

REPAM SANTE 2012/2013

SS / TNS / AGRICOLES

Bénéficiaires : ceux portés au certificat d'adhésion

Produit choisi : celui porté au certificat d'adhésion

CONDITIONS GENERALES REPCG2013

1 : PREAMBULE

Il a été conclu entre l'Association des Assurés de REPAM et AMIS-AVIVA Assurances, les Conventions d'assurance de groupe N° 67329680 – 10 NIVEAU 01, N° 67329680 – 11 NIVEAU 02, N° 67329680 – 12 NIVEAU 03, N° 67329680 – 13 NIVEAU 04 – N° 67329680 – 14 NIVEAU 05, N° 67329680 – 15 NIVEAU 06 à adhésion facultative, régies par le Code des Assurances.

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

Contrats responsables :

La présente convention d'assurance 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 produit 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 la Sécurité Sociale. En cas de modification de la participation forfaitaire et de la franchise, les garanties s'adapteront automatiquement aux nouveaux montants.**

2 : DEFINITIONS

ADHERENT :

La personne qui adhère au contrat et à jour de ses cotisations.

BENEFICIAIRES :

Sont bénéficiaires de l'Assurance, l'Adhérent, son conjoint ou concubin et leurs enfants de moins de 21 ans à condition d'avoir droit aux prestations en nature de l'assurance maladie soit du régime général de la Sécurité Sociale, soit du régime agricole, soit du régime d'assurances sociales des Travailleurs Non Salariés, soit du régime Alsace Moselle. Il doivent résider en France et exercer leurs activités professionnelles en France.

MALADIE :

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

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, insolation, et autres effets de la température sont considérés comme maladies.

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.

SOINS MEDICAUX 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.

REMBOURSEMENTS, PRESTATIONS :

Nos remboursements dépendent de six éléments :

- la lettre-clé 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,
- les frais réellement engagés par vous,
- le niveau que vous avez retenu.

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.

BASE DE REMBOURSEMENT : Tarif servant de base aux remboursements des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé.

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux.

TAA : Tarification A l'Activité en matière Hospitalière.

DELAI D'ATTENTE :

Les garanties sont accordées sans délai d'attente.

Toutefois, si le ou les assuré(s) ne bénéficiai(ent) pas de garanties égales ou supérieures lors de la souscription, les frais de séjours et honoraires en hospitalisation médicale ou chirurgicale sont limités, les 6 premiers mois, à hauteur des garanties de la précédente complémentaire (sauf accident). Les frais de séjours et honoraires sont limités, les 6 premiers mois, à 100 % de la base de remboursement sécurité sociale, si le ou les assuré(s) ne bénéficiai(ent) pas de garanties lors de la souscription.

La chambre particulière n'est pas garantie le premier mois si le ou les assuré(s) ne bénéficiai(ent) pas de garanties lors de la souscription (sauf accident).

Un délai de 3 mois est toujours appliqué sur tous les niveaux pour :

- les garanties Obsèques.

- le forfait maladies redoutées.

Un délai de 6 mois est toujours appliqué sur tous les niveaux pour les cures de désintoxication alcoolique et médicamenteuse prises en charge par la S.S.

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, ce avant le 31 décembre de leur 75^{ème} anniversaire pour les niveaux 04-05 et 06L'adhésion n'est effective qu'après paiement de la première cotisation. Elle est constatée par un certificat d'adhésion précisant le produit choisi. **En cours de contrat, vous nous informerez par lettre recommandée dans les 15 jours à partir du moment où vous en auez 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 L.113.8 et L.113.9 du Code des Assurances.

Sous réserve d'acceptation par l'Association des Assurés de Répam, **les garanties sont immédiatement viagères**, à l'exception des garanties indemnités obsèques et maladies redoutées qui cessent au 31 décembre de l'exercice civil de leur 65^e anniversaire.

Tous les membres de la famille de l'assuré 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 la Sécurité Sociale française quelque 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

en vigueur au 01/10/2011.

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 Adhérent (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.

Le délai de prescription est de 2 ans pour le paiement des prestations, à partir de la date des soins. Le délai de réclamation sur les dossiers réglés est de 6 mois.

Sans justificatifs des frais réels, ceux-ci sont fixés conformément au Tarif de Responsabilité de la Sécurité Sociale.

PLAFONNEMENT DE CERTAINES GARANTIES

Hospitalisation médicale et chirurgicale :

En hospitalisation médicale et chirurgicale, les honoraires sont limités à la garantie antérieure (sous déduction du R.O) les 6 premiers mois de l'adhésion (sauf garanties antérieures égales ou supérieures au produit choisi lors de la souscription).

Les remboursements prévus en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale (séjours et honoraires) ne peuvent excéder, dans tous les cas, 400 % du Tarif de Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (sous déduction du R O).

Hospitalisation – autres disciplines – maisons de repos et assimilés :

Les frais de séjour 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 la S.S, sont garantis pour tous les produits, dans la limite de 100 % de la base de remboursement de la S.S (sous déduction du R O) et dans la limite de 60 jours maximum par maladie ou accident (sauf accident postérieur à l'adhésion), y compris le forfait hospitalier, à l'exclusion de la chambre particulière.

Neuropsychiatrie, Psychiatrie et assimilés :

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

- Hospitalisation en établissement conventionné sur la base de 100 % de la Base de Remboursement (sous déduction du R O) et durant un maximum de 30 jours par an, y compris pour le forfait hospitalier, à l'exclusion de la chambre particulière.

- Un maximum de 3 consultations par an et par bénéficiaire est garanti.

Les remboursements pour travaux dentaires et optiques sont garantis si les prescriptions médicales sont postérieures à la date d'effet de l'adhésion.

Les forfaits annuels et les limites de garantie s'entendent par année d'adhésion.

MONTANT DES GARANTIES

NIVEAU 01

Hospitalisation médicale et chirurgicale :

- Frais de séjour en milieu conventionné : frais réels (sous déduction du R.O).

- Honoraires conventionnés par la Sécurité Sociale : 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

- Frais de séjour et honoraires en milieu non conventionné : 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait hospitalier :

- 100 % des frais réels.

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

:

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

Supplément chambre particulière :

- 100 % des Frais réels avec un maximum de 30 €/J pour les hôpitaux et cliniques conventionnés et non conventionnés

Transport, SAMU, SMUR :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Consultations, visites généralistes et spécialistes :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Analyses, Radiologies, infirmier(es), Appareillages, prothèses :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Autres soins médicaux courants :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Soins inopinés à l'étranger :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

sous couvert de prise en charge par le RO

Pharmacie prise en charge par la S.S. :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Optique (par an et par bénéficiaire) :

- 1^{ère} et 2^{ème} année : Montures, verres et lentilles acceptés par la Sécurité Sociale : 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

- 3^{ème} et suivantes : Montures, verres et lentilles acceptés et jetables ou refusés par la Sécurité Sociale : 50 € maximum

Prothèses dentaires acceptées par la Sécurité Sociale :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Soins dentaires acceptés par la S.S :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Actes de Prévention : tous les actes définis sur la liste prévue par le décret du 29 septembre 2005 de la loi du 13 août 2004

-100 % de la Base de remboursement (sous déduction du R O)

Assurance individuelle scolaire et extra-scolaire- cf infra : garantie.

NIVEAU 02

Hospitalisation médicale et chirurgicale :

- Frais de séjour en milieu conventionné : frais réels (sous déduction du R.O.).

- Honoraires conventionnés par la Sécurité Sociale : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

- Frais de séjour en milieu non conventionné : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

- Honoraires en milieu non conventionné : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait hospitalier :

- 100 % des frais réels.

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

:

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

Frais d'accompagnement d'enfant de moins de 18 ans hospitalisé :

- 10 € par jour.

Supplément chambre particulière :

- 100 % avec un maximum de 50 €/jour pour les hôpitaux et cliniques conventionnés ou non conventionnés.

Transport, SAMU, SMUR :

- 125 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Consultations, visites généralistes et spécialistes :

- 125 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Analyses, Radiologies, infirmier(es), Appareillages, Prothèses :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Autres soins médicaux courants :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait maladies redoutées – cf.infra : 200 €

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

Médecines douces (par an et par personne):

- Actes de Naturopathes, Ostéopathes, Etiopathes, Acupuncteurs, Chiropracteurs, 60 % des frais réels avec un maximum de 60 € par an et par bénéficiaire et de

30 € par consultation. Les praticiens doivent délivrer des factures signées et imprimées sur papier en-tête.

Soins inopinés à l'étranger :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

sous couvert de prise en charge par le R.O

Pharmacie prise en charge par la S.S :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Optique (par an et par bénéficiaire) :

-1^{ère} et 2^{ème} année : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusées* : Maximum 150 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusées, incluse dans la garantie, est limitée à 70 €.

-3^{ème} année et suivantes : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusées* : Maximum 175 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusées, incluse dans la garantie, est limitée à 90 €.

- Forfait traitement de la myopie au laser : 200 € par an et par bénéficiaire.

Soins dentaires acceptés par la S.S :

- 125 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par la Sécurité Sociale :

1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} année : 150 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par la Sécurité Sociale :

4^{ème} année et suivantes : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Implants dentaires (par an et par bénéficiaire) :

Maximum 100 €. **Maternité ou Adoption :** Chambre particulière : maxi : 50 € par jour + un forfait maternité de 50 €.

Ces versements excluent le remboursement de tous autres frais, sauf en cas de complications pathologiques ou d'intervention chirurgicale au cours d'une grossesse ou d'accouchement (K égal ou supérieur à 40, acte seul, hors péridurale). La garantie n'est effective que si la mère est assurée par le présent contrat. L'enfant devra également être affilié au présent contrat. La garantie ne s'applique pas si le père est seul garanti au contrat.

Actes de Prévention : tous les actes définis sur la liste prévue par le décret du 29 septembre 2005 de la loi du 13 août 2004

-100 % de la Base de remboursement (sous déduction du R O)

Cure thermale acceptée par le R.O. : 100 €. Ce versement exclut le remboursement de tous les autres frais.

Assurance individuelle scolaire et extra-scolaire- cf infra : garantie.

NIVEAU 03

Hospitalisation médicale et chirurgicale :

- Frais de séjour en milieu conventionné : frais réels (sous déduction du R.O.).

- Honoraires conventionnés par la Sécurité Sociale : 300 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (sous déduction du R.O.).

- Frais de séjour et honoraires en milieu non conventionné : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait hospitalier :

- 100% des frais réels.

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

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

Frais d'accompagnement d'enfant de moins de 18 ans hospitalisé.

- 10 € par jour.

Supplément chambre particulière :

- 100 % des Frais réels avec un maximum de 70 €/J pour les hôpitaux et cliniques conventionnés et non conventionnés

Transport, SAMU, SMUR :

- 150 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Consultations, visites généralistes et spécialistes :

- 150 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Analyses, Radiologies, infirmier (es), Appareillages, Prothèses :

- 125 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Autres soins médicaux courants :

- 125 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait maladies redoutées – cf.infra : 300 €

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

Médecines douces (par an et par personne):

- Actes de Naturopathes, Ostéopathes, Etiopathes, Acupuncteurs,; Chiropracteurs, 70 % des frais réels avec un maximum de 60 € par an et par bénéficiaire et de 30 € par consultation. Les praticiens doivent délivrer des factures signées et imprimées sur papier en-tête.

Soins inopinés à l'étranger :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

sous couvert de prise en charge par le R.O

Pharmacie prise en charge par la S.S. :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Optique (par an et par bénéficiaire) :

-1^{ère} et 2^{ème} année : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusées* : Maximum 200 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusées, incluse dans la garantie, est limitée à 100 €.

-3^{ème} année et suivantes : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusées* : Maximum 225 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusées, incluse dans la garantie, est limitée à 110 €.

- Forfait traitement de la myopie au laser : 300 € par an et par bénéficiaire.

Soins dentaires acceptés par la S.S :

- 150 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par la Sécurité Sociale :

1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} année : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale :

4^{ème} année et suivantes : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Implants dentaires (par an et par bénéficiaire) :

Maximum 125 €. Les frais de prothèses dentaires, d'orthodontie et d'implants dentaires sont limités par bénéficiaire et par an au plafond suivant : 500 € la 1^{ère} et 2^{ème} année et 1 000 € les années suivantes.

Maternité ou Adoption : Chambre particulière : maxi : 60 € par jour + un forfait maternité de 150 €.

Ces versements excluent le remboursement de tous autres frais, sauf en cas de complications pathologiques ou d'intervention chirurgicale au cours d'une

grossesse ou d'accouchement (K égal ou supérieur à 40, acte seul, hors péridurale). La garantie n'est effective que si la mère est assurée par le présent contrat. L'enfant devra également être affilié au présent contrat. La garantie ne s'applique pas si le père est seul garanti au contrat.

Obsèques (jusqu'au 31.12. de vos 65 ans) : 300 €

En application des dispositions de l'article L. 132-3 du Code des Assurances, l'allocation versée en cas de décès d'un enfant âgé de moins de 12 ans est limitée au montant des frais d'obsèques réellement engagés.

Actes de Prévention : tous les actes définis sur la liste prévue par le décret du 29 septembre 2005 de la loi du 13 août 2004

-100 % de la Base de remboursement (sous déduction du R O)

Cure thermale acceptée par le R.O. : 100 €. Ce versement exclut le remboursement de tous les autres frais.

Assurance individuelle scolaire et extra-scolaire- cf infra : garantie.

NIVEAU 04

Hospitalisation médicale et chirurgicale :

- Frais de séjour en milieu conventionné : frais réels (sous déduction du R.O.).

- Honoraires conventionnés par la Sécurité Sociale : frais réels limités à 400 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (sous déduction du R.O.).

- Frais de séjour et honoraires en milieu non conventionné : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait hospitalier :

- 100% des frais réels.

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

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

Frais d'accompagnement d'enfant de moins de 18 ans hospitalisé.

- 15 € par jour.

Supplément chambre particulière :

- Frais réels avec un maximum de 160 €/J pour les hôpitaux et cliniques conventionnés et de 50 €/J pour les hôpitaux et cliniques non conventionnés

Transport, SAMU, SMUR :

- 175 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Consultations, visites généralistes et spécialistes :

- 175 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Analyses, Radiologies, infirmier(es), Appareillages, Prothèses :

- 150 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Autres soins médicaux courants :

- 150 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait maladies redoutées – cf.infra : 450 €

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

Médecines douces (par an et par personne):

- Actes de Naturopathes, Ostéopathes, Etiopathes, Acupuncteurs,; Chiropracteurs, 80 % des frais réels avec un maximum de 100 € par an et par bénéficiaire et de 40 € par consultation. Les praticiens doivent délivrer des factures signées et imprimées sur papier en-tête.

Soins inopinés à l'étranger :

- 125 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

sous couvert de prise en charge par le R.O

Pharmacie prise en charge par la S.S. :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Optique (par an et par bénéficiaire) :

-1^{ère} et 2^{ème} année : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusées*: Maximum 250 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusées, incluse dans la garantie, est limitée à 150 €.

-3^{ème} année et suivantes : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusées*: Maximum 275 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusées, incluse dans la garantie, est limitée à 165 €.

- Forfait traitement de la myopie au laser : 400 € par an et par bénéficiaire.

Soins dentaires acceptés par la S.S. :

- 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par la Sécurité Sociale :

1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} année : 225 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale :

4^{ème} année et suivantes : 275 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Implants dentaires (par an et par bénéficiaire) : Maximum 150 €.

Les frais de prothèses dentaires, d'orthodontie et d'implants dentaires sont limités par bénéficiaire et par an au plafond suivant : 600 € la 1^{ère} et 2^{ème} année et 1 200 € les années suivantes.

Maternité ou Adoption : Chambre particulière maxi : 70 € par jour + un forfait maternité de 200 €.

Ces versements excluent le remboursement de tous autres frais, sauf en cas de complications pathologiques ou d'intervention chirurgicale au cours d'une grossesse ou d'accouchement (K égal ou supérieur à 40, acte seul, hors péridurale). La garantie n'est effective que si la mère est assurée par le présent contrat. L'enfant devra également être affilié au présent contrat. La garantie ne s'applique pas si le père est seul garanti au contrat.

Obsèques (jusqu'au 31.12. de vos 65 ans) : 300 €

En application des dispositions de l'article L. 132-3 du Code des Assurances, l'allocation versée en cas de décès d'un enfant âgé de moins de 12 ans est limitée au montant des frais d'obsèques réellement engagés.

Actes de Prévention : tous les actes définis sur la liste prévue par le décret du 29 septembre 2005 de la loi du 13 août 2004

-100 % de la Base de remboursement (sous déduction du R O)

Cure thermale acceptée par le R.O. : 100 €. Ce versement exclut le remboursement de tous les autres frais.

Assurance individuelle scolaire et extra-scolaire- cf infra : garantie.

NIVEAU 05

Hospitalisation médicale et chirurgicale :

- Frais de séjour en milieu conventionné : frais réels (sous déduction du R.O.).

- Honoraires conventionnés par la Sécurité Sociale : frais réels limités à 400 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (sous déduction du R.O.).

- Frais de séjour et honoraires en milieu non conventionné : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait hospitalier :

- 100% des frais réels.

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

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

Frais d'accompagnement d'enfant de moins de 18 ans hospitalisé.

- 25 € par jour.

Supplément chambre particulière :

- Frais réels avec un maximum de 160 €/J pour les hôpitaux et cliniques conventionnés et de 50 €/J pour les hôpitaux et cliniques non conventionnés

Transport, SAMU, SMUR :

- 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Consultations, visites généralistes et spécialistes :

- 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Analyses, Radiologies, infirmier (es), Appareillages, Prothèses :

- 175 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Autres soins médicaux courants :

- 175 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait maladies redoutées – cf.infra : 750 €

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

Médecines douces (par an et par personne):

- Actes de Naturopathes, Ostéopathes, Etiopathes, Acupuncteurs,; Chiropracteurs, 90 % des frais réels avec un maximum de 200 € par an et par bénéficiaire et 40 € par consultation. Les praticiens doivent délivrer des factures signées et imprimées sur papier en-tête.

Soins inopinés à l'étranger :

- 150 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.) sous couvert de prise en charge par le R.O

Pharmacie prise en charge par la S.S. :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Optique (par an et par bénéficiaire) :

-1^{ère} et 2^{ème} année : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusées*: Maximum 300 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusées, incluse dans la garantie, est limitée à 175 €.

-3^{ème} année et suivantes : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusées*: Maximum 350 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusées, incluse dans la garantie, est limitée à 200 €.

- Forfait traitement de la myopie au laser : 450 € par an et par bénéficiaire.

Soins dentaires acceptés par la S.S. :

- 275 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par la Sécurité Sociale :

1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} année : 275 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale :

4^{ème} année et suivantes : 325 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Implants dentaires (par an et par bénéficiaire) : Maximum 250 €.

Les frais de prothèses dentaires, d'orthodontie et d'implants dentaires sont limités par bénéficiaire et par an au plafond suivant : 700 € la 1^{ère} et 2^{ème} année et 1 400 € les années suivantes.

Maternité ou Adoption : Chambre particulière maxi : 80 € par jour + un forfait maternité de 250 €.

Ces versements excluent le remboursement de tous autres frais, sauf en cas de complications pathologiques ou d'intervention chirurgicale au cours d'une grossesse ou d'accouchement (K égal ou supérieur à 40, acte seul, hors péridurale). La garantie n'est effective que si la mère est assurée par le présent contrat. L'enfant devra également être affilié au présent contrat. La garantie ne s'applique pas si le père est seul garanti au contrat.

Obsèques (jusqu'au 31.12. de vos 65 ans) : 600 €

En application des dispositions de l'article L. 132-3 du Code des Assurances, l'allocation versée en cas de décès d'un enfant âgé de moins de 12 ans est limitée au montant des frais d'obsèques réellement engagés.

Actes de Prévention : tous les actes définis sur la liste prévue par le décret du 29 septembre 2005 de la loi du 13 août 2004

-130 % de la Base de remboursement (sous déduction du R O)

Cure thermale acceptée par le R.O. : 150 €. Ce versement exclut le remboursement de tous les autres frais.

Assurance individuelle scolaire et extra-scolaire- cf infra : garantie.

NIVEAU 06

Hospitalisation médicale et chirurgicale :

- Frais de séjour en milieu conventionné : frais réels (sous déduction du R.O.).

- Honoraires conventionnés par la Sécurité Sociale : frais réels limités à 400 % de la base de remboursement de la Sécurité Sociale (sous déduction du R.O.).

- Frais de séjour et honoraires en milieu non conventionné : 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait hospitalier :

- 100% des frais réels.

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

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

Frais d'accompagnement d'enfant de moins de 18 ans hospitalisé.

- 30 € par jour.

Supplément chambre particulière :

- Frais réels avec un maximum de 160 €/J pour les hôpitaux et cliniques conventionnés et de 50 €/J pour les hôpitaux et cliniques non conventionnés

Transport, SAMU, SMUR :

- 250 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Consultations, visites généralistes et spécialistes :

- 250 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Analyses, Radiologies, infirmier (es), Appareillages, Prothèses :

- 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Autres soins médicaux courants :

- 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

Forfait maladies redoutées – cf.infra : 1 000 €

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

Médecines douces (par an et par personne):

- Actes de Naturopathes, Ostéopathes, Etiopathes, Acupuncteurs,; Chiropracteurs, 100 % des frais réels avec un maximum de 200 € par an et par bénéficiaire et de 40 € par consultation. Les praticiens doivent délivrer des factures signées et imprimées sur papier en-tête.

Soins inopinés à l'étranger (Hospitalisation uniquement) :

- 200 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.) sous couvert de prise en charge par le R.O

Pharmacie prise en charge par la S.S. :

- 100 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.).

- a) en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou au cours de l'adhésion (art. L.113.8 ou L.113.9 du Code des Assurances),
- b) en cas de non-paiement des cotisations (art.L.113.3 du Code des Assurances),
- 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 d'appartenir à l'effectif assurable,
- e) en cas de dénonciation de la présente convention par l'Association des Assurés de REPAM ou par les assureurs à l'échéance annuelle (dans ce cas, l'Association des Assurés s'engage à en informer chaque Adhérent).

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

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

RENONCIATION A L'ADHESION

Conformément à l'articles L 112-9-1 du Code des assurances, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 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 modèle de lettre qui suit :

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

Date Signature du Souscripteur

9 : COTISATIONS

La cotisation (taxes comprises) est valable jusqu'au 31.12.2013 (sauf modification des taxes ou modification du régime obligatoire). Au-delà, elle est fonction de l'âge à l'adhésion de l'adhérent, du produit choisi et de la consommation médicale des groupes assurés par la présente convention. Jusqu'à l'âge de 65 ans, les taux de cotisations évoluent contractuellement de 2 % par an, de 3 % au-delà de cet âge. Au-delà de ces taux, elle évolue en fonction des résultats enregistrés par le contrat dans ses 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 et du point de vente.

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

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

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 des Assurances.

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'au 31.12. de l'année en cours.

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

Optique (par an et par bénéficiaire) :

-1^{ère} et 2^{ème} année : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusées* : Maximum 400 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusées, incluse dans la garantie, est limitée à 200 €.

-3^{ème} année et suivantes : Monture, verres acceptés, lentilles acceptés et jetables ou refusées* : Maximum 450 €. *La garantie des lentilles jetables ou refusées, incluse dans la garantie, est limitée à 250 €.

- Forfait traitement de la myopie au laser : 500 € par an et par bénéficiaire.

Soins dentaires acceptés par la S.S :

- 300 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par la Sécurité Sociale :

1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} année : 325 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Prothèses dentaires et orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale :

4^{ème} année et suivantes : 375 % de la Base de Remboursement de la S.S (sous déduction du R.O.)

Implants dentaires (par an et par bénéficiaire) : Maximum 300 €.

Les frais de prothèses dentaires, d'orthodontie et d'implants dentaires sont limités par bénéficiaire et par an au plafond suivant : 1 000 € la 1^{ère} et 2^{ème} année et 2 000 € les années suivantes.

Maternité ou Adoption : Chambre particulière maxi : 90 € par jour + un forfait maternité de 300 €.

Ces versements excluent le remboursement de tous autres frais, sauf en cas de complications pathologiques ou d'intervention chirurgicale au cours d'une grossesse ou d'accouchement (K égal ou supérieur à 40, acte seul, hors péridurale). La garantie n'est effective que si la mère est assurée par le présent contrat. L'enfant devra également être affilié au présent contrat. La garantie ne s'applique pas si le père est seul garanti au contrat.

Obsèques (jusqu'au 31.12. de vos 65 ans) : 700 €

En application des dispositions de l'article L. 132-3 du Code des Assurances, l'allocation versée en cas de décès d'un enfant âgé de moins de 12 ans est limitée au montant des frais d'obsèques réellement engagés.

Sauf dispositions prévues à l'article 4 – plafonnement de certaines garanties :-

- Les séjours en gérontologie, en Instituts Médico-pédagogiques et établissements similaires, les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes, les longs et moyens séjours.
- Les soins esthétiques. Les honoraires de chirurgiens esthétiques (sauf accident), les cures de sommeil, d'amaigrissement, la thalassothérapie.
- Les frais de TV en cas de maternité (avec ou sans complication), en cas d'hospitalisation en soins de suite, maison de repos, convalescence, réadaptations, rééducations,
- psychiatrie, longs et moyens séjours et toutes disciplines autres que médicales ou chirurgicales.
- Les hospitalisations connues ou en cours lors de l'adhésion ainsi que leurs suites et conséquences.

7 : FORMATION ET DUREE DU CONTRAT

L'adhésion produit ses effets à compter de la date fixée aux Conditions Particulières.

Elle présente un caractère viager et ne peut donc être résiliée par l'assureur, sauf dans les cas prévus à l'article 8.

MODIFICATION DE GARANTIES :

Après un an d'adhésion, l'assuré(e) peut demander la modification de ses garanties. Ces changements de niveau se font au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve des limites d'âge d'accès au produit. En cas d'augmentation des garanties, les plafonds de 1^{ère} et 2^{ème} année du nouveau produit sont applicables. Tout changement de niveau annule le nombre d'années d'adhésion pris en compte pour l'attribution des renforts fidélité.

8 : 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 toujours au 1^{er} janvier de chaque année.

L'Adhérent peut être radié le 31 décembre de chaque année, sous réserve des conditions ci-dessus, sur sa demande formulée par lettre recommandée, adressée au moins 2 mois à l'avance.

La radiation ou l'exclusion peut, par ailleurs, être prononcée :

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.

10 – 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.

11 : GENERALITES

En cas de difficulté relative à l'interprétation ou à l'application du présent contrat, les parties s'engagent à s'en rapporter à la sentence

rendue par deux arbitres choisis respectivement par chacune d'elles, lesquels, s'ils ne trouvaient pas d'accord, auront à choisir eux-mêmes un tiers arbitre.

En cas de désaccord sur ce choix, le tiers arbitre sera nommé en référé par le Président du Tribunal de Grande Instance de LYON à la requête de la partie la plus diligente.

Les Conventions auxquelles le présent contrat est rattaché sont souscrites par l'Association des Assurés de REPAM, dont le siège est au 65, Boulevard Vivier-Merle, 69003 LYON auprès de

A.M.I.S – AVIVA Assurances

(Assurances Multirisques Interprofessionnelles de la Santé)

RCS : Nanterre B 306 522 665

Siège social : 13 rue du moulin Bailly

92271 BOIS COLOMBES Cedex

sous les

N° 67329680 - 10 – NIVEAU 01

N° 67329680 - 11 – NIVEAU 02

N° 67329680 - 12 – NIVEAU 03

N° 67329680 - 13 – NIVEAU 04

N° 67329680 - 14 – NIVEAU 05

N° 67329680 - 15 – NIVEAU 06

**GARANTIES RENFORCEES
FORFAIT MALADIES REDOUTEES****1 - OBJET DE LA GARANTIE :**

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

2 - MALADIES REDOUTEES :

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

- SCLEROSE EN PLAQUES :

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

- INFARCTUS DU MYOCARDE :

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

- CORONAROPATHIES :

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

- ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL :

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

- CANCER :

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

- INSUFFISANCE RENALE :

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

- GREFFE D'ORGANE :

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

MONTANT DES GARANTIES

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

3 - PRISE D'EFFET DE LA GARANTIE :

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

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

4 - CESSATION DE LA GARANTIE :

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

1 - PERSONNES ASSUREES :

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

2 - OBJET DE LA GARANTIE :

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

3 - LES GARANTIES :**A) DECES ACCIDENTEL :**

En cas de décès suite à un accident garanti, paiement aux ayants droit d'un capital de 1 525 €.

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

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

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

a) suite à un accident garanti,

b) suite à une des maladies suivantes :

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

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

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

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

- taux inférieur à 21 % : aucun capital,

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

4 - BAREME DES INVALIDITES :

Pour les garanties B et C, le "Barème Fonctionnel Indicatif des Incapacités en Droit Commun" publié au Concours Médical du 19 juin 1982 servira de base à la détermination des taux d'invalidité.

5 - EXCLUSIONS :

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

- de la transformation ou la désintégration du noyau atomique,

- des radiations subies lors de votre activité professionnelle,

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

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

et de sports de combat,

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

- de maladies ou infirmités congénitales ainsi que leurs suites,

de toutes les conséquences des maladies non énumérées ci-dessus, sauf si elles sont les conséquences d'un accident compris dans la garantie,

- d'accidents causés par l'utilisation de stupéfiants ou substances

analogues, médicaments, traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée,

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

réglementation routière par litre de sang,

- de conséquence d'une crise d'épilepsie ou de delirium tremens,

d'une rupture d'anévrisme, d'un infarctus du myocarde, d'une embolie cérébrale ou d'une hémorragie méningée,

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

Sont exclus les accidents qui surviennent dans les circonstances suivantes :

- lorsque l'Assuré utilise, en tant que conducteur ou passager, un véhicule à deux ou trois roues,

soit d'une cylindrée supérieure à 125 cm³,

soit, dans tous les cas, s'il est prouvé qu'il ne portait pas de casque,

- lors de la participation de l'Assuré à des rixes (sauf cas de légitime

défense), des crimes, des paris de toute nature.

Association des Assurés de Répam

STATUTS

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

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

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

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

Article 5 : ADMISSION

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

Article 6 : RADIATION

La qualité de membre se perd par :
démission
décès
radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour infractions aux présents statuts ou pour motifs graves tels que abus entraînant le versement de prestations non justifiées nonobstant le remboursement desdites prestations.

Article 7 : RESSOURCES

Les ressources de l'Association comprennent :

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

2/ Toutes ressources autorisées par la loi.

Article 8 : FONDS SOCIAL

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

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

Article 9 : L'Association se compose :

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

Article 10 : CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

- 1/ Un Président,
- 2/ Un ou plusieurs Vice-président s'il y a lieu,
- 3/ Un Secrétaire et s'il y a lieu, un secrétaire adjoint,
- 4/ Un Trésorier et s'il y a lieu, un trésorier adjoint.

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

Article 11 : REUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

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

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

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

Article 12 : ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE

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

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

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

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

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

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

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents.

Article 13 : ASSEMBLEE GENERALE EXTRAORDINAIRE

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

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents.

Article 14 : REGLEMENT INTERIEUR

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

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

Article 15 : MODIFICATIONS DES STATUTS

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

Article 16 : DISSOLUTION, FUSION, UNION

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

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

Association des Assurés de Répam

REGLEMENT INTERIEUR

Article 1 : Objet

Le règlement intérieur est destiné à compléter les statuts de l'Association, expliciter les règles du Codes des Assurances et les dispositions des contrats auprès des divers Assureurs ou Association. En l'absence de clauses particulières les règles du Code des Assurances s'appliquent ainsi que celles prévues par les contrats souscrits.

Ce règlement est valable pour l'ensemble des Adhérents.

Article 2 Conditions de garanties

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

La demande d'adhésion à l'Association entraîne l'acceptation des statuts, du règlement intérieur et des garanties proposées. Elle est considérée comme acceptée lors de la délivrance du certificat d'adhésion.

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

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

Adhérents individuels ne souscrivant pas de garantie.

Cotisation statutaire : 1.52 € annuel

Autres adhérents

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

A compter du 01.01.2002, les montants sont respectivement fixés à :

- Droit d'entrée : 20 € (frais de dossier) à l'exclusion de SOLUTION HOSPI et des contrats groupe.

Cotisation statutaire adhésion individuelle :

Néant

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

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

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

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

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

Ces montants sont versés à l'organisme gestionnaire.

Article 4 : Règlement des primes et des cotisations

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

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

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

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

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

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

Article 5 : Evènements donnant lieu au paiement des prestations

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

Article 6 : Démission, exclusion, radiation

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

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

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

Article 7 : Modification des prestations ou cotisations

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

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

Article 8 : Juridiction

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