

- par l'arrivée du terme, à l'issue de la réunion de l'Assemblée Générale qui statue sur les comptes de l'exercice écoulé, tenue dans l'année au cours de laquelle expire le mandat ;
- par la démission ;
- par la perte de la qualité au titre de laquelle la nomination est intervenue ;
- par la révocation prononcée par l'Assemblée Générale, ladite révocation pouvant intervenir sur incident de séance.

Est réputé démissionnaire d'office tout administrateur qui :

- ne remplit plus les conditions requises pour pouvoir être administrateur ;
- n'a pas assisté, sauf motif valable, à 4 réunions consécutives.

#### Article 11 : Réunion du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration se réunit aussi souvent que l'intérêt de l'Association l'exige au siège de l'Association ou en tout autre lieu indiqué sur la convocation.

Le Conseil d'administration se réunit :

- sur convocation de son Président, chaque fois que celui-ci le juge utile, dans l'intérêt de l'Association et au moins une fois tous les six mois ;
- si la réunion est demandée par au moins le quart de ses administrateurs, sur convocation de son Président.

La convocation pourra être effectuée par tous moyens, au moins huit (8) jours à l'avance, sauf en cas d'urgence ou si tous les membres du Conseil d'administration y consentent expressément.

Le Conseil d'administration ne peut valablement délibérer que si la moitié au moins de ses membres sont présents. Le vote par procuration est interdit.

L'ordre du jour peut n'être fixé qu'au moment de la réunion du Conseil d'administration. Lorsque l'ordre du jour est arrêté par le Président, les administrateurs peuvent exiger l'inscription de questions de leur choix.

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par tous les administrateurs participant à la réunion.

Toutes les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des administrateurs présents. En cas d'égalité, la voix du Président est prépondérante. Seules les questions figurant à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote.

Les délibérations du Conseil d'administration sont constatées par des procès-verbaux inscrits, sans blanc ni rature, sur le registre des délibérations de l'Association et signés par le Président et par le secrétaire qui peuvent, ensemble ou séparément, en délivrer des copies ou des extraits.

Tout administrateur qui, sans motif valable, aura été absent à quatre séances consécutives, pourra être considéré comme démissionnaire. Il appartient au Conseil d'administration, le cas échéant, de prendre acte de cette démission.

#### Article 12 : Droits et devoirs des membres du Conseil d'administration

Les administrateurs sont tenus à un strict engagement de confidentialité à l'égard des informations de toute nature dont ils peuvent disposer en leur qualité de membres du Conseil d'administration.

Ils ne peuvent percevoir aucune rémunération du fait de leur mandat, mais ils doivent être remboursés de leurs frais exposés dans l'exercice de leurs fonctions. Ces remboursements sont effectués sur justificatifs.

Le Conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour administrer et représenter l'Association dont il exerce tous les droits, dans les limites de son objet et sous réserve des pouvoirs attribués à l'Assemblée Générale. Il gère le patrimoine de l'Association et le personnel. Il autorise le Président à agir en justice. Il arrête les comptes de l'exercice écoulé et vote le budget s'il y a lieu.

Il a le pouvoir d'élaborer tout règlement intérieur destiné à établir les diverses modalités d'application des présents statuts.

#### Article 13 : Bureau

Le Conseil d'administration choisit parmi ses membres personnes physiques, jouissant de leur pleine capacité civile, 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.

Les membres du Bureau sont nommés pour la durée de leur mandat d'administrateur. Ils sont immédiatement rééligibles.

Les membres du Bureau sont élus lors de chaque renouvellement du Conseil d'administration au cours d'une réunion spéciale du Conseil d'administration qui se tient après l'Assemblée Générale ayant procédé au renouvellement des membres sortants ou, en tous les cas, dans les trente (30) jours qui suivent.

Les fonctions de membre du Bureau prennent fin de plein droit si, au cours de son mandat, il cesse de faire partie du Conseil d'administration.

Les membres du Bureau peuvent être révoqués à tout moment et sans condition par le Conseil d'administration.

#### Article 14 : Attributions du Bureau et de ses membres

Le Bureau assure la gestion courante de l'Association et l'exécution des décisions du Conseil d'administration. Il se réunit aussi souvent que l'intérêt de l'Association l'exige, sur convocation du Président.

Le Président et le secrétaire sont également Président et secrétaire de l'Assemblée Générale.

Le Président représente seul l'Association dans tous les actes de la vie civile et est investi de tous les pouvoirs à cet effet. Il a qualité pour agir en justice au nom de l'Association.

Le vice-Président, lorsqu'il existe, assiste le Président dans l'exercice de ses fonctions et le remplace en cas d'empêchement.

Le secrétaire établit ou fait établir les procès-verbaux des réunions du Bureau, du Conseil d'administration et de l'Assemblée Générale. Il tient le registre prévu par l'article 5 de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901.

Le Trésorier établit ou fait établir, sous sa responsabilité, les comptes de l'Association. Il est chargé de l'appel des cotisations. Il procède, sous le contrôle du Président, au paiement et à la réception de toutes sommes. Il établit le rapport financier présenté à l'Assemblée Générale annuelle.

Les fonctions de membres du Bureau ne sont pas rémunérées. Les membres du Bureau ont, toutefois, droit au remboursement des frais engagés pour l'exercice de leurs fonctions, sur présentation de justificatifs.

#### Article 15 : Assemblée Générale

Les Assemblées Générales comprennent tous les membres de l'Association à jour du paiement de leurs cotisations à la date de la réunion et qui disposent chacun d'une voix, et des voix des membres qu'il représente.

Chaque membre peut se faire représenter par un autre membre de l'Association muni d'un pouvoir ; la représentation par toute autre personne est interdite. Un même membre présent ne peut disposer de plus de 5% des droits de vote de la totalité des membres au cours d'une même Assemblée.

La présidence des Assemblées appartient au Président de l'Association qui peut déléguer ses fonctions au vice-Président ou à défaut à un autre administrateur désigné par l'Assemblée.

Il est tenu une feuille de présence signée par les membres de l'Assemblée en entrant en séance et certifiée conforme par le Président et le secrétaire.

#### Assemblée Générale annuelle :

L'Assemblée Générale annuelle comprend tous les membres de l'Association. Elle se réunit une fois par an, dans les six mois de la clôture de l'exercice.

Les membres de l'Association sont convoqués par voie d'insertion dans un journal d'annonces légales du ressort du siège social de l'Association, quinze jours au moins avant la tenue de l'Assemblée ou par convocation individuelle formulée verbalement ou par écrit (lettre simple, lettre recommandée avec demande d'avis de réception, email) au choix de l'auteur de la convocation. La convocation contient l'ordre du jour arrêté par le Conseil d'administration ou par les membres de l'Association qui ont demandé la réunion.

L'Assemblée Générale annuelle se réunit au siège social ou en tout autre lieu fixé par la convocation.

Le Président, assisté des membres du Conseil, préside l'Assemblée Générale annuelle et expose :

- le rapport moral
- le rapport financier
- les rapports des commissaires aux comptes
- le rapport sur la gestion des conventions d'assurance.

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

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

Ne devront être soumises à la délibération de l'Assemblée Générale annuelle, que les questions inscrites à son ordre du jour, exception faite de la révocation des membres du Conseil d'administration pouvant intervenir sur incident de séance.

L'Assemblée Générale annuelle délibère valablement quel que soit le nombre de membres présents ou représentés. Les délibérations sont prises à la majorité des voix des membres présents ou représentés.

En envoyant un pouvoir en blanc au siège de l'Association, tout membre est réputé émettre un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'administration et un vote défavorable à l'adoption des autres projets.

Le vote par correspondance est interdit.

Les décisions de l'Assemblée Générale annuelle, valablement adoptées, s'imposent à tous les membres, même s'ils étaient absents lors du vote, se sont abstenus ou ont voté contre.

Les délibérations de l'Assemblée Générale annuelle sont constatées sur des procès-verbaux inscrits sur le registre des délibérations de l'Association et signés par le Président et le secrétaire.

#### Assemblée Générale Extraordinaire :

Si besoin est, ou sur demande d'au moins 10% des membres, le Président peut, en dehors de l'Assemblée Générale annuelle, convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, suivant les formalités prévues ci-dessus pour l'Assemblée Générale annuelle.

Par exception aux modalités de vote de l'Assemblée Générale annuelle exposées ci-avant, les délibérations de l'Assemblée Générale Extraordinaire sont prises à la majorité des deux tiers des voix des membres présents ou représentés.

Les autres dispositions de l'Assemblée Générale annuelle exposées ci-avant trouveront à s'appliquer à l'Assemblée Générale Extraordinaire.

#### Article 16 : Droit de vote

Tous les membres de l'Association disposent d'un droit de vote et d'une voix à l'Assemblée Générale (qu'elle soit annuelle ou Extraordinaire).  
Les membres personnes morales sont représentés par leur représentant légal.

Chaque membre empêché peut se faire représenter par un autre membre ou par son conjoint.

Un même membre ne peut disposer de plus de 5% des droits de vote de la totalité des membres de l'Association au cours d'une même Assemblée.

### TITRE 5 : COMPTES DE L'ASSOCIATION

#### Article 17 : Exercice social

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

#### Article 18 : Comptabilité – Comptes sociaux

Il est tenu une comptabilité régulière des activités et opérations annuelles de l'Association, conformément aux normes édictées par le plan comptable associatif.

Le Trésorier fait établir, sous sa responsabilité, des comptes annuels comprenant un bilan, un compte de résultat et une annexe.

Les comptes annuels ainsi que le rapport du Conseil d'administration, le rapport financier du Trésorier et le rapport du Commissaire aux comptes, le cas échéant, sont tenus à la disposition de tous les membres de l'Association au siège du groupement, trente (30) jours au moins avant la réunion de l'Assemblée Générale annuelle.

#### Article 19 : Commissaire aux comptes

Le Conseil d'administration peut être amené à proposer à l'Assemblée Générale, de sa propre initiative ou afin de répondre aux exigences légales, la nomination d'un Commissaire aux comptes titulaire et d'un Commissaire aux comptes suppléant. Le Commissaire aux comptes exerce sa mission de contrôle dans les conditions prévues par la loi et les normes professionnelles.

### TITRE 6 : REGLEMENT INTERIEUR

#### Article 20 : Règlements intérieurs

Le Conseil d'administration peut établir un ou plusieurs règlements intérieurs. Le Conseil d'administration est seul compétent pour les modifier ou les abroger.

Ce(s) règlement(s) est(sont) destinés à préciser les règles de fonctionnement de l'Association et compléter les dispositions statutaires, notamment celles qui ont trait à l'administration interne de l'Association.

Les règlements intérieurs s'imposent aux membres présents et futurs de l'Association au même titre que les statuts.

### TITRE 7 : DISSOLUTION - FUSION - UNION

#### Article 21 : Dissolution – Fusion - Union

La dissolution de l'Association, sa fusion, son union avec un ou plusieurs autres organismes, la scission du groupement ainsi que la dévolution de ses biens, ne peuvent être décidées, sur proposition du Conseil d'administration, que par une Assemblée Générale, selon les conditions prévues ci-dessus.

En cas de liquidation ou de dissolution de l'Association, pour quelque cause que ce soit, l'Assemblée Générale désigne un ou plusieurs liquidateurs chargés des opérations de liquidation.

Lors de la clôture de la liquidation, l'Assemblée Générale se prononce sur la dévolution de l'actif net.

Les adhésions des membres de l'Association aux conventions d'assurance en cours au jour de la dissolution ou de la liquidation, se poursuivent de plein droit (article L 140-6 du code des assurances).

### TITRE 8 : LANGUE

#### Article 22 : Langue

La langue utilisée dans les présents statuts est la langue française.

Les présents statuts ont été approuvés par l'Assemblée Générale du 25 juin 2019

**REGLEMENT INTERIEUR**

Adopté par délibération du Conseil d'administration en date du 8 avril 2019

**ASSOCIATION DES ASSURÉS DE REPAM**

Association déclarée régie par la loi du 1er juillet 1901  
Siège social : 217 cours Lafayette – 69006 LYON  
Inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 397 587 619

**Article 1 : Objet**

Le règlement intérieur est destiné à compléter les statuts de l'ASSOCIATION DES ASSURÉS DE REPAM (ci-après l'« Association »), expliciter les règles du Code des Assurances et de la Mutualité, et les dispositions des contrats auprès des divers Assureurs ou Association.

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

Ce règlement s'impose à l'ensemble des membres adhérents présents et futurs de l'Association, au même titre que les statuts.

**Article 2 : Conditions de garanties**

Les conditions dans lesquelles les adhérents sont assurés sont énumérées dans les contrats proposés par l'Association.

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 la 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 carence, les exclusions.

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

Adhérents individuels ne souscrivant pas de garantie :  
Cotisation statutaire : 1.52 euros annuel.

Autres adhérents :

L'adhésion à l'Association comporte un droit d'entrée de 20 euros (frais de dossier) et une cotisation annuelle et ce, en plus de la prime d'assurance correspondant à la garantie souscrite.

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

**Article 4 : Règlement des primes et des cotisations**

Les primes et les cotisations sont payables pour l'année civile. Exceptionnellement, 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.

Il est appliqué une majoration de retard de 12,00 euros lors de l'émission de la mise en demeure.

Le non-paiement des primes, cotisations, frais ci-dessus, expose le membre de l'Association 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 RÉSILIATION 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 du membre de l'Association.

**Article 5 : Événements 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, décès ou dissolution d'un membre**

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

L'exclusion d'un membre de l'Association peut résulter notamment :

- d'une fausse déclaration ;
- d'un abus de prestations ;
- du non règlement des primes ou cotisations.

Le membre de l'Association démissionnaire ou radié ne saurait prétendre à une réintégration ultérieure sans respecter des conditions spéciales.

**Article 7 : Votes des membres présents**

Les membres de l'Association présents à l'Assemblée Générale votent à main levée. Toutefois, un bulletin secret peut être demandé par le Bureau, le Conseil d'administration ou 50% des membres présents pour tout vote.

**Article 8 : Votes par procuration**

Si un membre de l'Association ne peut assister personnellement à une Assemblée Générale, il peut s'y faire représenter par un autre membre muni d'une procuration. Les formules de procuration sont tenues à la disposition des membres empêchés et leur sont adressées sur demande expresse de leur part.

**Article 9 : 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 Générale 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 10 : 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.