

# Sérénité Santé

- > Notice d'information
- > Convention d'assistance
- > Protection juridique

Version 03.2026



## OBJET DU CONTRAT

- > Complémentaire Santé
- > Services d'assistance
- > Protection juridique



**Kereis Solutions**, SAS au capital de 112 309 euros, dont le siège social est 112 avenue Kléber, 75116 Paris, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 524 114 600, ORIAS n° 10 057 441 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)), ayant un établissement secondaire sis 679 av. du Dr. Lefèbvre – BP 189 – 06272 Villeneuve-Loubet Cedex, téléphone : 04 92 02 08 50. KEREIS SOLUTIONS exerce son activité en qualité de courtier d'assurances (COA) sous le contrôle de l'ACPR – 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 9. KEREIS SOLUTIONS exerce son activité de courtage en assurance conformément aux dispositions de l'article L. 521-2 II 1° B du code des assurances.

**Assureur** : Swiss Life Prévoyance et Santé | Siège social : 1, rue Bellini – 92800 Puteaux | S.A. au capital de 150 000 000 euros | Entreprise régie par le Code des assurances | RCS Nanterre 322 215 021

**Souscripteur** : AGIS (Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité), association loi 1901 déclaration à la Préfecture de Paris n° 546967P | Siège social : 2, rue Jean Jaurès – 92800 Puteaux  
**Protection Juridique** : **CFDP ASSURANCES** – Entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1 692 240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156

**Assistance** : Les prestations d'assistance et de téléconsultation sont mise en œuvre par AP Solutions GmbH, société de droit étranger, enregistrée en tant qu'intermédiaire d'assurance auprès de l'IHK (Industrie- und Handelskammer) sous le numéro D-6HBO-LAOBJ-74, agissant par l'intermédiaire de sa succursale française, ayant son siège social 7 rue Dora Maar 93400 Saint-Ouen et immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bobigny sous le numéro 922 238 068 ci-après dénommé sous le nom commercial "Mondial Assistance".

## SOMMAIRE GÉNÉRAL

<b>DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE PRODUIT D'ASSURANCE (FICHE IPID)</b>	<b>2</b>
<b>DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE PRODUIT D'ASSURANCE (FICHE IPID - FORMULES BUDGET)</b>	<b>4</b>
<b>DOCUMENT D'INFORMATION TAUX DE REDISTRIBUTION ET TAUX DE FRAIS DE GESTION</b>	<b>6</b>
<b>TABLEAU DES GARANTIES</b>	<b>7</b>
<b>EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS</b>	<b>9</b>
<b>NOTICE D'INFORMATION SANTÉ</b>	<b>13</b>
<b>NOTICE D'INFORMATION FORMULES BUDGET</b>	<b>26</b>
<b>CONVENTION D'ASSISTANCE</b>	<b>39</b>
<b>DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ</b>	<b>46</b>
<b>PROTECTION JURIDIQUE</b>	<b>48</b>
<b>STATUTS AGIS</b>	<b>52</b>

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit co-conçu par Kereis Solutions : Kereis Solutions, société par actions simplifiée au capital de 112 309 euros, dont le siège social est 112 avenue Kléber, 75116 Paris, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 524 114 600, courtier en assurances inscrit au registre de l'ORIAS sous le numéro 10 057 441 (www.orias.fr)

Assureur : SwissLife Prévoyance et Santé – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances – 322 215 021 RCS Nanterre.

AWP P&C - SA à conseil d'administration au capital de 18 510 562,50 € - 519 490 080 RCS Bobigny, Société d'assurance voyage et d'assistance, Entreprise privée régie par le Code des assurances.

CFDP - Entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1 692 240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156

Produit : SÉRÉNITÉ SANTÉ

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

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

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

Le produit Sérénité Santé est un contrat de complémentaire santé, collectif à adhésion facultative. Il prévoit le remboursement de tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires (assurés) en cas d'accident, maladie ou maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables. Il peut être souscrit dans le cadre de la loi Madelin pour les personnes éligibles.

## Qu'est-ce qui est assuré ?

### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

#### Formules F1 à F6

✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, frais accompagnant, confort hospi (télévision, Internet, téléphone, presse), hospitalisation à domicile, chambre particulière, forfait actes lourds, forfait patient urgence, transport.

✓ **Soins courants** : honoraires, paramédicaux, laboratoires, médecines complémentaires, matériel médical (gros et petit appareillage dont prothèses capillaires de classe II et forfait de mise à disposition et de livraison pour la location de courte durée de véhicules pour personne en situation de handicap), séances d'accompagnement psychologique remboursées par la Sécurité sociale.

✓ **Médicaments** : Médicaments remboursés par le Régime Obligatoire.

✓ **Optique** : équipement (monture et verres), lentilles, chirurgie réfractive.

✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, inlays-onlays, orthodontie, prothèses et inlay-core (couronnes, bridges, appareils amovibles) remboursés par le Régime Obligatoire.

✓ **Aides auditives** : piles et accessoires.

✓ **Actes de prévention et médicaments prescrits ou non, non remboursés par le régime obligatoire.**

✓ **Cures thermales** : honoraires et frais remboursés par le régime obligatoire.

### AUTRES GARANTIES PREVUES SELON FORMULE CHOISIE

Dentaires non remboursés par le régime obligatoire (implantologie, prothèses, parodontologie).

**Bonus fidélité** sur les honoraires en hospitalisation OPTAM, la chambre particulière, le forfait cure thermale, la chirurgie réfractive, les actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale.

### GARANTIES OPTIONNELLES

**Renfort Hospitalisation** dès la formule F1 : supplément de remboursement des honoraires OPTAM et OPTAM-CO, chambre particulière, frais accompagnant, confort Hospi.

### LES SERVICES PRÉVUS

Réseau de soins Carte Blanche

Espace clients Cegema pour le suivi des remboursements.

### L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE

Parmi les nombreux services en inclusion :

✓ Téléconsultation médicale jusqu'à 10 consultations par an par bénéficiaire.

✓ Aide-ménagère et/ou auxiliaire de vie en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile

✓ **Protection Juridique Santé.**

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

## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les frais relatifs à des séjours en établissements médicosociaux, services ou unités de soins de longue durée (USLD), maisons de retraite, logements foyers pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.
- ✗ Délai d'attente de 3 mois sur les forfaits en Hospitalisation et Soins courants.

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

Liste non exhaustive. La liste complète des exclusions et des limitations se trouve dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

! La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité Sociale.

! La majoration du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.

! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

### PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Frais accompagnant, télévision, téléphone, Internet et presse** : les remboursements sont limités à 20 jours par an.

**Chambre particulière** : limitée à 30 jours par an en hospitalisation classique, 20 jours par an en rééducation, convalescence et réadaptation fonctionnelle.

**Médecine complémentaire** : Limitation à 40€ par séance.

**Délai d'attente de 3 mois** sur les forfaits en Hospitalisation et Soins courants.

**Limitation** : en Hospitalisation limitation pour les formules F4 à F6 à la F3 pendant 3 mois ; en Optique limitation à 100% BRSS sur les Equipements hors 100% Santé pendant 3 mois ; en Dentaire limitation pour les formules F4 à F6 à 150% BRSS pendant 3 mois.

**Frais dentaires** : les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient fonction du niveau de garantie choisi.

**Frais optiques** : la prise en charge est limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

**Prévention** : sont remboursés les actes de prévention prévus au contrat responsable et les vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, Traitement antipaludéen pour les voyages, sevrage tabagique, troubles de l'audition, glucomètre, auto-tensiomètre, test de dépistage NR (cancers col de l'utérus, colon, sein) et dépistage de l'ostéoporose.

**Renfort Hospitalisation** : les remboursements sont limités aux médecins ayant adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO).



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ La garantie du contrat s'exerce en France. Elle s'étend aux accidents, aux maladies et aux hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de base de l'Assuré s'applique.
- ✓ Dans les cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



## Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties, vous devez,

Lors de l'adhésion au contrat :

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion fournie par l'assureur,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,

En cours de contrat :

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat,
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par la Sécurité Sociale (si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si l'assureur n'a pas directement réglé auprès du professionnel de santé),
- Informer l'assureur de tout changement de votre situation, par lettre recommandée postale ou envoi en recommandé électronique, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, et notamment le changement d'adresse ou la fixation hors de France métropolitaine, la composition familiale, le régime obligatoire, la profession exercée.

Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au contrat dans les dix jours à compter de l'échéance.
- Paiement fractionné possible (mensuel, trimestriel ou semestriel) avec frais.
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en fractionnement mensuel et trimestriel) ou par prélèvement automatique.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est définie d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion.
- En cas de contrat conclu à distance ou en cas de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle si celle-ci est postérieure à la date de conclusion du contrat.
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance anniversaire sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre adhésion dans les cas prévus par la réglementation, mais également :

- A la date d'échéance anniversaire, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.
- Vous avez également la possibilité de mettre un terme à votre adhésion au contrat Sérénité Santé à tout moment, après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.
- En cas de révision des cotisations.
- Votre demande de résiliation doit nous être adressée par lettre recommandée postale ou envoi recommandé électronique ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances.

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit co-conçu par Kereis Solutions : Kereis Solutions, société par actions simplifiée au capital de 112 309 euros, dont le siège social est 112 avenue Kléber, 75116 Paris, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 524 114 600, courtier en assurances inscrit au registre de l'ORIAS sous le numéro 10 057 441 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr))

Assureur : SwissLife Prévoyance et Santé – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances – 322 215 021 RCS Nanterre.

AWP P&C - SA à conseil d'administration au capital de 18 510 562,50 € - 519 490 080 RCS Bobigny, Société d'assurance voyage et d'assistance, Entreprise privée régie par le Code des assurances.

CFDP - Entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1 692 240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156

Produit : SÉRÉNITÉ SANTÉ - Formules BUDGET

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

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

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

Le produit Sérénité Santé formules « Budget » est un contrat de complémentaire santé, collectif à adhésion facultative. Il prévoit le remboursement de tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires (assurés) en cas d'accident, maladie ou maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables. Il ne peut pas être souscrit dans le cadre de la loi Madelin.

## Qu'est-ce qui est assuré ?

### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

#### F1 Budget à F4 Budget

✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, hospitalisation à domicile, transport.

✓ **Soins courants** : honoraires, paramédicaux, laboratoires, médecines complémentaires, matériel médical (gros et petit appareillage).

✓ **Médicaments** : Médicaments remboursés à 65% et 30% par le Régime Obligatoire.

✓ **Optique** : Équipement (monture et verres), lentilles, les actes 100% Santé ne sont pas remboursés intégralement sur la F1 Budget.

✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, inlays-onlays, orthodontie, prothèses et inlay-core (couronnes, bridges, appareils amovibles) remboursés par le Régime Obligatoire. Les actes 100% Santé ne sont pas remboursés intégralement mais en % de la BRSS.

✓ **Aides auditives** : piles et accessoires. Les actes 100% Santé ne sont pas remboursés intégralement mais en % de la BRSS.

✓ **Actes de prévention**

✓ **Cures thermales** : honoraires remboursés par le régime obligatoire.

### AUTRES GARANTIES PREVUES SELON FORMULE CHOISIE

Chambre particulière en hospitalisation classique, forfait matériel médical, forfait cure thermique.

**Bonus fidélité** sur les honoraires en hospitalisation OPTAM, la chambre particulière, le forfait cure thermique.

### GARANTIES OPTIONNELLES

**Renfort Hospitalisation dès la formule F1 Budget** : supplément de remboursement des honoraires OPTAM et OPTAM-CO, chambre particulière, frais accompagnant, confort

### LES SERVICES PRÉVUS

Réseau de soins Carte Blanche

Espace clients Cegema pour le suivi des remboursements.

### L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

Parmi les nombreux services en inclusion :

✓ Téléconsultation médicale jusqu'à 10 consultations par an par bénéficiaire.

✓ Aide-ménagère et/ou auxiliaire de vie en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile.

✓ **La protection Juridique Santé**

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

## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les frais relatifs à des séjours en établissements médicosociaux, services ou unités de soins de longue durée (USLD), maisons de retraite, logements foyers pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.
- ✗ Délai d'attente de 3 mois sur les forfaits en Hospitalisation et Soins Courants

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

Liste non exhaustive. La liste complète des exclusions et des limitations se trouve dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

! La contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité Sociale.

! La majoration du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.

! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

### PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Chambre particulière** : limitée à 30 jours par an en hospitalisation classique.

! **Médecine complémentaire** : Limitation à 30€ par séance.

! **Délai d'attente de 3 mois** sur les forfaits en Hospitalisation et Soins courants.

! **Limitation** : en Hospitalisation limitation pour les formules F4 à F3 Budget pendant 3 mois ; en Optique limitation à 100% BRSS sur les Equipements hors 100% Santé pendant 3 mois.

! **Frais dentaires** : les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient fonction du niveau de garantie choisi.

! **Frais optiques** : la prise en charge est limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

! **Prévention** : sont remboursés les actes de prévention prévus au contrat responsable

! **Renfort Hospitalisation** : les remboursements sont limités aux médecins ayant adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO).



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ La garantie du contrat s'exerce en France. Elle s'étend aux accidents, aux maladies et aux hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de base de l'Assuré s'applique.
- ✓ Dans les cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



## Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties, vous devez, Lors de l'adhésion au contrat :

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion fournie par l'assureur,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,

En cours de contrat :

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat,
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par la Sécurité Sociale (si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si l'assureur n'a pas directement réglé auprès du professionnel de santé),
- Informer l'assureur de tout changement de votre situation, par lettre recommandée postale ou envoi en recommandé électronique, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, et notamment le changement d'adresse ou la fixation hors de France métropolitaine, la composition familiale, le régime obligatoire, la profession exercée.

Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au contrat dans les dix jours à compter de l'échéance.
- Paiement fractionné possible (mensuel, trimestriel ou semestriel) avec frais.
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en fractionnement mensuel et trimestriel) ou par prélèvement automatique.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est définie d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion.
- En cas de contrat conclu à distance ou en cas de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle si celle-ci est postérieure à la date de conclusion du contrat.
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance anniversaire sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre adhésion dans les cas prévus par la réglementation, mais également :

- A la date d'échéance anniversaire, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.
- Vous avez également la possibilité de mettre un terme à votre adhésion au contrat Sérénité Santé à tout moment, après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.
- En cas de révision des cotisations.
- Votre demande de résiliation doit nous être adressée par lettre recommandée postale ou envoi recommandé électronique ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances.

## TAUX DE REDISTRIBUTION ET TAUX DE FRAIS DE GESTION

Taux relatif à l'exercice comptable arrêté au 31/12/2024 exprimés en pourcentage des primes afférentes aux frais de soins	
Type de taux	Taux 2024
Taux brut S/P (y compris Provisions pour Frais de Gestion de Sinistres) en 2022 pour l'ensemble du portefeuille (1)	76.36%
Taux de frais de gestion (2)	23.13%
	Dont frais de gestion 11,58%
	Dont frais d'acquisition 11,55%

(1) Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

(2) Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

# Sérénité Santé

## Tableau des garanties

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

	NON RESPONSABLE				RESPONSABLE					
	F1 BUDGET	F2 BUDGET	F3 BUDGET	F4 BUDGET	F1	F2	F3	F4	F5	F6
<b>HOSPITALISATION</b>										
	Un délai d'attente de 3 mois est appliqué sur les forfaits.				Un délai d'attente de 3 mois est appliqué sur les forfaits.					
				Limitation à la F3 les 3 premiers mois				Limitation à la F3 les 3 premiers mois		
<b>Honoraires</b> dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	125%	150%	200%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
<b>Honoraires</b> hors OPTAM ou OPTAM-CO	100%	105%	130%	180%	100%	105%	130%	180%	200%	200%
<b>Forfait journalier hospitalier</b> (1) - Durée illimitée	Remboursement intégral				Remboursement intégral					
<b>Frais de séjour</b>	Remboursement intégral				Remboursement intégral					
Secteur conventionné	100%				100%					
Secteur non conventionné										
<b>Autres frais :</b> - Chambre particulière hospitalisation(3) - Forfait par journée <b>limité à 30 jours par an</b>		10 € /j	15 € /j	20 € /j	20 € /j	30 € /j	35 € /j	45 € /j	50 € /j	60 € /j
<b>bonus à partir de la 3ème année</b>		20 € /j	25 € /j	30 € /j	30 € /j	40 € /j	45 € /j	55 € /j	65 € /j	80 € /j
- Chambre particulière rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle - Forfait par journée - <b>limité à 20 jours par an</b>					10 € /j	20 € /j	25 € /j	30 € /j	40 € /j	50 € /j
- Chambre particulière ambulatoire (forfait annuel)					20 € /an	30 € /an	35 € /an	45 € /an	50 € /an	60 € /an
- Frais Accompagnant (Ascendant - Descendant - Collatéraux) - <b>limité à 20 jours par an</b>					10 € /j	10 € /j	15 € /j	25 € /j	30 € /j	40 € /j
- Confort hospi : TV, Presse, Internet, Téléphone - <b>limité à 20 jours par an</b>					10 € /j	20 € /j	20 € /j	20 € /j	20 € /j	20 € /j
<b>Transport du malade</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Hospitalisation à domicile</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Forfait patient Urgence</b>	Remboursement intégral				Remboursement intégral					

**RENFORT HOSPITALISATION** (applicable sur toutes les formules) **si souscrit**

- > Honoraires OPTAM/OPTAM-CO : + 25%
- > Chambre particulière en hospitalisation : + 30 € /jour
- > Frais accompagnant : + 10 € /jour
- > Confort Hospi : + 10 € /jour

<b>SOINS COURANTS</b>										
	Un délai d'attente de 3 mois est appliqué sur les forfaits.				Un délai d'attente de 3 mois est appliqué sur les forfaits.					
<b>Honoraires médicaux</b>										
- Médecins spécialistes(4)										
dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	130%	150%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
hors OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	110%	130%	180%	200%
<b>Honoraires médicaux</b>										
- médecins généralistes										
- Actes de spécialité	100%	100%	130%	150%	100%	100%	130%	150%	200%	250%
- Radiologie - Imagerie - Echographie										
- Actes techniques médicaux (ATM)										
dans le cadre de l'OPTAM ou OPTAM-CO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	110%	130%	180%	200%
hors OPTAM ou OPTAM-CO										
<b>Honoraires paramédicaux</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	130%	150%	200%	250%
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	130%	150%	200%	250%
<b>Consultations non remboursées par la Sécurité sociale</b>										
- Médecines complémentaires : acupuncteurs, chiropracteurs, diététiciens, étioopathes, homéopathes, mésothérapeutes, naturopathes, pédicures, ostéopathes, podologues, psychologues, réflexologues, sexologues, sophrologues, Hypnose thérapeutique, psychothérapeutes ( <b>limitation à 40€ par séance; Formule Budget : limitation à 30€ par séance</b> )	30 € /an	40 € /an	50 € /an	60 € /an	50 € /an	75 € /an	100 € /an	125 € /an	150 € /an	175 € /an
<b>Mon Parcours psy</b>	Remboursement intégral				Remboursement intégral					
<b>Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30% et 65%</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15%</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Matériel médical</b>										
- Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires (hors Classe II), gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire (hors classe II)...) remboursés par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- Prothèses capillaires de classe II(5)	100%	100%	100%	100%	Remboursement intégral					
- Forfait de mise à disposition et de livraison pour la location de courte durée de véhicules pour personne en situation de handicap (6)	100%	100%	100%	100%	Remboursement intégral					
<b>Forfait Matériel médical</b>										
- Prothèses orthopédiques, prothèses capillaires, gros et petit appareillage (bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, prothèse capillaire...) remboursés par la Sécurité sociale		50 € /an	75 € /an	100 € /an	50 € /an	75 € /an	100 € /an	125 € /an	150 € /an	175 € /an
<b>Cures thermales</b>	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
- Honoraires et frais remboursés par la Sécurité sociale										
<b>Forfait cure thermale : dépassement, hébergement, transport</b> <b>bonus à partir de la 3ème année</b>		50 € /an	75 € /an	100 € /an	50 € /an	100 € /an	125 € /an	150 € /an	200 € /an	300 € /an
		100€ /an	125€ /an	150€ /an	100€ /an	200€ /an	225€ /an	250€ /an	300€ /an	400€ /an
<b>Prévention</b> : Ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre de la réglementation des contrats responsables	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Médicaments non remboursés par la Sécurité sociale avec prescription médicale</b>										
<b>Acte de prévention</b> : vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, Traitement antipaludéen pour les voyages, sevrage tabagique, troubles de l'audition, glucomètre, autotensiomètre, test de dépistage NR (cancers col de l'utérus, colon, sein) et dépistage de l'ostéoporose					15 € /an	20 € /an	30 € /an	40 € /an	65 € /an	90 € /an

	NON RESPONSABLE				RESPONSABLE					
	F1 BUDGET	F2 BUDGET	F3 BUDGET	F4 BUDGET	F1	F2	F3	F4	F5	F6
<b>OPTIQUE</b>										
<b>Équipements 100% Santé</b> Monture et verres entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à prise en charge renforcée) (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c)	100%	Remboursement intégral			Remboursement intégral					
Montures associés de Classe B (associés à des verres de Classe A)	100%	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
<b>Limitation à un remboursement à 100% BR les 3 premiers mois</b>										
<b>Équipements hors 100% Santé</b> Équipements entrant dans le cadre du panier libre (b) - Renouvellement tous les 2 ans (c) Le remboursement de la monture est plafonné à 100 €										
- verres simples	100%	75 €	100 €	125 €	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €
- avec au moins un verre complexe ou tres complexe	100%	150 €	175 €	200 €	200 €	210 €	225 €	275 €	300 €	400 €
<b>Lentilles de contact</b> - Lentilles remboursées par la Sécurité Sociale - Forfait lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<b>Chirurgie réfractive (par oeil)</b> <b>bonus à partir de la 3ème année</b>					25€/an	50€/an	75€/an	100€/an	125€/an	150€/an
					75€	100€	150€	200€	250€	300€
					150€	200€	250€	300€	400€	500€
<b>DENTAIRE</b>										
<b>Soins</b> - Soins dentaires, orthodontie, prophylaxie, parodontologie, prévention remboursés par la Sécurité sociale - Inlays - onlays remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100% Santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés (a) ou libres - Inlays - core remboursés par la Sécurité sociale hors cadre du panier de soins 100% Santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés (a) ou libres	100%	100%	100%	100%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
<b>Soins et prothèses 100% santé*</b> - Actes prothétiques et inlays-cores entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à remboursement renforcé)	100%	125%	150%	200%	Remboursement intégral					
<b>Prothèses hors 100% Santé*</b> - Actes prothétiques hors cadre du panier de soins 100% santé* et entrant donc dans le champ des paniers honoraires modérés (a) ou libres	100%	125%	150%	200%	100%	125%	150%	200%	250%	300%
<b>Plafonds sur les prothèses hors 100% Santé exprimées en % BR (au delà remboursement au TM)</b>		800€/an	1000€/an	1500€/an		800€/an	1000€/an	1500€/an	1800€/an	2000€/an
Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale - Implantologie, prothèses, parodontologie <b>bonus à partir de la 3ème année</b>							100€/an	150€/an	200€/an	300€/an
							200€/an	250€/an	300€/an	400€/an
<b>AIDES AUDITIVES</b>										
<b>Équipements 100% Santé*</b> - Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I entrant dans le cadre du panier de soins 100% Santé* (classe à remboursement renforcé) - Renouvellement tous les quatre ans (d)	100%	125%	150%	175%	Remboursement intégral					
<b>Équipements hors 100% Santé*</b> - Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale Hors panier de soins 100% Santé* (Appareil de classe 2 à prix libre) - Renouvellement tous les quatre ans (d) - Remboursement maximum : 1700 € par oreille à appareiller (d).	100%	125%	150%	175%	100%	125%	150%	175%	200%	250%
<b>Accessoires et piles</b>	100%	125%	150%	175%	100%	125%	150%	175%	200%	250%

## LEXIQUE

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

### La participation forfaitaire aux actes lourds est intégralement remboursée.

Le montant du forfait actes lourds est défini par l'article R.160-16 du Code de la Sécurité Sociale et sera adapté en cas d'évolution fixée par décret.

- (1) Hors régime local Alsace Moselle
- (2) Auprès des professionnels de santé accrédités du réseau Carte Blanche (<https://www.carteblanchepartenaires.fr>) et selon formule de garantie.
- (3) **La chambre particulière en psychiatrie, neuropsychiatrie, diététique et gériatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou toxicomanie, unités de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées n'est pas prise en charge.**
- (4) **La prise en charge des honoraires de consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie est limitée à 6 séances pour toute la durée des garanties ; à partir de la 7ème, seul le ticket modérateur sera remboursé.**
- (5) Prothèses capillaires contenant au moins 30 % de cheveux naturels, avec une surface implantée manuellement supérieure à 100 cm<sup>2</sup>
- (6) Fauteuils roulants destinés à la location hebdomadaire courte durée, dont la durée ne peut excéder six mois consécutifs sur une année glissante, (spécificités définies à l'article 9 de l'arrêté du 6 février 2025).

## INFORMATIONS 100% SANTÉ\*

\* telles que définies réglementairement

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

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

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

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

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

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

(d) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller.

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

**Kereis Solutions**, SAS au capital de 112 309 euros, dont le siège social est 112 avenue Kléber, 75116 Paris, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 524 114 600, courtier en assurances inscrit au registre de l'ORIAS sous le numéro 10 057 441 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)) - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09), ayant un établissement secondaire sis 679 av. du Dr. Leffèvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex, téléphone : 04 92 02 08 50. KEREIS SOLUTIONS exerce son activité en qualité de courtier d'assurances (COA) sous le contrôle de l'ACPR - 4 place de Budapest - 75436 Paris Cedex 9. KEREIS SOLUTIONS exerce son activité de courtage en assurance conformément aux dispositions de l'article L. 521-2 II 1° B du code des assurances.

**Assureur : SwissLife Prévoyance et Santé** | Siège social : 1 rue Bellini, 92800 PUTEAUX France | S.A. au capital de 150 000 000 euros | Entreprise régie par le Code des assurances | RCS Nanterre 322 215 021

**Association souscriteur : AGIS** (Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité), association loi 1901 déclarée à la Préfecture de Paris n° 548967P | Siège social : 2 rue Jaurès, 92800 PUTEAUX France

**Assistance** : Les prestations d'assistance et de téléconsultation sont mises en œuvre par AP Solutions GmbH, société de droit étranger, enregistrée en tant qu'intermédiaire d'assurance auprès de l'IfK (Industrie- und Handelskammer) sous le numéro D-6HBO-LA0BJ-74, agissant par l'intermédiaire de sa succursale française, ayant son siège social 7 rue Dora Maar 93400 Saint-Ouen et immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bobigny sous le numéro 922 238 069 ci-après dénommé sous le nom commercial «Mondial Assistance».

**Protection Juridique : CDFP ASSURANCES** - Entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1 692 240 €, ayant son siège social Immeuble Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 166

Réf : TG\_SÉRÉNITÉ\_SANTÉ\_03/2026

# SÉRÉNITÉ SANTÉ – EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS<sup>(1)</sup>

Les formules "Budget" sont Non Responsables<sup>(2)</sup>. Les actes des paniers de soins 100% santé ne sont pas remboursés intégralement.

Contrat d'assurance santé responsable <sup>(2)</sup> (sauf les formules "Budget")	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)						Reste à charge					
<b>HOSPITALISATION</b>												
Forfait journalier Hospitalier (hébergement) Tarif le plus souvent facturé : 20 € (15 € en service psychiatrique) Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 0 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 0 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3
	20 € (15 €)						0 €					
	F4 Budget	F4	F5	F6			F4 Budget	F4	F5	F6		
20 € (15 €)						0 €						
Chambre particulière (sur demande du patient) Tarif le plus souvent facturé : NC Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : Non remboursé Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : Non remboursé	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3
	0 € / jour	20 € / jour	10 € / jour	30 € / jour	15 € / jour	35 € / jour	Selon les frais engagés					
	F4 Budget	F4	F5	F6			F4 Budget	F4	F5	F6		
20 € / jour						Selon les frais engagés						
<b>Séjour avec actes lourds</b> L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.												
<b>Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé</b>												
Frais de séjour Tarif le plus souvent facturé : Différent selon public / privé Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : BR - 24€	24 €						0 €					
	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3
Frais de séjour en secteur privé Tarif le plus souvent facturé : Tarif moyen de 745,54 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 745,54 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 721,24 €	24 €						0 €					
	F4 Budget	F4	F5	F6			F4 Budget	F4	F5	F6		
	24 €						0 €					
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM - CO Tarif le plus souvent facturé : Dépassements maîtrisés Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 100% BR	Dépassement si prévu au contrat						Selon contrat					
	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3
Opération en secteur privé: honoraires chirurgien Tarif le plus souvent facturé: Tarif moyen de 422 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 271,7 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 271,7 €	0 €	0 €	67,93 €	67,93 €	135,85 €	135,85 €	150,3 €	150,3 €	82,38 €	82,38 €	14,45 €	14,45 €
	F4 Budget	F4	F5	F6			F4 Budget	F4	F5	F6		
	150,3 €						0 €					
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM - CO) Tarif le plus souvent facturé: Honoraires libres Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 100% BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% BR)						Selon contrat					
	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3
Opération en secteur privé: honoraires chirurgien Tarif le plus souvent facturé: Tarif moyen de 463 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 271,7 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO) : 271,7 €	0 €	0 €	13,59 €	13,59 €	81,51 €	81,51 €	191,3 €	191,3 €	177,72 €	177,72 €	109,79 €	109,79 €
	F4 Budget	F4	F5	F6			F4 Budget	F4	F5	F6		
	191,3 €						0 €					
<b>Séjour sans actes lourds</b> L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.												
<b>Exemple d'un suivi de pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public</b>												
Frais de séjour Tarif le plus souvent facturé: Différent selon public / privé Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 80% BR	20 % BR						0 €					
	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3
Frais de séjour en secteur public Tarif le plus souvent facturé: Tarif moyen de 3344,37 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 3344,37 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 2675,5 €	668,87 €						0 €					
	F4 Budget	F4	F5	F6			F4 Budget	F4	F5	F6		
	668,87 €						0 €					

**SOINS COURANTS**

<b>Honoraires des médecins de secteur 1 (généralistes ou spécialistes)</b> Tarif le plus souvent facturé: Tarif de convention Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 70% BR - 2 €	30 % BR						2 € de participation forfaitaire					
<b>Ex: consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans</b> Tarif le plus souvent facturé: 30 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 30 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 19 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3
	9 €						2 € de participation forfaitaire					
	F4 Budget	F4	F5	F6			F4 Budget	F4	F5	F6		
	9 €						2 € de participation forfaitaire					
<b>Ex: consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans</b> Tarif le plus souvent facturé: 33,5 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 33,5 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 23,45 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3
	10,05 €						0 €					
	F4 Budget	F4	F5	F6			F4 Budget	F4	F5	F6		
	10,05 €						0 €					
<b>Ex: consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologue, ophtalmologie, dermatologie, etc.)</b> Tarif le plus souvent facturé: 31,5 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 31,5 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 20,05 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3
	9,45 €						2 € de participation forfaitaire					
	F4 Budget	F4	F5	F6			F4 Budget	F4	F5	F6		
	9,45 €						2 € de participation forfaitaire					
<b>Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM - CO</b> Tarif le plus souvent facturé: Dépassements maîtrisés Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 70% BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat						2 € de participation forfaitaire + dépassement si prévu au contrat					
<b>Ex: consultation pédiatre pour un enfant de moins de 6 ans</b> Tarif le plus souvent facturé: 33,5 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 33,5 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 23,45 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3
	10,05 €						0 €					
	F4 Budget	F4	F5	F6			F4 Budget	F4	F5	F6		
	10,05 €						0 €					
<b>Ex: consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologue, ophtalmologie, dermatologie, etc.)</b> Tarif le plus souvent facturé: 52 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 31,5 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 20,05 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3
	9,45 €	9,45 €	9,45 €	17,325 €	18,9 €	25,2 €	22,5 €	22,5 €	22,5 €	14,63 €	13,03 €	6,75 €
	F4 Budget	F4	F5	F6			F4 Budget	F4	F5	F6		
	25,2 €	29,95 €	29,95 €	29,95 €			6,75 €	2 €	2 €	2 €		
<b>Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM - CO)</b> Tarif le plus souvent facturé: Honoraires libres Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 70% BR - 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100% de la BR)						2 € de participation forfaitaire + dépassement si prévu au contrat					
<b>Ex: consultation pédiatre pour un enfant de 2 à 16 ans</b> Tarif le plus souvent facturé: 64 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 23 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 16,1 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3
	4,9 €	4,9 €	4,9 €	4,9 €	4,9 €	7,2 €	43 €	43 €	43 €	43 €	43 €	40,7 €
	F4 Budget	F4	F5	F6			F4 Budget	F4	F5	F6		
	4,9 €	11,8 €	23,3 €	27,9 €			43 €	36,1 €	24,6 €	20 €		
<b>Ex: consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologue, ophtalmologie, dermatologie, etc.)</b> Tarif le plus souvent facturé: 65 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 23 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 14,1 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3
	6,9 €	6,9 €	6,9 €	6,9 €	6,9 €	9,2 €	44 €	44 €	44 €	44 €	44 €	41,7 €
	F4 Budget	F4	F5	F6			F4 Budget	F4	F5	F6		
	6,9 €	13,8 €	25,3 €	29,9 €			44 €	37,1 €	25,6 €	21 €		
<b>Matériel médical</b> Tarif le plus souvent facturé: Tarif moyen facturé Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat						Selon contrat					

<b>Ex: achat d'une paire de béquilles</b> Tarif le plus souvent facturé: 25,99 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 24,4 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 14,64 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	
	9,76 €	11,35 €	11,35 €	11,35 €	11,35 €	11,35 €	1,59 €	0 €					
	F4 Budget	F4	F5	F6				F4 Budget	F4	F5	F6		
	11,35 €	11,35 €	11,35 €	11,35 €				0 €					
<b>DENTAIRE</b>													
<b>Soins et prothèses 100 % Santé</b> Tarif le plus souvent facturé: Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 60% BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires						0 €						
<b>Ex: pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires</b> Tarif le plus souvent facturé: 500 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 120 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 72 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	
	48 €	428 €	78 €	428 €	108 €	428 €	380 €	0 €	350 €	0 €	320 €	0 €	
	F4 Budget	F4	F5	F6				F4 Budget	F4	F5	F6		
	168 €	428 €	428 €	428 €				260 €	0 €	0 €	0 €		
<b>Soins (hors 100 % Santé)</b> Tarif le plus souvent facturé: Tarif de convention Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 60% BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires						Selon contrat						
<b>Ex: détartrage</b> Tarif le plus souvent facturé: 43,38 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 43,38 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 26,03 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	
	17,35 €						0 €						
	F4 Budget	F4	F5	F6				F4 Budget	F4	F5	F6		
	17,35 €							0 €					
<b>Prothèses (hors 100 % Santé)</b> Tarif le plus souvent facturé: Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 60% BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires						Selon contrat						
<b>Ex: couronne céramo-métallique sur molaires</b> Tarif le plus souvent facturé: 554€ Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 120 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 72 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	
	48 €	48 €	78 €	78 €	108 €	108 €	434 €	434 €	404 €	404 €	374 €	374 €	
	F4 Budget	F4	F5	F6				F4 Budget	F4	F5	F6		
	168 €	168 €	228 €	288 €				314 €	314 €	254 €	194 €		
<b>Orthodontie (moins de 16 ans)</b> Tarif le plus souvent facturé: Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 100% BR	Dépassement dans la limite du plafond des honoraires						Selon contrat						
<b>Ex: traitement par semestre (6 semestres max.)</b> Tarif le plus souvent facturé: 698 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 193,5 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 193,5 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	
	0 €	0 €	0 €	48,38 €	0 €	96,75 €	504,5 €	504,5 €	504,5 €	456,13 €	504,5 €	407,75 €	
	F4 Budget	F4	F5	F6				F4 Budget	F4	F5	F6		
	0 €	193,5 €	290,25 €	387 €				504,5 €	311 €	214,25 €	117,5 €		
<b>OPTIQUE</b>													
<b>Soins et prothèses 100 % Santé</b> Tarif le plus souvent facturé: Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 60% BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV <sup>®</sup>						0 €						
<b>Ex: verres simples et monture</b> Tarif le plus souvent facturé: 42,5 € (par verre) + 30 € (monture) Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 12,75 € par verre + 9 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 7,65 € par verre + 5,4 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	
	13,80 €	34,85 € par verre + 24,60 €					80,50 €	0€					
	F4 Budget	F4	F5	F6				F4 Budget	F4	F5	F6		
	34,85 € par verre + 24,60 €							0 €					
<b>Ex: verres progressifs et monture</b> Tarif le plus souvent facturé: 90 € (par verre) + 30 € (monture) Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 27 € par verre + 9 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 16,2 € par verre + 5,4 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	
	25,20 €	73,80 € par verre + 24,60 €					147 €	0€					
	F4 Budget	F4	F5	F6				F4 Budget	F4	F5	F6		
	73,80 € par verre + 24,60 €							0 €					
<b>Equipement (hors 100% Santé)</b> Tarif le plus souvent facturé: Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires						Selon contrat						

<b>Ex: verres simples et monture</b> Tarif le plus souvent facturé: 107 € (par verre) + 142 € (monture) Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 0,05 € par verre + 0,05 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 0,03 € par verre + 0,03 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	
	0,06 €	49,91 €	74,91 €	99,91 €	99,91 €	149,91 €	355,85 €	306 €	281 €	256 €	256 €	206 €	
	F4 Budget	F4	F5	F6				F4 Budget	F4	F5	F6		
	124,91 €	199,91 €	249,91 €	299,91 €				231 €	156 €	106 €	56 €		
<b>Ex: verres progressifs et monture</b> Tarif le plus souvent facturé: 239 € (par verre) + 142 € (monture) Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 0,05 € par verre + 0,05 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 0,03 € par verre + 0,03 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	
	0,06 €	199,91 €	149,91 €	209,91 €	174,91 €	224,91 €	619,85 €	420 €	470 €	410 €	445 €	395 €	
	F4 Budget	F4	F5	F6				F4 Budget	F4	F5	F6		
	199,91 €	274,91 €	299,91 €	399,91 €				420 €	345 €	320 €	220 €		
<b>Lentilles</b> Tarif le plus souvent facturé: Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : Pas de prise en charge (dans le cas général) Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat						Selon contrat						
<b>Forfait annuel</b> Tarif le plus souvent facturé: NC Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : Non remboursé (dans le cas général) Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): Non remboursé (dans le cas général)	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	
	0 €	25 €	0 €	50 €	0 €	75 €	Selon les frais engagés						
	F4 Budget	F4	F5	F6				F4 Budget	F4	F5	F6		
	0 €	100 €	125 €	150 €				Selon les frais engagés					
<b>Chirurgie réfractive</b> Tarif le plus souvent facturé: Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : Non remboursé Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat						Selon contrat						
<b>Ex: opération correctrice de la myopie</b> Tarif le plus souvent facturé: 1223 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : Non remboursé Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): Non remboursé	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	
	0 €	75 €	0 €	100 €	0 €	150 €	1223 €	1148 €	1223 €	1123 €	1223 €	1073 €	
	F4 Budget	F4	F5	F6				F4 Budget	F4	F5	F6		
	0 €	200 €	250 €	300 €				1223 €	1023 €	973 €	923 €		
<b>AIDES AUDITIVES</b>													
<b>Equipement 100% Santé</b> Tarif le plus souvent facturé: Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 60% BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV (4)						0 €						
<b>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</b> Tarif le plus souvent facturé: 950 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 400 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 240 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	
	160 €	710 €	260 €	710 €	360 €	710 €	550 €	0 €	450 €	0 €	350 €	0 €	
	F4 Budget	F4	F5	F6				F4 Budget	F4	F5	F6		
	460 €	710 €	710 €	710 €				250 €	0 €	0 €	0 €		
<b>Equipement 100% Santé</b> Tarif le plus souvent facturé: Prix moyen national Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : BR Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 60% BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires						Selon contrat						
<b>Par oreille pour un patient de plus de 20 ans</b> Tarif le plus souvent facturé: 1565 € Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)(3) : 400 € Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO): 240 €	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F1 Budget	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	
	160 €	160 €	260 €	260 €	360 €	360 €	1165 €	1165 €	1065 €	1065 €	965 €	965 €	
	F4 Budget	F4	F5	F6				F4 Budget	F4	F5	F6		
	460 €	460 €	560 €	760 €				865 €	865 €	765 €	565 €		

1) Les exemples de remboursements sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.

2) Les contrats sont dits responsables quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.

3) La BR est un tarif de référence fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical. L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.

4) Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursements en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'Unocam. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

# NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT COLLECTIF COMPLÉMENTAIRE SANTÉ À ADHÉSION FACULTATIVE SÉRÉNITÉ SANTÉ – 5706\_09/2025

Notice d'information Sérénité Santé

**CONTRATS N° A 5706 0013 (MADELIN) / A 5706 0014 (NON MADELIN)**

## I. LE PRODUIT – LE CONTRAT

**Sérénité Santé** est un contrat d'assurance complémentaire santé ayant pour objet de garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

La convention n° A 5706 0013 est éligible aux dispositions fiscales de la loi n° 94 – 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin). La convention n° A 5706 0014 n'entre pas dans ce cadre fiscal.

Le Contrat **Sérénité Santé** est un produit d'assurance souscrit auprès de :

SwissLife Prévoyance et Santé (SLPS)  
S.A. au capital de 150 000 000 euros  
Siège social : 1 rue Bellini, 92800 PUTEAUX France  
Entreprise régie par le Code des assurances 322 215 021  
RCS Nanterre

Désigné ci-après « l'Assureur »,

Par :

Association générale interprofessionnelle de solidarité (AGIS)  
Association Loi 1901  
Siège social : 2 rue Jean Jaurès, 92800 PUTEAUX France

Désignée ci-après « l'Association ».

Le contrat **Sérénité Santé** a été développé et négocié par KEREIS SOLUTIONS, qui en accord avec l'Assureur et l'Association, le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial, et un réseau d'intermédiaires d'assurance partenaires.

Kereis Solutions sous-délègue la gestion des contrats à Cegema.

### KEREIS SOLUTIONS

KEREIS SOLUTIONS - Kereis Solutions, SAS au capital de 112 309 euros, dont le siège social est 112 avenue Kléber, 75116 Paris, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 524 114 600, ORIAS n° 10 057 441 (www.orias.fr).

### CEGEMA

SAS de gestion et de courtage d'assurance au capital de 313 800 € - Siège social : 679, avenue du Docteur Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex. RCS Antibes B 378 966 485 Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n° 07 001 328 www.orias.fr

L'Association AGIS est une association souscriptrice qui a pour objet de conclure en faveur de ses membres des contrats d'assurance de groupe auprès d'organismes assureurs.

En sa qualité de souscriptrice, elle veille à la bonne exécution des conventions et les adapte en fonction des intérêts de ses membres.

Chaque membre de l'Association dispose d'un droit de vote à l'assemblée générale.

Le contrat Sérénité Santé est régi par le Code des assurances français. Le contrat **SÉRÉNITÉ SANTÉ** entre l'Association AGIS et

l'Assureur prend effet le 01/01/2025, et se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois.

En cas de résiliation du contrat entre l'Association et l'Assureur :

- aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée ;
- chaque assuré garanti par ce contrat au moment de la résiliation, pourra le demeurer jusqu'à la cessation des garanties (cf. art. 2.8 La prise d'effet des garanties - les délais d'attente - la cessation des garanties).

L'Association et l'Assureur peuvent d'un commun accord réviser le contrat.

Toute modification des droits et obligations des adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des adhérents, selon les dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances. Dans cette hypothèse, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion sans préavis jusqu'à la date de la modification, cachet de la poste faisant foi.

Selon les termes de délégations de gestion distinctes émises dans le cadre du Contrat SÉRÉNITÉ SANTÉ, l'Assureur a confié la gestion des adhésions à KEREIS SOLUTIONS désigné ci-après « le délégataire de gestion ».

Le délégataire de gestion, dans le cadre de la délégation de gestion qui lui est consentie par l'Assureur, apprécie tous les risques, délivre tous certificats, reçoit tous avis et communications, perçoit toutes cotisations, en donne quittance et adresse tous avis et lettres recommandées.

## II. L'ADHÉSION AU CONTRAT

L'adhésion au contrat est :

- régie par les dispositions qui suivent et par le Code des assurances. La loi applicable est la loi française. Les parties s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion ;
- constituée des éléments suivants :
  - La présente **Notice d'information** qui définit les conditions d'application de l'adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être choisies. Elle informe l'Adhérent sur les risques non couverts et lui indique également la marche à suivre pour obtenir les prestations.
  - Le **certificat d'adhésion** qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de l'adhésion, les personnes assurées, la formule retenue, l'étendue et les modalités des garanties effectivement choisies.
  - Le **tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé assurées et le montant de la participation correspondante.
  - La **fiche IPID** (document d'information standard sur le produit d'assurance).
  - Le **document d'information sur les taux de redistribution et taux de frais de gestion** visés par l'arrêté du 6 mai 2020.
  - Les **exemples de remboursement**.

## SOMMAIRE

<b>CHAPITRE 1 : LEXIQUE</b>	<b>15</b>
<b>CHAPITRE 2 : LE FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION</b>	<b>17</b>
2.1 L'Adhérent et les personnes assurées	17
2.2 Les conditions et formalités d'adhésion	17
2.3 Les déclarations de l'Adhérent	17
2.4 Ajout ou sortie des Ayants droit	18
2.5 La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat	18
2.6 La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties	18
2.7 La suspension des garanties	18
2.8 La résiliation de l'adhésion au contrat	18
2.9 Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance	19
2.10 Les cotisations	19
2.11 La prescription	20
2.12 La subrogation	21
2.13 Les réclamations – La médiation	21
2.14 L'autorité de contrôle	21
2.15 La protection des données à caractère personnel	21
<b>CHAPITRE 3 : LES GARANTIES</b>	<b>23</b>
3.1 Le cadre juridique	23
3.2 L'objet du contrat	23
3.3 Ce que garantit le contrat	23
3.4 La modification des garanties	24
3.5 L'étendue territoriale des garanties	24
<b>CHAPITRE 4 : LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE</b>	<b>24</b>
4.1 Les cas où la garantie ne s'exerce pas	24
4.2 Les limitations de la garantie santé	25
<b>CHAPITRE 5 : LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS</b>	<b>25</b>
5.1 Le règlement des prestations	25
5.2 Les renseignements complémentaires	25
5.3 Le contrôle et expertise	25
5.4 Les délais à respecter	25
5.5 Les sanctions	25

## CHAPITRE 1 : LEXIQUE

### Quelques définitions pour mieux nous comprendre.

Pour vous faciliter la lecture de ce document, voici la définition de certains termes fréquemment utilisés.

#### Accident

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

#### Adhérent

La personne physique adhérant à l'Association AGIS et au contrat, signant le bulletin d'adhésion. Elle est désignée au certificat d'adhésion.

#### Adhésion à distance

Lorsque l'adhésion au contrat SÉRÉNITÉ SANTÉ est réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance.

#### Année d'assurance

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

#### Assuré(s) ou Ayants droit

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) au certificat d'adhésion.

#### Avenant

Modification de l'adhésion au contrat et document matérialisant cette modification.

#### Base de remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention ;
- tarif d'autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour des actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention ;
- tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

#### Catégories de médecin

Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils aient adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les Régimes obligatoires d'assurance maladie.

#### -Médecin conventionné en secteur 1

Il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du Régime obligatoire.

#### -Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP)

En raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire.

#### -Médecin conventionné en secteur 2

Il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur

#### -Médecin conventionné ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)

En souscrivant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (anciennement contrat d'accès aux soins) définie par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

#### -Médecin non conventionné

Il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

#### Centre hospitalier spécialisé (CHS)

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

#### Certificat d'Adhésion

Document émis par KEREIS SOLUTIONS qui matérialise l'acceptation de la demande d'adhésion et précise les garanties acceptées par l'Assureur. Il mentionne notamment le nom de l'Adhérent et des personnes assurées, la date de conclusion, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

#### Chambre particulière

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

#### Conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion, indiquée au Certificat d'adhésion, correspond à la date d'édition de ce dernier.

#### Conjoint

On entend par conjoint, sous réserve qu'il soit âgé d'au moins 40 ans à l'adhésion :

- l'époux(se) de l'Adhérent non divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement ;
- le partenaire lié par un Pacs (pacte civil de solidarité) tel que défini à l'article 515-1 du Code civil ;
- le concubin de l'Adhérent.

En cas de concubinage, l'Assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de vie commune.

#### Couple

Est considéré comme couple, l'Adhérent et son conjoint.

#### Date d'effet

Date à laquelle débute l'adhésion, les garanties prenant effet à l'expiration du délai d'attente. Elle est indiquée au certificat d'adhésion.

#### Déchéance

Perte du droit à la prestation due en cas de sinistre à la suite au non-respect de la part de l'Adhérent de certaines dispositions du contrat.

#### Délai d'attente

Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Aucune prestation n'est due pour des frais engagés et des événements survenant au cours de cette période. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion.

#### Dépassement d'honoraires

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

#### Domicile

Lieu de résidence principale ou adresse de l'Adhérent ou de l'assuré précisé au certificat d'adhésion.

## **Échéance**

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci si vous avez opté pour un paiement semestriel, trimestriel ou mensuel.

## **Echéance anniversaire**

Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir. Elle est fixée à la date anniversaire de la prise d'effet du contrat.

## **Enfants**

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

- Qu'ils soient à leur charge au sens de la Sécurité sociale ou
- Qu'ils aient moins de 28 ans et poursuivent des études scolaires ou universitaires, et soient couverts par un Régime obligatoire français, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ou

- Qu'ils aient moins de 26 ans, et qu'ils soient en apprentissage ou entrés dans le cadre des contrats de formation, jusqu'au terme de leur cursus, et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55% du Smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ;

- Ou quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

L'Assureur se réserve le droit de demander des justificatifs.

## **Etablissements médico-sociaux**

Etablissement assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

## **France**

Il s'agit de la France métropolitaine et des Outremer.

## **Forfait**

Lorsque les montants de remboursements sont exprimés sous la forme de forfaits, ces forfaits sont valables par année d'assurance et par assuré. Ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

## **Forfait « dentaire non remboursé par le Régime Obligatoire » annuel**

Forfait exprimé par Assuré par année d'assurance pour tous les produits et prestations dentaires non remboursés par le Régime Obligatoire d'assurance maladie tels que les implants, prothèses, orthodontie et la parodontologie. Le montant de ce forfait n'entre pas en compte dans le calcul du plafond dentaire par année d'assurance et par Assuré.

## **Franchise médicale**

En vigueur depuis le 1er janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, des femmes enceintes). Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond annuel qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne. Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le contrat.

## **Garantie**

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

## **Honoraire limite de facturation (HLF)**

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

## **Hospitalisation**

Tout séjour pris en charge par le régime obligatoire de Sécurité sociale dans un établissement hospitalier (clinique ou hôpital, privé ou public) en France ou dans le monde entier. L'hospitalisation doit être prescrite par un médecin, pour y recevoir les soins nécessités par une maladie, une maternité ou un accident garanti. A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un

fichier médical où chaque patient est enregistré.

## **Hospitalisation en secteur spécialisé**

Tout séjour prescrit par un médecin pour y recevoir les soins nécessités par une maladie ou un accident en centre de : rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique, sevrage thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

## **Long séjour**

Le long séjour inclut les soins de longue durée comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Les Unités de Soins de Longue Durée accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou polyopathie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

## **Maladie**

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

## **Médicaments**

Substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines, pouvant être utilisée chez l'homme ou lui être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.

## **Moyen séjour – Soins de suite ou réadaptation (SSR)**

Service ou unité dans un hôpital ou une clinique pour les patients nécessitant des soins à leur rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

## **Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale**

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables et servent de base pour les calculs des remboursements des Régimes obligatoires et complémentaires. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la Classification commune des actes médicaux (CCAM), la Liste des produits et prestations (LPP) et la Table nationale de biologie (TNB).

## **Nullité**

C'est l'annulation pure et simple du contrat ou de l'adhésion qui est censé(e) alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).

## **Parcours de soins**

Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et à le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation du médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant, il s'agit des gynécologues, ophtalmologues, stomatologues et pour les bénéficiaires âgés de 16 à 25 ans des psychiatres et neuro psychiatres.

## **Participation forfaitaire**

En vigueur depuis le 1er janvier 2005, la participation forfaitaire est une somme laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'Aide Médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

## **Plafond dentaire**

Montant maximum remboursé par année d'assurance, par bénéficiaire, exprimé par formule de garanties choisie. Seuls les

remboursements des prothèses dentaires hors 100% Santé entrent dans le calcul du plafond dentaire. Lorsque le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires hors 100% Santé remboursées par le Régime Obligatoire sont prises en charge à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, incluant le remboursement du Régime Obligatoire.

#### **Période de garantie**

Elle correspond à la période pendant laquelle les garanties du contrat sont acquises. Elle débute à la prise d'effet de l'adhésion et cesse à la date de résiliation de l'adhésion.

#### **Prix limite de vente**

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

#### **Régime obligatoire - RO**

Il s'agit du ou des Régimes obligatoires d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel sont respectivement affiliés l'Adhérent et les assurés de l'adhésion au contrat.

#### **Résiliation**

C'est la cessation des effets de l'adhésion.

#### **Service spécialisé**

Tout séjour à l'hôpital ou en clinique prescrit par un médecin pour y recevoir les soins nécessités par une maladie ou un accident en service ou centre tel que : rééducation convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique, sevrage thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

#### **Sevrage tabagique**

Tous les substituts nicotiques pour arrêter de fumer, à l'exclusion de la cigarette électronique ainsi que de ses recharges de liquide et accessoires.

#### **Ticket modérateur - TM**

Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le Régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

#### **Transport**

Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche. L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

#### **Verres complexes**

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

#### **Verres hypercomplexes**

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

#### **Verres mixtes**

Verres avec au moins un verre complexe ou hypercomplexe.

#### **Verres simples**

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

## **CHAPITRE 2 : LE FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION**

### **2.1 L'Adhérent et les personnes assurées**

Pour adhérer au contrat l'Adhérent doit :

- adhérer à l'Association A.G.I.S,
- résider en France,
- être assujetti à un Régime Obligatoire de Sécurité sociale, en tant qu'assuré social ou ayant droit,
- être majeur civilement responsable,
- être âgé à l'adhésion d'au moins 55 ans pour l'Adhérent et d'au moins 40 ans pour le conjoint.

**Il est rappelé que l'objet de ce produit est d'intervenir en complément du régime obligatoire de sécurité sociale, de sorte qu'il ne saurait être souscrit à titre de sur-complémentaire, en complément d'une autre complémentaire santé.**

**En cas de non-respect de ces dispositions, l'Adhérent s'expose**

**à ce que la nullité de son adhésion au contrat SÉRÉNITÉ SANTÉ soit prononcée.** Peuvent également être assurés au titre de son adhésion, son conjoint et ses enfants, ayants-droits aux prestations en nature d'un Régime d'Assurance Maladie obligatoire français. Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion et désignés dans la présente notice d'information par le terme « Ayants droit ».

**Pour bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de son régime complémentaire santé (Loi Madelin - art. 154 bis du CGI), l'Adhérent doit adhérer à la convention n° A 5706 0013 et s'engage à être à jour, pendant toute la durée de son adhésion au contrat, de ses cotisations auprès des régimes obligatoires de base.**

### **2.2 Les conditions et formalités d'adhésion**

Quel que soit le mode d'adhésion au contrat, l'Adhérent doit remplir, dater et signer une demande d'adhésion comportant :

- les garanties choisies : la formule de base et, le cas échéant la ou les formules renfort correspondantes à la formule de base,
- des indications relatives à la situation personnelle des personnes à assurer.
- et joindre un RIB et une attestation de droits.

Un complément d'information peut être demandé lors de l'étude du dossier. L'acceptation de l'adhésion est conditionnée aux réponses aux différentes demandes d'information. L'ensemble des réponses aux questions de la demande d'adhésion est obligatoire. Le défaut de réponse aura pour conséquence le non-examen du dossier.

**Tout assuré résilié dans le cadre d'une adhésion au présent contrat ne pourra être de nouveau admis que sur accord express de l'Assureur, via KEREIS SOLUTIONS.**

**L'Adhérent s'engage à déclarer à l'Assureur toute modification relative à sa situation entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date à laquelle il reçoit son certificat d'adhésion.**

**En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'Adhérent et l'assuré, s'il est différent, s'exposent à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.**

#### **2.2.1 L'âge limite d'adhésion**

**L'âge limite d'adhésion** lors de la prise d'effet des garanties est sans limitation pour les formules « F1 à F6 ».

**Rappel :** pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, est pris en compte celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

### **2.3 Les déclarations de l'Adhérent**

#### **2.3.1 À l'adhésion**

L'adhésion est établie d'après les déclarations de l'Adhérent et la cotisation fixée en conséquence.

L'Adhérent doit répondre à l'adhésion avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la proposition d'assurance. L'Adhérent doit déclarer pour lui-même ainsi que pour ses ayants-droits les garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs

#### **2.3.2 En cours d'adhésion**

En cours d'adhésion, et conformément à l'article L 113-2 du Code des assurances, l'Adhérent doit informer l'Assureur de tout changement de situation, et notamment :

- tout changement de la composition de la famille (naissance, mariage, divorce, décès) ;
- toute cessation ou changement d'affiliation d'un des assurés au Régime obligatoire ;
- toute modification des éléments renseignés dans la proposition d'assurance ;
- tout changement de domicile ou fixation hors de France,
- tout changement d'adresse électronique,
- toute souscription de garanties de même nature auprès d'autres assureurs ;

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique (art. R53-2 du Code des postes et communications électroniques) adressé à CEGEMA, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'Adhérent en a eu connaissance, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances :

- article L.113-8 – Nullité du contrat ;
- article L.113-9 – Réduction des indemnités ;

En cas de déclaration frauduleuse, l'assureur n'est redevable d'aucune prestation, même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou une fausse déclaration à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,

- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'assureur.

En cas de versement indu de prestations (doublons, erreur de destinataire...) le gestionnaire du contrat en demandera le remboursement. Il pourra également, sans que l'assuré puisse s'y opposer, procéder par retenue sur les prestations à venir.

### 2.3.3 La validité des déclarations

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

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

## 2.4 Ajout ou sortie des Ayants droit

Il est précisé que tout ajout d'ayant-droit au contrat ne peut se faire qu'avec l'accord de l'assureur.

L'adhésion d'un ayant-droit est effectuée pour une durée minimale de 12 mois. Passé ce délai, il pourra être sorti du contrat sur simple demande de l'adhérent au plus tôt à la date de la demande, effectuée par tout support durable adressée au service client de CEGEMA.

En cas de changement de formule de garanties, le délai de 12 mois indiqué ci-dessus s'applique de nouveau à compter de la date d'effet de l'avenant.

### 2.4.1 Le choix de la formule de garanties

Le contrat est composé de plusieurs formules de garanties et renfort au choix de l'Adhérent.

Au moment de l'adhésion, l'Adhérent a la possibilité de choisir la formule de garanties la mieux adaptée à sa situation et opter pour le « Renfort Hospitalisation ». Son choix devra être reporté sur sa demande d'adhésion et vaudra tant pour lui-même que pour ses ayants-droits inscrits au contrat.

Conditions d'adhésion du renfort Hospitalisation :

Le renfort Hospitalisation peut être retenu pour toutes les formules.

## 2.5 La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat

### 2.5.1 La conclusion de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur, via KEREIS SOLUTIONS.

L'acceptation de l'Assureur est matérialisée par l'émission du certificat d'adhésion qui indique la date d'effet de l'adhésion, la nature, l'étendue, le montant des garanties ainsi que le détail de la cotisation. La date de conclusion de l'adhésion est celle de l'acceptation par l'Assureur qui est indiquée sur le certificat d'adhésion.

### 2.5.2 La durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur pour une durée annuelle.

L'adhésion se renouvelle ensuite lors de l'échéance anniversaire chaque année, par tacite reconduction sans intervention de la part de l'Adhérent, sauf dénonciation formulée par lui-même, l'Assureur ou l'Association et, dans les conditions mentionnées à l'article 2.8. Résiliation de l'adhésion aux contrats. L'adhésion prend fin à l'extinction de la totalité de vos garanties d'assurance.

## 2.6 La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties

### 2.6.1 La prise d'effet

La date d'effet des garanties est indiquée au certificat d'adhésion. L'adhésion produira ses effets au plus tôt à la date fixée au certificat d'adhésion. La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de signature de la Demande d'adhésion. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant à l'adhésion.

### 2.6.2 Les délais d'attente et limitations

Délais d'attente : 3 mois sur les forfaits en Hospitalisation et Soins courants. Aucun remboursement ne sera fait durant ce délai.

Limitations : 3 mois pour les formules F4 à F6 pour l'Hospitalisation et le Dentaire hors 100% Santé. 3 mois pour toutes les formules sur les Equipements Optique hors 100% Santé. Des remboursements limités seront pris en charge durant cette période.

### 2.6.3 La cessation des garanties

La garantie est viagère. Elle cesse toutefois :

- dès que l'assuré ne répond plus à la définition des personnes assurées;
- à l'égard de chaque assuré, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

## 2.7 La suspension des garanties

L'adhésion et les garanties qui y sont attachées sont suspendues en cas de :

- non-paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code des assurances (art. L 113-3),

En cas de suspension l'adhésion et les garanties reprennent effet le lendemain du jour où :

- les cotisations arriérées, celles venant à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés en cas de non-paiement.

La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des accidents, maladie ou maternité survenus pendant cette période, quand bien même leur facturation serait postérieure, ainsi que la perte des droits à remboursement des prestations facturées pendant cette période.

## 2.8 La résiliation de l'adhésion au contrat

### 2.8.1. Par l'Adhérent

L'adhésion au contrat peut être résiliée :

- A la date d'échéance anniversaire, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.

L'Adhérent a également la possibilité de demander à mettre un terme à son adhésion au contrat **SÉRÉNITÉ SANTÉ** à tout moment, après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire.

La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.

-En cas de modification du tarif décidée en fonction de l'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties, et ce dans les 30 jours suivant la date d'envoi de cette modification.

L'ajustement, à l'échéance anniversaire, de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation pour l'Adhérent.

## 2.8.2. Par l'Assureur

L'adhésion peut être résiliée en cas de :

- non paiement des cotisations. Dans ce cas, l'Adhérent demeure tenu de payer les primes dues pour toute la période de garantie en cours ;
- réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat ;
- aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si l'Adhérent n'accepte pas le tarif proposé ;
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues, **étant précisé que l'assuré sera déchu de tout droit à prestations en cas de déclaration de sinistre frauduleuse ;**

- en cas de procédure de sauvegarde (article L. 622-13 du Code de commerce), de redressement judiciaire (art. L. 631-14 du Code de commerce), ou de liquidation judiciaire (article L 641-11-1 du Code de commerce) de l'Adhérent, et dans le respect des dispositions de ces textes ;

- Lorsque l'adhérent perd la qualité de résident fiscal français, ou réside en dehors du territoire français plus de 3 mois par an (en une ou plusieurs périodes) ;

- Lorsque l'adhérent n'est plus assujéti à un régime obligatoire de sécurité sociale en tant qu'assuré ou ayant droit.

## 2.8.3 De plein droit

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur ;
- en cas de décès de l'Adhérent,
- pour chaque assuré selon les garanties choisies et couvertes, dans les conditions prévues à l'article 2.6.3 La cessation des garanties.

**Lorsque le renfort « Hospi » est retenu en option, selon les conditions prévues à l'article 2.6, la résiliation s'effectue dans les mêmes conditions que la garantie principale. En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations sont dues pour les soins et traitement en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.**

## 2.8.4 Modalités de la résiliation

L'Adhérent peut résilier son adhésion par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique afin de conserver une preuve de sa demande, ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du Code des assurances.

Adresse postale : **CEGEMA**  
679, avenue du Docteur Lefebvre  
BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex

Adresse courrier électronique : [moncontratsante@cegema.com](mailto:moncontratsante@cegema.com).

### Précisions sur l'envoi recommandé électronique :

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

- 1° Le nom et le prénom ou la raison sociale de l'expéditeur, ainsi que son adresse électronique ;
- 2° Le nom et le prénom ou la raison sociale du destinataire ainsi que son adresse électronique ;
- 3° Un numéro d'identification unique de l'envoi attribué par le prestataire ;
- 4° La date et l'heure du dépôt électronique de l'envoi indiquées par un horodatage électronique qualifié tel que défini par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus ;
- 5° La signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé tels que définis par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus, utilisé par le prestataire de services qualifié lors de l'envoi. » La résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Assureur, via KEREIS SOLUTIONS, doit être notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

## 2.9 Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance

	Démarchage à domicile	Vente à distance
Définitions	« 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 ou par envoi recommandé électronique 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. »	Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités
Exécution immédiate du contrat		Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent. La cotisation dont l'Adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.
Modalités et conditions de renonciation	L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à la date de conclusion du contrat (date indiquée sur le certificat d'adhésion). Il doit pour cela adresser au délégataire de gestion sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle. -Courrier postal : CEGEMA - 679, avenue du Docteur Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex -Email : <a href="mailto:moncontratsante@cegema.com">moncontratsante@cegema.com</a>	
Modèle de lettre de renonciation	Je soussigné(e) (nom et prénom de l'Adhérent), demeurant à (domicile principal) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat SÉRÉNITÉ SANTÉ N° (numéro d'adhésion) que j'ai signée le (date). (Si des cotisations ont été versées) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie. (En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. (Indiquez le lieu, la date et votre signature).	
Perte de la faculté de renonciation	Si l'Adhérent a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie.	
Conséquences de la renonciation	La renonciation prend effet à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. L'Assureur procédera au remboursement des cotisations dans un délai de trente jours suivant la date de renonciation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets. L'intégralité de la prime reste due à l'Assureur, si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.	Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de trente jours suivant la renonciation. Si des cotisations ont été perçues, l'Assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de trente jours.
Articles du Code des assurances	L. 112-9 du Code des assurances.	L. 112-2-1 du Code des assurances.

## 2.10 Les cotisations

### 2.10.1 Le montant des cotisations

Le montant de la cotisation est mentionné sur le Certificat d'Adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie et des renforts choisis, de l'âge des assurés, du lieu de domicile de l'Adhérent, de la composition familiale et des modalités de prise en charge et bases

de remboursement en vigueur du ou des Régimes obligatoires dont l'Adhérent et ses Ayants-droits relèvent lors de la prise d'effet des garanties.

En cours d'adhésion :

- En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de :

- 2 % par an jusqu'à l'âge de 64 ans,

- 2,5% de 65 ans à 79 ans,

- 3,5% de 80 à 85 ans,

- 4% de 86 à 90 ans et

- 5% à partir de 91 ans.

- En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.

- La cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des assurés.

- La cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a un changement de zone géographique tarifaire. Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, est pris en compte celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

Les taxes actuelles à la charge des assurés sont comprises dans la cotisation.

### 2.10.2 La variation des cotisations

En sus de la clause d'indexation reprise ci-dessus, les cotisations évoluent à chaque échéance anniversaire de l'adhésion en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de la structure de nos remboursements.

Il est convenu que si les bases techniques de détermination de ces taux d'accroissement venaient à être profondément modifiées, un nouvel indice de variation des cotisations serait défini.

Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications des prestations allouées par le Régime obligatoire et / ou toutes modifications législatives et réglementaires.

Dans ce cas la cotisation sera modifiée à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance anniversaire de l'adhésion. Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions. Toute modification ou ajout de taxe ou contribution de toute nature impliquera sans délai une variation de cotisations, s'agissant là de dispositions impératives.

### 2.10.3 La révision du tarif

L'Assureur peut également être amené à modifier son tarif en cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties.

Les révisions tarifaires interviennent à partir de la prochaine échéance anniversaire de l'adhésion dans le respect des dispositions de l'article L 141-4 du Code des assurances. Dans cette hypothèse, l'Adhérent aura la faculté de résilier son adhésion conformément à l'article 2.8 La résiliation de l'adhésion au contrat.

### 2.10.4 Le paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. CEGEMA peut accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels (uniquement par prélèvement automatique) ; il en est alors fait mention au Certificat d'adhésion.

### 2.10.5 Le non-paiement des cotisations

Selon l'art. L.113-3 du Code des assurances, à défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, CEGEMA, pour le compte de l'Assureur, pourra, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice, adresser à l'Adhérent à son dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure.

Les garanties seront suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et l'adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours. L'adhésion, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les

éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés par l'Adhérent. La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit aux remboursements des frais de soins (se rapportant à des accidents, maladie ou maternité) survenus pendant cette période.

Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à la charge de l'Adhérent ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du Code des assurances).

## 2.11 La prescription

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

### Délai de prescription

#### ARTICLE L. 114-1

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

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

### Causes d'interruption de la prescription

#### ARTICLE L. 114-2

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

### Caractère d'ordre public de la prescription

#### ARTICLE L. 114-3

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

### Les causes ordinaires d'interruption

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

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

#### ARTICLE 2240 DU CODE CIVIL

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

### Demande en justice

#### ARTICLE 2241 DU CODE CIVIL

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

#### ARTICLE 2242 DU CODE CIVIL

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets

jusqu'à l'extinction de l'instance.

#### **ARTICLE 2243 DU CODE CIVIL**

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande

ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

#### **Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée**

#### **ARTICLE 2244 DU CODE CIVIL**

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

#### **Étendue de la prescription quant aux personnes**

#### **ARTICLE 2245 DU CODE CIVIL**

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

#### **ARTICLE 2246 DU CODE CIVIL**

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

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

#### **ARTICLE 2233 DU CODE CIVIL**

La prescription ne court pas :

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

#### **ARTICLE 2234 DU CODE CIVIL**

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

#### **ARTICLE 2235 DU CODE CIVIL**

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

#### **ARTICLE 2236 DU CODE CIVIL**

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

#### **ARTICLE 2237 DU CODE CIVIL**

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

#### **ARTICLE 2238 DU CODE CIVIL**

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de

l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

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

#### **ARTICLE 2239 DU CODE CIVIL**

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'Assureur

### **2.12 La subrogation**

En cas d'*accident* avec un tiers responsable, l'Assureur exercera son recours conformément aux articles L. 121-12 et L. 131-2 du Code des assurances à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

### **2.13 Les réclamations – La médiation**

En cas de réclamation concernant son adhésion au contrat, l'Adhérent est invité à prendre contact avec son interlocuteur habituel ou avec le service client CEGEMA :

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

#### **• La médiation**

La Médiation de l'Assurance peut être saisie en cas d'absence de réponse 2 mois après l'envoi de votre première réclamation ou dès réception d'une première réponse rejetant totalement ou partiellement votre réclamation.

Elle peut être saisie :

- par voie postale en écrivant à : **La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09**

- via un formulaire en ligne disponible sur son site Internet :

<https://formulaire.mediation-assurance.org/>

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le médiateur de l'assurance exerce sa mission en toute indépendance.

### **2.14 L'autorité de contrôle**

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) est l'organe de supervision français de la banque et de l'assurance - 4 Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

### **2.15 La protection des données à caractère personnel**

#### **2.15.1 Qualité des parties**

Dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du Contrat, des données à caractère personnel concernant l'Adhérent et les Assurés sont traitées par KEREIS SOLUTIONS ainsi que par SWISS LIFE en leurs qualités de responsables conjoints de traitement. SWISS LIFE, en sa qualité d'Assureur, détermine les bases légales garantissant la licéité des traitements de données, ainsi que les objectifs et finalités principaux des traitements de données à caractère personnel. KEREIS SOLUTIONS, en sa qualité de déléguataire de gestion, détermine les moyens principaux nécessaires au traitement

des données personnelles et assure leur mise en œuvre technique et opérationnelle.

La relation entre KEREIS SOLUTIONS et SWISS LIFE, en leur qualité de responsables de traitement conjoints, fait l'objet d'un acte juridique écrit reflétant dûment les rôles respectifs des responsables conjoints du traitement et leurs relations vis-à-vis de l'Adhérent et des Assurés.

Les grandes lignes de cette relation peuvent être mis à disposition de l'Adhérent et des Assurés en adressant une demande écrite au Délégué à la Protection des Données

### 2.15.2 Finalités des traitements de données personnelles

Aux fins de fournir les garanties du Contrat, les données à caractère personnel peuvent être traitées pour différentes finalités, mises en œuvre conformément aux réglementations applicables selon les bases légales décrites ci-dessous :

Finalité du traitement de données personnelles	Fondement légal permettant la mise en œuvre du traitement
<b>Finalité 1 : Passation, gestion et exécution du contrat, pouvant notamment inclure des prises de décisions automatisées</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés</li> <li>- Elaboration des statistiques et études actuarielles</li> <li>- Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque</li> <li>- Exécution des garanties des contrats</li> <li>- Gestion des contrats et Gestion des clients</li> <li>- Exercice des recours et gestion des réclamations et des contentieux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel l'Adhérent et le(s) Assuré(s) est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de ces derniers.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc. ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lutte contre la fraude, ces dispositifs pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des contrats et aux intérêts légitimes poursuivis par les responsables du traitement. Ces intérêts consistent notamment à garantir (i) la pérennité de l'activité de l'Assureur et des risques qu'il assure, et de (ii) favoriser l'équité entre Assurés (la mutualisation des cotisations et des risques étant au cœur des activités d'assurance).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'actions de prévention proposées par l'Assureur</li> <li>- Conduite d'activités de recherche et développement</li> <li>- Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes poursuivis par le responsable du traitement. Ces intérêts consistent notamment en l'amélioration des produits et services aux clients, en la prévention et réduction des risques et sinistres, ou encore en la réalisation d'enquête de satisfaction ou autres opérations en relation avec la clientèle.</li> </ul>
<b>Finalité 2 : Prospection commerciale</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectuer les opérations relatives à la gestion des prospects de l'Organisme d'assurance</li> <li>- L'acquisition, la cession, la location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'Organisme d'assurance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes des responsables de traitement conjoints aux fins de pouvoir développer leurs activités et proposer aux Adhérents et Assurés de nouveaux produits et offres.</li> <li>- Vous pouvez vous opposer à tout moment à ce traitement en exerçant vos droits, conformément au paragraphe « Exercice des droits » ci-dessous.</li> </ul>

Des données de santé de l'Adhérent et des Assurés peuvent faire l'objet de traitements sur le fondement de l'article 9-26-b du Règlement Général sur la Protection des Données pour l'exécution des garanties du contrat en matière de protection sociale.

### 2.15.3 Information des Assurés par l'Adhérent

Dans le cadre de l'exécution du Contrat, l'Adhérent peut être amené à transmettre à l'Assureur ou au Délégué, de son plein gré,

des données à caractère personnel relatives aux Bénéficiaires des garanties. L'Adhérent reconnaît et s'engage pleinement à informer les Assurés Bénéficiaires des présentes conditions relatives aux traitements de données à caractère personnel, notamment en portant à leur connaissance la présente Notice d'information.

### 2.15.4 Destinataires et transferts des données à caractère personnel

Les données relatives aux Adhérents et aux Assurés pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe de sociétés auquel appartient SWISS LIFE dans le cadre de l'exercice de leurs missions, aux sous-traitants (agents généraux d'assurance, hébergeur de données, prestataires de solutions informatiques, prestataires d'envoi de courriers, etc.) agissant sur strictes instructions des responsables de traitement conjoints, aux réassureurs intervenant dans le cadre des garanties du présent Contrat, ainsi qu'aux mandataires et partenaires (partenaires intervenant dans le cadre des prestations d'assistance, etc.) des responsables de traitement conjoints. Certaines données pourront également être destinées à tous organismes professionnels ou administrations dans le cadre de leurs missions respectives ou pour répondre à des obligations légales. SWISS LIFE et KEREIS SOLUTIONS favorisent le traitement des données à caractère personnel des Adhérents et Assurés au sein de pays membres de l'Union Européenne. La majorité des traitements de données sont opérés en France ou en Union Européenne. Dans le cadre de certaines activités, des données à caractère personnel des Adhérents et Assurés peuvent faire l'objet d'un transfert en dehors de l'Union Européenne en vertu de la mise en place de garanties appropriées (notamment la signature de clauses contractuelles types adoptées par une autorité de contrôle ou la Commission européenne et/ou le respect d'un code de conduite) et/ou en vertu d'une décision d'adéquation de la Commission européenne vers un pays assurant un niveau de protection adéquat.

### 2.15.5 Durées de conservation des données

Les données à caractère personnel de l'Adhérent et des Assurés sont conservées durant toute la durée nécessaire à l'exécution du Contrat d'assurance, puis sont supprimées ou archivées au terme des obligations légales incombant aux responsables de traitement conjoints. En cas de non-conclusion d'un contrat, les données (notamment les données de santé) pourront être conservées pour une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du demandeur. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, les données pourront être conservées pour une durée de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude si l'alerte est confirmée, et en cas de procédure judiciaire, ces données pourront être conservées jusqu'au terme de la procédure. Ces informations seront ensuite archivées.

En cas d'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, les données pourront être conservées 5 ans maximum à compter de l'inscription. Dans le cadre de la prospection commerciale, les données sont conservées pour une durée de trois ans maximum après le dernier contact ou la fin de la relation contractuelle.

### 2.15.6 Exercice des droits

L'Adhérent et les Assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données les concernant. Ils ont également la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données après leur décès. Si L'Adhérent et les Assurés ont consenti de manière expresse à certaines utilisations de données, ils peuvent retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application du Contrat ou le respect par les responsables de traitement conjoints d'une obligation légale ou réglementaire.

L'Adhérent et les Assurés peuvent également s'opposer au traitement de leurs données pour un motif légitime. Ils peuvent exercer ce droit d'opposition à tout moment, et de manière absolue, sans justifier d'un motif, pour ne plus recevoir par SMS et/ou mail des offres commerciales de la part des responsables conjoints de traitement pour leurs services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à ces droits, l'Adhérent et les Assurés peuvent s'adresser à : SWISS LIFE – DPO - 1 rue Bellini, 92800 PUTEAUX France ou par e-mail à l'adresse suivante : dposwisslife@swisslife.fr.

**Les demandes médicales doivent être libellées à l'attention du médecin-conseil de CEGEMA.**

Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'Adhérent et les Assurés peuvent s'adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr/>).

Tout Adhérent ou Assuré est informé qu'il est par ailleurs en droit de déposer une plainte auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (<https://www.cnil.fr/>). Nous encourageons l'Adhérent et nos Assurés à contacter en amont nos Délégués à la Protection des Données pour toute problématique relative au traitement de leurs données personnelles.

### 2.15.7 Coordonnées du Délégué à la Protection des Données

Les responsables de traitement conjoints ont désigné un Délégué à la Protection des Données. Vous pouvez directement prendre contact avec ces derniers aux coordonnées suivantes :

- Pour l'Assureur (porteur de risque) SWISS LIFE, par courrier postal à l'adresse suivante : SWISS LIFE – DPO - 1 rue Bellini, 92800 PUTEAUX France ou par e-mail à l'adresse suivante : dposwisslife@swisslife.fr;
- Pour le Courtier et délégataire de gestion KEREIS SOLUTIONS, par courrier postal à l'adresse suivante : CEGEMA - 679, AV Docteur Julien Lefebvre - 06270 Villeneuve Loubet ou par e-mail à l'adresse suivante : dpo@kereis.com.

## CHAPITRE 3 : LES GARANTIES

### 3.1 Le cadre juridique

**Les garanties du contrat sont dites « responsables ».**

Les garanties respectent en cela l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code.

De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation actuelle en vigueur.

**Elles garantissent le remboursement de l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale** dans les conditions et limites de garanties mentionnées dans le tableau de garanties de la formule de garantie choisie par l'Adhérent et dans le respect des obligations des minima/ maxima et interdictions de prise en charge des frais de santé exposés prévus dans les textes précités.

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

**De plus, le contrat doit prendre en charge la participation forfaitaire aux actes lourds, laissée aux assurés en cas de passage aux urgences non programmé et non suivi par une hospitalisation, prévue à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.**

**Rappel des interdictions de prise en charge :**

**Le contrat responsable :**

- ne peut pas prendre en charge la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.

- ne peut pas prendre en charge la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues aux II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.

- doit laisser à la charge des assurés une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés en dehors du parcours de soins, prévu au point 18 de l'article L. 162-5 du Code de

**la Sécurité sociale.**

**En cas d'évolutions législatives et/ou réglementaires effectuées dans le cadre du contrat responsable, les garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable, sauf refus exprimé de part de l'Adhérent (article L. 112-3 alinéa 5 du Code des assurances), entraînant la résiliation de votre adhésion.**

### 3.2 L'objet du contrat

Le contrat a pour objet de garantir le remboursement des dépenses de santé engagées par les personnes assurées et occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Les frais pouvant faire l'objet d'une prise en charge partielle ou totale sont ceux exclusivement listés dans le tableau des garanties au regard de chacun des grands postes de garantie (Hospitalisation, Soins courants, Dentaire, Optique, Aides auditives, etc.).

### 3.3 Ce que garantit le contrat

#### 3.3.1 La garantie santé

**Les garanties du contrat garantissent le remboursement de l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale :**

- dans les conditions et limites de garanties mentionnées dans le tableau de garanties de la formule de garantie souscrite par l'Adhérent -et dans le respect des obligations des minima/maxima et interdiction de prise en charge des frais de santé exposés prévus à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code.

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

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

Le versement des forfaits est effectué dans la limite des frais réellement engagés et sur justificatifs.

Pour chaque assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de sa garantie. Servent de référence, la date des soins retenue par le régime obligatoire pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, la date de prescription médicale pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire et pour l'optique la date de facturation de l'équipement. Les dates de proposition, d'exécution et de paiement des actes et travaux dentaires doivent se situer dans la période de garantie.

**Cas de la chambre particulière :**

La chambre particulière en Hospitalisation classique est limitée à 30 jours par an. En rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle elle est limitée à 20 jours par an. En psychiatrie, neuropsychiatrie, gériatrie, diététique, cure de désintoxication, séjour en USLD et maison pour personnes âgées, elle n'est pas prise en charge.

**Cas des frais accompagnants et Confort Hospi :**

Ces forfaits permettent le remboursement des frais de télévision, presse, internet et téléphone (Confort Hospi) ainsi que les frais de services hôteliers fournis par l'établissement hospitalier (lits, repas, petit déjeuner) pour les accompagnants (ascendants, descendants, conjoints) de l'assuré. Ils sont limités à 20 jours par an.

**Cas de la médecine complémentaire :**

La prise en charge est limitée à 40€ par séance et dans la limite du forfait annuel prévu à la garantie choisie.

**Cas de la cure thermale :**

La garantie cure thermique a pour objet le remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (dépenses extra légales au sens du Régime Obligatoire), dans les conditions mentionnées.

Le forfait hébergement et transport de la cure thermique ne sera réglé à l'assuré que si la cure est entièrement comprise dans la période de garantie.

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

#### Cas particulier du forfait Optique

Une limitation à 100% de la BRSS pendant les 3 premiers mois s'appliquent sur les Equipements Optique hors 100% Santé.

Le forfait optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 années d'assurance et par bénéficiaire. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. La période est ramenée à un an pour les Assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur. Pour les Assurés de moins de 16 ans et de plus de 6 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

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

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

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

#### Renfort Hospitalisation :

Si le renfort est choisi, les garanties sont modifiées comme suit :

+25% sur les Honoraires Hospitalisation OPTAM ou OPTAM CO ;

+30€/j en chambre particulière en hospitalisation classique ;

+10€/j sur les frais accompagnants ;

+10€/j pour le Confort Hospi

#### Avantage Bonus de fidélité

En fonction de l'ancienneté de l'adhésion, les prestations listées ci-dessous sont majorées dans les conditions suivantes :

- Bonus Fidélité Hospitalisation Honoraires Optam/Optam-Co.

A compter de la 3ème année d'assurance, le remboursement est majoré de : +50%.

- Bonus Fidélité Chambre particulière en hospitalisation classique.

A compter de la 3ème année d'assurance, le remboursement est majoré de : +10€ pour les formules F1 à F4, +15€ pour F5 et +20€ pour F6.

- Bonus fidélité Cure thermique.

A compter de la 3ème année d'assurance, le remboursement est majoré de : +50 € à + 100 € par an selon la formule.

- Bonus Chirurgie réfractive.

A compter de la 3ème année d'assurance, le remboursement est

majoré de : +75 € à + 200 € par an selon la formule.

- Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale.

A compter de la 3ème année d'assurance, le remboursement est majoré de : +100 € par an selon la formule (à partir de la F3).

#### 3.3.2 La dispense d'avance de frais (Tiers payant)

Les assurés bénéficient de la dispense d'avance des frais, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, sur les prestations faisant l'objet des garanties prévues pour les contrats responsables et indiquées sur l'attestation de tiers payant. La prise en charge peut être obtenue sur simple présentation de l'attestation de tiers payant en cours de validité, sous réserve que le professionnel de santé ou l'établissement de santé accepte le tiers payant. En dehors du parcours de soins, le tiers payant n'est pas possible.

#### 3.3.3 Les garanties annexes

##### La garantie Assistance

S'ils sont mentionnés sur le tableau des garanties pour la formule de garantie retenue, les assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Les conditions de la garantie assistance sont indiquées dans une Convention d'assistance jointe au présent document.

#### 3.4 La modification des garanties

A la date d'échéance anniversaire de son adhésion, sous réserve d'en faire la demande au moins 2 mois avant cette date et de justifier de 12 mois complets d'assurance sans modification des garanties de son adhésion, l'Adhérent a la possibilité de demander à :

- modifier à la hausse ou à la baisse sa formule de garanties, dans le respect des limites d'âge d'accès aux garanties fixées par l'article 3.4.1. L'âge limite d'adhésion de la présente notice d'information,

- adhérer au « renfort Hospitalisation », lorsqu'il n'a pas retenu ces garanties au moment de son adhésion. L'Adhérent conserve la possibilité de résilier le renfort Hospitalisation à tout moment, après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation du Renfort Hospitalisation.

Toute résiliation du Renfort Hospitalisation sera définitive. Toute nouvelle adhésion à cette garantie est exclue.

Les modifications s'appliquent à l'ensemble des assurés de l'adhésion.

#### 3.5 L'étendue territoriale des garanties

La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation, de votre contrat s'exerce dans tous les pays, à partir du moment où le régime obligatoire français intervient. Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'État français. Le contrat d'assurance Sérénité Santé étant un contrat nécessairement complémentaire au régime obligatoire français, il n'a pas lieu d'intervenir pour le remboursement de frais de soins programmés à l'étranger et non pris en charge par le régime obligatoire, et plus généralement pour tous les soins réalisés ainsi que les produits et prestations dispensés à l'étranger pour lesquels la Sécurité sociale n'intervient pas.

## CHAPITRE 4 : LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE

#### 4.1 Les cas où la garantie ne s'exerce pas

Ainsi qu'évoqué au paragraphe 3.1 Le cadre juridique, les différentes formules du contrat étant responsables, les garanties ne sauraient couvrir :

- la majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins, prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;

- la contribution forfaitaire et la franchise médicale prévues au II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale ;

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

- Les remboursements d'appareils orthodontiques amovibles

(de type gouttière d'alignement) achetés sur internet sont exclus de la garantie.

Par ailleurs, l'achat d'appareils orthodontiques amovibles de type gouttières d'alignement non précédé d'un diagnostic, d'un examen et d'imagerie et non suivi périodiquement par un professionnel de santé qualifié (dentiste ou orthodontiste) est exclu de la garantie.

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

#### 4.2 Les limitations de la garantie santé

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

En outre, sont exclus les frais d'hospitalisation en long séjour, c'est-à-dire les soins de longue durée comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Sont également exclus les frais d'hospitalisation des personnes hospitalisées en longue durée, pour une durée indéterminée, dans un établissement qui facture légalement du moyen séjour. C'est le cas par exemple des frais d'hospitalisation des personnes en état végétatif chronique ou en état paucirelationnel, qui sont placées en unités de structures de Soins et Suite et de Réadaptation (SSR) par le biais de la circulaire n° 2002-288 du 3 mai 2002.

En aucun cas, le versement de prestations même à plusieurs reprises ne saurait constituer une renonciation de l'Assureur aux éléments indiqués au Tableau de garantie, aux limitations ou exclusions prévues au contrat.

## CHAPITRE 5 : LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

### 5.1 Le règlement des prestations

#### LES DOCUMENTS A TRANSMETTRE

Pour le remboursement des dépenses de santé : lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que CEGEMA n'a pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à transmettre à CEGEMA sont les suivants :

- Hospitalisation : l'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires acquittées des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.
- Médecine courante : l'original du décompte du régime de base et/ ou la facture détaillée.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, CEGEMA pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus. Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à CEGEMA dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.

#### Le tiers payant

Une attestation de tiers payant est délivrée à l'Adhérent lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais pour les prestations indiquées sur l'attestation selon les modalités précisées. L'utilisation de l'attestation de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite attestation. En cas d'utilisation frauduleuse de l'attestation de tiers payant, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

**L'Adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement**

son attestation de tiers payant santé en cours de validité. Le cumul des divers remboursements obtenus par l'Adhérent ne peut excéder la dépense réelle.

#### Le paiement des prestations

Le remboursement des frais médicaux est toujours établi à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'État Français.

### 5.2 Les renseignements complémentaires

Le médecin-conseil de CEGEMA peut demander tous renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident traité, et notamment de répondre à un questionnaire ou de fournir une attestation médicale.

L'Adhérent peut lui communiquer ces renseignements directement, à son attention exclusive.

### 5.3 Le contrôle et expertise

Sauf cas de force majeure, l'assuré malade, accidenté ou ayant bénéficié de prestations effectuées doit, le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par nous. Nous pouvons effectuer, à tout moment, les contrôles que nous jugerons nécessaires afin de pouvoir constater la réalité de votre état. La non-présentation de l'adhérent à l'expertise médicale diligentée par l'assureur entraîne sans délai la suspension du versement des prestations de l'assureur, ainsi que la suspension de toutes les garanties du contrat. Les garanties reprendront effet une fois que l'expertise médicale aura pu être réalisée.

Dans tous les cas, la période de suspension des garanties ne pourra jamais donner lieu à indemnisation.

Toute contestation de l'Adhérent sur les conclusions de l'expert relatives à son état de santé entraînera la procédure qui suit :

- **L'expertise contradictoire** : en cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'Assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin ;

- **Compromis d'arbitrage** : si un désaccord sur l'état de santé de l'Adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le président du tribunal judiciaire du domicile de l'Adhérent situé en France.

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties. Les conclusions rendues par le tiers arbitre s'imposeront aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci.

### 5.4 Les délais à respecter

**Les demandes de remboursement doivent parvenir à CEGEMA dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.**

**Le délai est ramené à trois mois en cas de résiliation du contrat.**

### 5.5 Les sanctions

**Si l'assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, CEGEMA pourra refuser le remboursement.**

# NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT COLLECTIF COMPLÉMENTAIRE SANTÉ À ADHÉSION FACULTATIVE SÉRÉNITÉ SANTÉ – formules «Budget» 5706\_09/2025

Notice d'information Sérénité Santé formules «Budget»

## CONTRATS N° A 5706 0015 (NON MADELIN)

### I. LE PRODUIT – LE CONTRAT

**Sérénité Santé formules «Budget»** est un contrat d'assurance complémentaire santé ayant pour objet de garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

La convention n° A 5706 0015 n'est pas éligible aux dispositions fiscales de la loi n° 94 – 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin). La convention n° A 5706 0014 n'entre pas dans ce cadre fiscal.

Le Contrat **Sérénité Santé formules «Budget»** est un produit d'assurance souscrit auprès de :

SwissLife Prévoyance et Santé (SLPS)

S.A. au capital de 150 000 000 euros

Siège social : 1 rue Bellini, 92800 PUTEAUX France

Entreprise régie par le Code des assurances 322 215 021  
RCS Nanterre

Désigné ci-après « l'Assureur »,

Par :

Association générale interprofessionnelle de solidarité (AGIS)  
Association Loi 1901

Siège social : 2 rue Jean Jaurès, 92800 PUTEAUX France

Désignée ci-après « l'Association ».

Le contrat **Sérénité Santé formules «Budget»** a été développé et négocié par KEREIS SOLUTIONS, qui en accord avec l'Assureur et l'Association, le commercialise à titre exclusif via son propre réseau commercial, et un réseau d'intermédiaires d'assurance partenaires.

Kereis Solutions sous-délègue la gestion des contrats à Cegema.

#### KEREIS SOLUTIONS

KEREIS SOLUTIONS - Kereis Solutions, SAS au capital de 112 309 euros, dont le siège social est 112 avenue Kléber, 75116 Paris, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 524 114 600, ORIAS n° 10 057 441 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)).

#### CEGEMA

SAS de gestion et de courtage d'assurance au capital de 313 800 € - Siège social : 679, avenue du Docteur Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex. RCS Antibes B 378 966 485 Immatriculation au registre des intermédiaires d'assurances de l'ORIAS sous le n° 07 001 328 [www.orias.fr](http://www.orias.fr)

L'Association AGIS est une association souscriptrice qui a pour objet de conclure en faveur de ses membres des contrats d'assurance de groupe auprès d'organismes assureurs.

En sa qualité de souscriptrice, elle veille à la bonne exécution des conventions et les adapte en fonction des intérêts de ses membres.

Chaque membre de l'Association dispose d'un droit de vote à l'assemblée générale.

Le contrat **Sérénité Santé formules «Budget»** est régi par le Code des assurances français. Le contrat **SÉRÉNITÉ SANTÉ** entre l'Association AGIS et l'Assureur prend effet le 01/01/2025, et se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois. En cas de résiliation du contrat entre l'Association et l'Assureur :

- aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée ;
- chaque assuré garanti par ce contrat au moment de la résiliation,

pourra le demeurer jusqu'à la cessation des garanties (cf. art. 2.8 La prise d'effet des garanties - les délais d'attente - la cessation des garanties).

L'Association et l'Assureur peuvent d'un commun accord réviser le contrat.

Toute modification des droits et obligations des adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des adhérents, selon les dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances. Dans cette hypothèse, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion sans préavis jusqu'à la date de la modification, cachet de la poste faisant foi.

Selon les termes de délégations de gestion distinctes émises dans le cadre du Contrat SÉRÉNITÉ SANTÉ, l'Assureur a confié la gestion des adhésions à KEREIS SOLUTIONS désigné ci-après « le délégataire de gestion ».

Le délégataire de gestion, dans le cadre de la délégation de gestion qui lui est consentie par l'Assureur, apprécie tous les risques, délivre tous certificats, reçoit tous avis et communications, perçoit toutes les cotisations, en donne quittance et adresse tous avis et lettres recommandées.

### II. L'ADHÉSION AU CONTRAT

L'adhésion au contrat est :

- régie par les dispositions qui suivent et par le Code des assurances. La loi applicable est la loi française. Les parties s'engagent à utiliser la langue française pendant toute la durée de l'adhésion ;

- constituée des éléments suivants :

- La présente **Notice d'information** qui définit les conditions d'application de l'adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être choisies.

Elle informe l'Adhérent sur les risques non couverts et lui indique également la marche à suivre pour obtenir les prestations.

- Le **certificat d'adhésion** qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de l'adhésion, les personnes assurées, la formule retenue, l'étendue et les modalités des garanties effectivement choisies.
- Le **tableau des garanties** qui précise les dépenses de santé assurées et le montant de la participation correspondante.
- La **fiche IPID** (document d'information standard sur le produit d'assurance).
- Le **document d'information sur les taux de redistribution et taux de frais de gestion** visés par l'arrêté du 6 mai 2020.
- Les **exemples de remboursement**.

# NOTICE D'INFORMATION SÉRÉNITÉ SANTÉ formules budget- A 5706\_09/2025

## SOMMAIRE

<b>CHAPITRE 1 : LEXIQUE</b>	<b>28</b>
<b>CHAPITRE 2 : LE FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION</b>	<b>30</b>
2.1 L'Adhérent et les personnes assurées	30
2.2 Les conditions et formalités d'adhésion	30
2.3 L'âge limite d'adhésion	30
2.4 Les déclarations de l'Adhérent	30
2.5 Ajout ou sortie des Ayants droit	31
2.6 Le choix de la formule de garanties	31
2.7 La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat	31
2.8 La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties	31
2.9 La suspension des garanties	31
2.10 La résiliation de l'adhésion au contrat	31
2.11 Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance	32
2.12 Les cotisations	32
2.13 La prescription	33
2.14 La subrogation	34
2.15 Les réclamations – La médiation	34
2.16 L'autorité de contrôle	34
2.17 La protection des données à caractère personnel	34
<b>CHAPITRE 3 : LES GARANTIES</b>	<b>36</b>
3.1 Le cadre juridique	36
3.3 Ce que garantit le contrat	36
3.4 La modification des garanties	37
3.5 L'étendue territoriale des garanties	37
<b>CHAPITRE 4 : LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE</b>	<b>37</b>
4.1 Les cas où la garantie ne s'exerce pas	37
4.2 Les limitations de la garantie santé	37
<b>CHAPITRE 5 : LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS</b>	<b>37</b>
5.1 Le règlement des prestations	37
5.2 Les renseignements complémentaires	38
5.3 Le contrôle et expertise	38
5.5 Les sanctions	38

## CHAPITRE 1 : LEXIQUE

### Quelques définitions pour mieux nous comprendre.

Pour vous faciliter la lecture de ce document, voici la définition de certains termes fréquemment utilisés.

#### **Accident**

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

#### **Adhérent**

La personne physique adhérant à l'Association AGIS et au contrat, signant le bulletin d'adhésion. Elle est désignée au certificat d'adhésion.

#### **Adhésion à distance**

Lorsque l'adhésion au contrat SÉRÉNITÉ SANTÉ formules « Budget » est réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance.

#### **Année d'assurance**

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

#### **Assuré(s) ou Ayants droit**

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) au certificat d'adhésion.

#### **Avenant**

Modification de l'adhésion au contrat et document matérialisant cette modification.

#### **Base de remboursement (BR)**

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel conventionné. Il s'agit d'un tarif résultant d'une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants des professions concernées par cette convention ;
- tarif d'autorité (TA) pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement pour des actes pratiqués par des professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Ce tarif est très inférieur au tarif de convention ;
- tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

#### **Catégories de médecin**

Il existe plusieurs catégories de médecins selon qu'ils aient adhéré ou non aux conventions nationales entre leur profession et les Régimes obligatoires d'assurance maladie.

##### **- Médecin conventionné en secteur 1**

Il s'est engagé à pratiquer les honoraires fixés par la convention médicale dont il dépend et qui correspondent à la base de remboursement du Régime obligatoire.

##### **- Médecin conventionné en secteur 1 avec dépassement permanent (DP)**

En raison de ses titres, il a reçu l'autorisation de pratiquer des dépassements dans certaines conditions. Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire.

##### **- Médecin conventionné en secteur 2**

Il est autorisé à pratiquer des honoraires libres à condition qu'ils soient fixés avec « tact et mesure ». Ces dépassements ne sont pas remboursés par le Régime obligatoire. Cette possibilité de facturer des dépassements est aussi accordée aux chirurgiens-dentistes sur les tarifs des prothèses dentaires et de l'orthodontie.

##### **- Médecin conventionné ayant souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO)**

En souscrivant à l'option pratique tarifaire maîtrisée (anciennement contrat d'accès aux soins) définie par la convention médicale, le médecin peut pratiquer des dépassements d'honoraires mais il

s'engage à modérer et stabiliser ses tarifs.

##### **- Médecin non conventionné**

Il a choisi de se dégager personnellement de la convention. Il fixe lui-même son tarif. Les actes sont remboursés sur la base du tarif d'autorité.

##### **Centre hospitalier spécialisé (CHS)**

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

##### **Certificat d'Adhésion**

Document émis par KEREIS SOLUTIONS qui matérialise l'acceptation de la demande d'adhésion et précise les garanties acceptées par l'Assureur. Il mentionne notamment le nom de l'Adhérent et des personnes assurées, la date de conclusion, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

##### **Chambre particulière**

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

##### **Conclusion de l'adhésion**

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion, indiquée au Certificat d'adhésion, correspond à la date d'édition de ce dernier.

##### **Conjoint**

On entend par conjoint, sous réserve qu'il soit âgé d'au moins 40 ans à l'adhésion :

- l'époux(se) de l'Adhérent non divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement ;
- le partenaire lié par un Pacs (pacte civil de solidarité) tel que défini à l'article 515-1 du Code civil ;
- le concubin de l'Adhérent.

En cas de concubinage, l'Assureur se réserve la possibilité de demander toute preuve de vie commune.

##### **Couple**

Est considéré comme couple, l'Adhérent et son conjoint.

##### **Date d'effet**

Date à laquelle débute l'adhésion, les garanties prenant effet à l'expiration du délai d'attente. Elle est indiquée au certificat d'adhésion.

##### **Déchéance**

C'est la perte du droit à la prestation due en cas de sinistre suite au non-respect de la part de l'Adhérent de certaines dispositions du contrat.

##### **Délai d'attente**

Le délai d'attente est une période décomptée à partir de la date de prise d'effet, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Aucune prestation n'est due pour des frais engagés et des événements survenant au cours de cette période. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion.

##### **Dépassement d'honoraires**

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

## **Domicile**

Lieu de résidence principale ou adresse de l'Adhérent ou de l'assuré précisé au certificat d'adhésion.

## **Échéance**

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci si vous avez opté pour un paiement semestriel, trimestriel ou mensuel.

## **Échéance anniversaire**

Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir. Elle est fixée à la date anniversaire de la prise d'effet du contrat.

## **Enfants**

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

- Qu'ils soient à leur charge au sens de la Sécurité sociale ou
- Qu'ils aient moins de 28 ans et poursuivent des études scolaires ou universitaires, et soient couverts par un Régime obligatoire français, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ou
- Qu'ils aient moins de 26 ans, et qu'ils soient en apprentissage ou entrés dans le cadre des contrats de formation, jusqu'au terme de leur cursus, et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55% du Smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ;

Ou quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21<sup>ème</sup> anniversaire.

## **L'Assureur se réserve le droit de demander des justificatifs.**

## **Etablissements médico-sociaux**

Etablissement assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

## **France**

Il s'agit de la France métropolitaine et des Outremer.

## **Forfait**

Lorsque les montants de remboursements sont exprimés sous la forme de forfaits, ces forfaits sont valables par année d'assurance et par assuré. Ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

## **Franchise médicale**

En vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, c'est une somme d'argent qui est déduite par la Sécurité sociale de chacun des remboursements de l'assuré social (à l'exception des jeunes de moins de 18 ans, des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, des femmes enceintes). Ces franchises sont décomptées dans la limite d'un plafond annuel qui ne pourra pas excéder 50 euros par personne. Les franchises médicales ne sont pas prises en charge par le contrat.

## **Garantie**

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

## **Honoraire limite de facturation (HLF)**

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. On parle également de « tarifs plafonnés ».

## **Hospitalisation**

Tout séjour pris en charge par le régime obligatoire de Sécurité sociale dans un établissement hospitalier (clinique ou hôpital, privé ou public) en France ou dans le monde entier. L'hospitalisation doit être prescrite par un médecin, pour y recevoir les soins nécessités par une maladie, une maternité ou un accident garanti. A l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré.

## **Hospitalisation en secteur spécialisé**

Tout séjour prescrit par un médecin pour y recevoir les soins nécessités par une maladie ou un accident en centre de : rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique,

sevrage thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

## **Long séjour**

Le long séjour inclut les soins de longue durée comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Les Unités de Soins de Longue Durée accueillent et soignent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou polyopathie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner une perte d'autonomie. Ces situations cliniques requièrent un suivi rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

## **Maladie**

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

## **Médicaments**

Substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines, pouvant être utilisée chez l'homme ou lui être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.

## **Moyen séjour – Soins de suite ou réadaptation (SSR)**

Service ou unité dans un hôpital ou une clinique pour les patients nécessitant des soins à leur rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale.

## **Nomenclatures des actes de la Sécurité sociale**

Elles listent les actes et biens médicaux remboursables et servent de base pour les calculs des remboursements des Régimes obligatoires et complémentaires. Les nomenclatures utilisées sont la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la Classification commune des actes médicaux (CCAM), la Liste des produits et prestations (LPP) et la Table nationale de biologie (TNB).

## **Nullité**

C'est l'annulation pure et simple du contrat ou de l'adhésion qui est censé(e) alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).

## **Parcours de soins**

Il consiste à déclarer un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et à le consulter en priorité ou à consulter un médecin correspondant sur orientation du médecin traitant. Certains médecins spécialistes peuvent être consultés sans pour autant passer par le médecin traitant, il s'agit des gynécologues, ophtalmologues, stomatologues et pour les bénéficiaires âgés de 16 à 25 ans des psychiatres et neuro psychiatres.

## **Participation forfaitaire**

En vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, la participation forfaitaire est une somme laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6<sup>e</sup> mois de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de L'Aide Médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

## **Plafond dentaire**

Montant maximum remboursé par année d'assurance, par bénéficiaire, exprimé par formule de garanties choisie. Seuls les remboursements des prothèses dentaires hors 100% santé\* entrent dans le calcul du plafond dentaire. Lorsque le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires hors 100% santé\* remboursées par le Régime Obligatoire sont prises en charge à 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, incluant le remboursement

du Régime Obligatoire.

### **Période de garantie**

Elle correspond à la période pendant laquelle les garanties du contrat sont acquises. Elle débute à la prise d'effet de l'adhésion et cesse à la date de résiliation de l'adhésion.

### **Prix limite de vente**

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

### **Régime obligatoire - RO**

Il s'agit du ou des Régimes obligatoires d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel sont respectivement affiliés l'Adhérent et les assurés de l'adhésion au contrat.

### **Résiliation**

C'est la cessation des effets de l'adhésion.

### **Service spécialisé**

Tout séjour à l'hôpital ou en clinique prescrit par un médecin pour y recevoir les soins nécessités par une maladie ou un accident en service ou centre tel que : rééducation convalescence, réadaptation fonctionnelle, soins de suite, diététique, sevrage thérapeutique, ou maison d'enfants à caractère sanitaire, maison de repos.

### **Sevrage tabagique**

Tous les substituts nicotiques pour arrêter de fumer, à l'exclusion de la cigarette électronique ainsi que de ses recharges de liquide et accessoires.

### **Ticket modérateur - TM**

Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le Régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

### **Transport**

Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche. L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

### **Verres complexes**

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

### **Verres hypercomplexes**

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

### **Verres mixtes**

Verres avec au moins un verre complexe ou hypercomplexe.

### **Verres simples**

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

## **CHAPITRE 2 : LE FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION**

### **2.1 L'Adhérent et les personnes assurées**

Pour adhérer au contrat l'Adhérent doit :

- adhérer à l'Association AGIS,
- résider en France,
- être assujéti à un Régime Obligatoire de Sécurité sociale français, en tant qu'assuré social ou ayant droit,
- être majeur civilement responsable,
- être âgé à l'adhésion d'au moins 55 ans pour l'Adhérent et d'au moins 40 ans pour le conjoint.

**Il est rappelé que l'objet de ce produit est d'intervenir en complément du régime obligatoire de Sécurité sociale, de sorte qu'il ne saurait être souscrit à titre de surcomplémentaire, en complément d'une autre complémentaire santé.**

En cas de non-respect de ces dispositions, l'Adhérent s'expose à ce que la nullité de son adhésion au contrat SÉRÉNITÉ SANTÉ formules « Budget » soit prononcée. Peuvent également être assurés au titre de son adhésion, son conjoint et ses enfants, ayants-droits aux prestations en nature d'un Régime d'Assurance Maladie obligatoire

français. Ils sont alors inscrits au Certificat d'adhésion et désignés dans la présente notice d'information par le terme « Ayants droit ».

### **2.2 Les conditions et formalités d'adhésion**

Quel que soit le mode d'adhésion au contrat, l'Adhérent doit remplir, dater et signer une demande d'adhésion comportant :

- les garanties choisies : la formule de base et, le cas échéant la ou les formules renfort correspondantes à la formule de base,
  - des indications relatives à la situation personnelle des personnes à assurer.
- et joindre un RIB et une attestation de droits.

Un complément d'information peut être demandé lors de l'étude du dossier. L'acceptation de l'adhésion est conditionnée aux réponses aux différentes demandes d'information. L'ensemble des réponses aux questions de la demande d'adhésion est obligatoire. Le défaut de réponse aura pour conséquence le non-examen du dossier.

**Tout assuré résilié dans le cadre d'une adhésion au présent contrat ne pourra être de nouveau admis que sur accord express de l'Assureur, via KEREIS SOLUTIONS.**

**L'Adhérent s'engage à déclarer à l'Assureur toute modification relative à sa situation entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date à laquelle il reçoit son certificat d'adhésion.**

**En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'Adhérent et l'assuré, s'il est différent, s'exposent à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.**

### **2.3 L'âge limite d'adhésion**

**L'âge limite d'adhésion** lors de la prise d'effet des garanties est sans limitation pour les formules « F1 Budget à F4 Budget ».

Rappel : pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, est pris en compte celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

### **2.4 Les déclarations de l'Adhérent**

#### **2.4.1 À l'adhésion**

L'adhésion est établie d'après les déclarations de l'Adhérent et la cotisation fixée en conséquence.

L'Adhérent doit répondre à l'adhésion avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la proposition d'assurance. L'Adhérent doit déclarer pour lui-même ainsi que pour ses ayants-droits les garanties de même nature souscrites auprès d'autres assureurs

#### **2.4.2 En cours d'adhésion**

En cours d'adhésion, et conformément à l'article L 113-2 du Code des assurances, l'Adhérent doit informer l'Assureur de tout changement de situation, et notamment :

- tout changement de la composition de la famille (naissance, mariage, divorce, décès) ;
- toute cessation ou changement d'affiliation d'un des assurés au Régime obligatoire ;
- toute modification des éléments renseignés dans la proposition d'assurance ;
- tout changement de domicile ou fixation hors de France,
- tout changement d'adresse électronique,
- toute souscription de garanties de même nature auprès d'autres assureurs ;

**Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique (art. R53-2 du Code des postes et communications électroniques) adressé à CEGEMA, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'Adhérent en a eu connaissance, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.**

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application des sanctions prévues par le Code des assurances :**

- article L.113-8 – Nullité du contrat ;
- article L.113-9 – Réduction des indemnités ;

En cas de déclaration frauduleuse, l'assureur n'est redevable d'aucune prestation, même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

Le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou une fausse déclaration à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'assureur.

En cas de versement indu de prestations (doublons, erreur de destinataire...) le gestionnaire du contrat en demandera le remboursement. Il pourra également, sans que l'assuré puisse d'y opposer, procéder par retenue sur les prestations à venir.

#### 2.4.3 La validité des déclarations

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

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

#### 2.5 Ajout ou sortie des Ayants droit

Il est précisé que tout ajout d'ayant-droit au contrat ne peut se faire qu'avec l'accord de l'assureur.

L'adhésion d'un ayant-droit est effectuée pour une durée minimale de 12 mois. Passé ce délai, il pourra être sorti du contrat sur simple demande de l'adhérent, effectuée par tout support durable adressée au service client de CEGEMA.

**En cas de changement de formule de garanties, le délai de 12 mois indiqué ci-dessus s'applique de nouveau à compter de la date d'effet de l'avenant.**

#### 2.6 Le choix de la formule de garanties

Le contrat est composé de plusieurs formules de garanties et renfort au choix de l'Adhérent.

Au moment de l'adhésion, l'Adhérent a la possibilité de choisir la formule de garanties la mieux adaptée à sa situation et opter pour le « Renfort Hospitalisation ». Son choix devra être reporté sur sa demande d'adhésion et vaudra tant pour lui-même que pour ses ayants-droits inscrits au contrat.

Conditions d'adhésion du renfort Hospitalisation :

Le renfort Hospitalisation peut être retenu pour toutes les formules.

#### 2.7 La conclusion et la durée de l'adhésion au contrat

##### 2.7.1 La conclusion de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur, via KEREIS SOLUTIONS.

L'acceptation de l'Assureur est matérialisée par l'émission du certificat d'adhésion qui indique la date d'effet de l'adhésion, la nature, l'étendue, le montant des garanties ainsi que le détail de la cotisation.

La date de conclusion de l'adhésion est celle de l'acceptation par l'Assureur qui est indiquée sur le certificat d'adhésion.

##### 2.7.2 La durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur pour une durée annuelle.

L'adhésion se renouvelle ensuite lors de l'échéance anniversaire chaque année, par tacite reconduction sans intervention de la part de l'Adhérent, sauf dénonciation formulée par lui-même, l'Assureur ou l'Association et, dans les conditions mentionnées à l'article 2.10. Résiliation de l'adhésion aux contrats. L'adhésion

#### 2.8 La prise d'effet des garanties – Les délais d'attente – La cessation des garanties

##### 2.8.1 La prise d'effet

**La date d'effet des garanties est indiquée au certificat d'adhésion.** L'adhésion produira ses effets au plus tôt à la date fixée au certificat d'adhésion. **La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de signature de la Demande d'adhésion.** Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant à l'adhésion.

##### 2.8.2 Les délais d'attente et limitations

**Délais d'attente : 3 mois sur les forfaits en Hospitalisation et Soins courants.** Aucun remboursement ne sera fait durant ce délai.

**Limitations : 3 mois pour la formule F4 Budget pour l'Hospitalisation. 3 mois pour toutes les formules sur les Equipements Optique hors 100% Santé.**

Des remboursements limités seront pris en charge durant cette période.

##### 2.8.3 La cessation des garanties

**La garantie est viagère. Elle cesse toutefois :**

- dès que l'assuré ne répond plus à la définition des personnes assurées;
- à l'égard de chaque assuré, à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

#### 2.9 La suspension des garanties

**L'adhésion et les garanties qui y sont attachées sont suspendues en cas de :**

- non-paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code des assurances (art. L 113-3),

**En cas de suspension l'adhésion et les garanties reprennent effet le lendemain du jour où :**

- les cotisations arriérées, celles venant à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés en cas de non-paiement.

**La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des accidents, maladie ou maternité survenus pendant cette période, quand bien même leur facturation serait postérieure, ainsi que la perte des droits à remboursement des prestations facturées pendant cette période**

#### 2.10 La résiliation de l'adhésion au contrat

##### 2.10.1. Par l'Adhérent

L'adhésion au contrat peut être résiliée :

- A la date d'échéance anniversaire, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.

L'Adhérent a également la possibilité de demander à mettre un terme à son adhésion au **contrat SÉRÉNITÉ SANTÉ formules « Budget »** à tout moment, après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire.

La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.

- En cas de modification du tarif décidée en fonction de l'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties, et ce dans les 30 jours suivant la date d'envoi de cette modification.

**L'ajustement, à l'échéance anniversaire, de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation pour l'Adhérent.**

##### 2.10.2. Par l'Assureur

L'adhésion peut être résiliée en cas de :

- non paiement des cotisations. Dans ce cas, l'Adhérent demeure tenu de payer les primes dues pour toute la période de garantie en

cours ;

- réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat ;

- aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si l'Adhérent n'accepte pas le tarif proposé ;

- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues,

**étant précisé que l'assuré sera déchu de tout droit à prestations en cas de déclaration de sinistre frauduleuse ;**

- en cas de procédure de sauvegarde (article L. 622-13 du Code de commerce), de redressement judiciaire (art. L. 631-14 du Code de commerce), ou de liquidation judiciaire (article L 641-11-1 du Code de commerce) de l'Adhérent, et dans le respect des dispositions de ces textes ;

- Lorsque l'adhérent perd la qualité de résident fiscal français, ou réside en dehors du territoire français plus de 3 mois par an (en une ou plusieurs périodes) ;

- Lorsque l'adhérent n'est plus assujéti à un régime obligatoire de sécurité sociale en tant qu'assuré ou ayant droit.

### 2.10.3 De plein droit

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

- en cas de décès de l'Adhérent,

- pour chaque assuré selon les garanties choisies et couvertes, dans les conditions prévues à l'article 2.8.3 La cessation des garanties.

**Lorsque le renfort « Hospi » est retenu en option, selon les conditions prévues à l'article 2.6, la résiliation s'effectue dans les mêmes conditions que la garantie principale. En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations sont dues pour les soins et traitement en cours, jusqu'à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.**

### 2.10.4 Modalités de la résiliation

L'Adhérent peut résilier son adhésion par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique afin de conserver une preuve de sa demande, ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du Code des assurances.

Adresse postale : **CEGEMA**  
679, avenue du Docteur Lefebvre  
BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex

Adresse courrier électronique : [moncontratsante@cegema.com](mailto:moncontratsante@cegema.com).

#### Précisions sur l'envoi recommandé électronique :

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

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

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

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

5° La signature électronique avancée ou le cachet électronique avancé tels que définis par l'article 3 du règlement (UE) n° 910/2014 mentionné ci-dessus, utilisé par le prestataire de services qualifié lors de l'envoi. » La résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Assureur, via KEREIS SOLUTIONS, doit être notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

### 2.11 Le droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance

	Démarchage à domicile	Vente à distance
Définitions	« 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 ou par envoi recommandé électronique 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. »	Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.
Exécution immédiate du contrat		Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent. La cotisation dont l'Adhérent est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de rétractation est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la conclusion du contrat et l'éventuelle rétractation.
Modalités et conditions de renonciation	L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à la date de conclusion du contrat (date indiquée sur le certificat d'adhésion). Il doit pour cela adresser au délégataire de gestion sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle. - Courrier postal : CEGEMA - 679, avenue du Docteur Lefebvre - BP 189 - 06272 Villeneuve-Loubet Cedex - Email : <a href="mailto:moncontratsante@cegema.com">moncontratsante@cegema.com</a>	
Modèle de lettre de renonciation	Je soussigné(e) (nom et prénom de l'Adhérent), demeurant à (domicile principal) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat SÉRÉNITÉ SANTÉ N° (numéro d'adhésion) que j'ai signée le (date). (Si des cotisations ont été versées) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie. (En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. (Indiquez le lieu, la date et votre signature).	
Perte de la faculté de renonciation	Si l'Adhérent a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie	
Conséquences de la renonciation	La renonciation prend effet à compter de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception. L'Assureur procédera au remboursement des cotisations dans un délai de trente jours suivant la date de renonciation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a effectivement produit ses effets. L'intégralité de la prime reste due à l'Assureur, si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.	Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de trente jours suivant la renonciation. Si des cotisations ont été perçues, l'Assureur les remboursera déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de trente jours.
Articles du Code des assurances	L112-9 du Codes des assurances	L112-2-1 du Code des assurances

## 2.12 Les cotisations

### 2.12.1 Le montant des cotisations

Le montant de la cotisation est mentionné sur le Certificat d'Adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie et des renforts choisis, de l'âge des assurés, du lieu de domicile de l'Adhérent, de la composition familiale et des modalités de prise en charge et bases

de remboursement en vigueur du ou des Régimes obligatoires dont l'Adhérent et ses Ayants-droits relèvent lors de la prise d'effet des garanties.

En cours d'adhésion :

- En cours d'adhésion les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel de :

- 2 % par an jusqu'à l'âge de 64 ans,

- 2,5% de 65 ans à 79 ans,

- 3,5% de 80 à 85 ans,

- 4% de 86 à 90 ans et

- 5% à partir de 91 ans.

- En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.

- La cotisation peut évoluer en cas de changement du Régime Obligatoire d'un des assurés.

- La cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile de l'Adhérent dès qu'il y a un changement de zone géographique tarifaire. Pour la détermination du montant de la cotisation en fonction de l'âge, est pris en compte celui de l'assuré au 31 décembre de l'année d'adhésion.

Les taxes actuelles à la charge des assurés sont comprises dans la cotisation.

### 2.12.2 La variation des cotisations

En sus de la clause d'indexation reprise ci-dessus, les cotisations évoluent à chaque échéance anniversaire de l'adhésion en fonction de l'évolution des taux d'accroissement des dépenses de santé publiés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et de la structure de nos remboursements.

Il est convenu que si les bases techniques de détermination de ces taux d'accroissement venaient à être profondément modifiées, un nouvel indice de variation des cotisations serait défini.

Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications des prestations allouées par le Régime obligatoire et / ou toutes modifications législatives et réglementaires. Dans ce cas la cotisation sera modifiée à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance anniversaire de l'adhésion. Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions. Toute modification ou ajout de taxe ou contribution de toute nature impliquera sans délai une variation de cotisations, s'agissant là de dispositions impératives.

### 2.12.3 La révision du tarif

L'Assureur peut également être amené à modifier son tarif en cas d'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties.

Les révisions tarifaires interviennent à partir de la prochaine échéance anniversaire de l'adhésion dans le respect des dispositions de l'article L 141-4 du Code des assurances. Dans cette hypothèse, l'Adhérent aura la faculté de résilier son adhésion conformément à l'article 2.10 La résiliation de l'adhésion au contrat.

### 2.12.4 Le paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. CEGEMA peut accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels (uniquement par prélèvement automatique) ; il en est alors fait mention au Certificat d'adhésion.

### 2.12.5 Le non-paiement des cotisations

Selon l'art. L.113-3 du Code des assurances, à défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci dans les 10 jours suivants son échéance, CEGEMA, pour le compte de l'Assureur, pourra, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice, adresser à l'Adhérent à son dernier domicile connu une lettre recommandée valant mise en demeure.

Les garanties seront suspendues à l'issue d'un délai de 30 jours après l'envoi de cette lettre, et l'adhésion résiliée 10 jours après l'expiration du délai précité de 30 jours. L'adhésion, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les

éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés par l'Adhérent. La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit aux remboursements des frais de soins (se rapportant à des accidents, maladie ou maternité) survenus pendant cette période.

Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à la charge de l'Adhérent ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L.113-3 du Code des assurances).

## 2.13 La prescription

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

### Délai de prescription

#### ARTICLE L. 114-1

Toutefois, ce délai ne court :

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

### Causes d'interruption de la prescription

#### ARTICLE L. 114-2

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

### Caractère d'ordre public de la prescription

#### ARTICLE L. 114-3

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

### Les causes ordinaires d'interruption

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

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

#### ARTICLE 2240 DU CODE CIVIL

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

### Demande en justice.

#### ARTICLE 2241 DU CODE CIVIL

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

#### ARTICLE 2242 DU CODE CIVIL

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

## ARTICLE 2243 DU CODE CIVIL

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

### Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

## ARTICLE 2244 DU CODE CIVIL

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

### Étendue de la prescription quant aux personnes

## ARTICLE 2245 DU CODE CIVIL

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

## ARTICLE 2246 DU CODE CIVIL

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

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1er janvier 2018 :

## ARTICLE 2233 DU CODE CIVIL

La prescription ne court pas :

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

## ARTICLE 2234 DU CODE CIVIL

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

## ARTICLE 2235 DU CODE CIVIL

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

## ARTICLE 2236 DU CODE CIVIL

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

## ARTICLE 2237 DU CODE CIVIL

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

## ARTICLE 2238 DU CODE CIVIL

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

L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

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

## ARTICLE 2239 DU CODE CIVIL

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès. Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'Assureur.

### 2.14 La subrogation

En cas d'accident avec un tiers responsable, l'Assureur exercera son recours conformément aux articles L. 121-12 et L. 131-2 du Code des assurances à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

### 2.15 Les réclamations – La médiation

En cas de réclamation concernant son adhésion au contrat, l'Adhérent est invité à prendre contact avec son interlocuteur habituel ou avec le service client CEGEMA :

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

#### • La médiation

La Médiation de l'Assurance peut être saisie en cas d'absence de réponse 2 mois après l'envoi de votre première réclamation ou dès réception d'une première réponse rejetant totalement ou partiellement votre réclamation.

Elle peut être saisie :

- par voie postale en écrivant à : **La Médiation de l'Assurance**, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09

- via un formulaire en ligne disponible sur son site Internet :

<https://formulaire.mediation-assurance.org/>

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le médiateur de l'assurance exerce sa mission en toute indépendance.

### 2.16 L'autorité de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) est l'organe de supervision français de la banque et de l'assurance - 4 Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09.

### 2.17 La protection des données à caractère personnel

#### 2.17.1 Qualité des parties

Dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du Contrat, des données à caractère personnel concernant l'Adhérent et les Assurés sont traitées par KEREIS SOLUTIONS ainsi que par SWISS LIFE en leurs qualités de responsables conjoints de traitement.

SWISS LIFE, en sa qualité d'Assureur, détermine les bases légales garantissant la licéité des traitements de données, ainsi que les objectifs et finalités principaux des traitements de données à caractère personnel. KEREIS SOLUTIONS, en sa qualité de délégué de gestion, détermine les moyens principaux nécessaires au traitement des données personnelles et assure leur mise en œuvre technique et opérationnelle.

La relation entre KEREIS SOLUTIONS et SWISS LIFE, en leur qualité de responsables de traitement conjoints, fait l'objet d'un acte juridique écrit reflétant dûment les rôles respectifs des responsables conjoints du traitement et leurs relations vis-à-vis de l'Adhérent et des Assurés.

Les grandes lignes de cette relation peuvent être mis à disposition de l'Adhérent et des Assurés en adressant une demande écrite au Délégué à la Protection des Données.

### 2.17.2 Finalités des traitements de données personnelles

Aux fins de fournir les garanties du Contrat, les données à caractère personnel peuvent être traitées pour différentes finalités, mises en œuvre conformément aux réglementations applicables selon les bases légales décrites ci-dessous :

Finalité du traitement de données personnelles	Fondement légal permettant la mise en œuvre du traitement
<b>Finalité 1 : Passation, gestion et exécution du contrat, pouvant notamment inclure des prises de décisions automatisées</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés</li> <li>- Elaboration des statistiques et études actuarielles</li> <li>- Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque</li> <li>- Exécution des garanties des contrats</li> <li>- Gestion des contrats et Gestion des clients</li> <li>- Exercice des recours et gestion des réclamations et des contentieux</li> </ul>	- Le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel l'Adhérent et le(s) Assuré(s) est partie ou à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de ces derniers.
-Exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc. ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.	- Le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le responsable du traitement est soumis.
- Lutte contre la fraude, ces dispositifs pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.	Le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des contrats et aux intérêts légitimes poursuivis par les responsables du traitement. Ces intérêts consistent notamment à garantir (i) la pérennité de l'activité de l'Assureur et des risques qu'il assure, et de (ii) favoriser l'équité entre Assurés (la mutualisation des cotisations et des risques étant au cœur des activités d'assurance).
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'actions de prévention proposées par l'Assureur</li> <li>- Conduite d'activités de recherche et développement</li> <li>- Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service</li> </ul>	Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes poursuivis par le responsable du traitement. Ces intérêts consistent notamment en l'amélioration des produits et services aux clients, en la prévention et réduction des risques et sinistres, ou encore en la réalisation d'enquête de satisfaction ou autres opérations en relation avec la clientèle.
<b>Finalité 2 : Prospection commerciale</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effectuer les opérations relatives à la gestion des prospects de l'Organisme d'assurance</li> <li>- L'acquisition, la cession, la location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'Organisme d'assurance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le traitement est nécessaire aux fins des intérêts légitimes des responsables de traitement conjoints aux fins de pouvoir développer leurs activités et proposer aux Adhérents et Assurés de nouveaux produits et offres.</li> <li>- Vous pouvez vous opposer à tout moment à ce traitement en exerçant vos droits, conformément au paragraphe « Exercice des droits » ci-dessous.</li> </ul>

Des données de santé de l'Adhérent et des Assurés peuvent faire l'objet de traitements sur le fondement de l'article 9-26-b du Règlement Général sur la Protection des Données pour l'exécution des garanties du contrat en matière de protection

### 2.17.3 Information des Assurés par l'Adhérent

Dans le cadre de l'exécution du Contrat, l'Adhérent peut être amené à transmettre à l'Assureur ou au Délégué, de son plein gré, des données à caractère personnel relatives aux Bénéficiaires des garanties. L'Adhérent reconnaît et s'engage pleinement à informer

les Assurés Bénéficiaires des présentes conditions relatives aux traitements de données à caractère personnel, notamment en portant à leur connaissance la présente Notice d'information.

### 2.17.4 Destinataires et transferts des données à caractère personnel

Les données relatives aux Adhérents et aux Assurés pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe de sociétés auquel appartient SWISS LIFE dans le cadre de l'exercice de leurs missions, aux sous-traitants (agents généraux d'assurance, hébergeur de données, prestataires de solutions informatiques, prestataires d'envois de courriers, etc.) agissant sur strictes instructions des responsables de traitement conjoints, aux réassureurs intervenant dans le cadre des garanties du présent Contrat, ainsi qu'aux mandataires et partenaires (partenaires intervenant dans le cadre des prestations d'assistance, etc.) des responsables de traitement conjoints. Certaines données pourront également être destinées à tous organismes professionnels ou administrations dans le cadre de leurs missions respectives ou pour répondre à des obligations légales. SWISS LIFE et KEREIS SOLUTIONS favorisent le traitement des données à caractère personnel des Adhérents et Assurés au sein de pays membres de l'Union Européenne. La majorité des traitements de données sont opérés en France ou en Union Européenne. Dans le cadre de certaines activités, des données à caractère personnel des Adhérents et Assurés peuvent faire l'objet d'un transfert en dehors de l'Union Européenne en vertu de la mise en place de garanties appropriées (notamment la signature de clauses contractuelles types adoptées par une autorité de contrôle ou la Commission européenne et/ou le respect d'un code de conduite) et/ou en vertu d'une décision d'adéquation de la Commission européenne vers un pays assurant un niveau de protection adéquat.

### 2.17.5 Durées de conservation des données

Les données à caractère personnel de l'Adhérent et des Assurés sont conservées durant toute la durée nécessaire à l'exécution du Contrat d'assurance, puis sont supprimées ou archivées au terme des obligations légales incombant aux responsables de traitement conjoints. En cas de non-conclusion d'un contrat, les données (notamment les données de santé) pourront être conservées pour une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du demandeur. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, les données pourront être conservées pour une durée de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude si l'alerte est confirmée, et en cas de procédure judiciaire, ces données pourront être conservées jusqu'au terme de la procédure. Ces informations seront ensuite archivées.

En cas d'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, les données pourront être conservées 5 ans maximum à compter de l'inscription. Dans le cadre de la prospection commerciale, les données sont conservées pour une durée de trois ans maximum après le dernier contact ou la fin de la relation contractuelle.

### 2.17.6 Exercice des droits

L'Adhérent et les Assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données les concernant. Ils ont également la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données après leur décès. Si l'Adhérent et les Assurés ont consenti de manière expresse à certaines utilisations de données, ils peuvent retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application du Contrat ou le respect par les responsables de traitement conjoints d'une obligation légale ou réglementaire.

L'Adhérent et les Assurés peuvent également s'opposer au traitement de leurs données pour un motif légitime. Ils peuvent exercer ce droit s'opposition à tout moment, et de manière absolue, sans justifier d'un motif, pour ne plus recevoir par SMS et/ou mail des offres commerciales de la part des responsables conjoints de traitement pour leurs services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à ces droits, l'Adhérent

et les Assurés peuvent s'adresser à : SWISS LIFE – DPO - 1 rue Bellini, 92800 PUTEAUX France ou par e-mail à l'adresse suivante : dposwisslife@swisslife.fr.

### **Les demandes médicales doivent être libellées à l'attention du médecin-conseil de CEGEMA.**

Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, L'Adhérent et les Assurés peuvent s'adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr/>).

Tout Adhérent ou Assuré est informé qu'il est par ailleurs en droit de déposer une plainte auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (<https://www.cnil.fr/>). Nous encourageons l'Adhérent et nos Assurés à contacter en amont nos Délégués à la Protection des Données pour toute problématique relative au traitement de leurs données personnelles.

#### **2.17.7 Coordonnées du Délégué à la Protection des Données**

Les responsables de traitement conjoints ont désigné un Délégué à la Protection des Données. Vous pouvez directement prendre contact avec ces derniers aux coordonnées suivantes :

- Pour l'Assureur (porteur de risque) SWISS LIFE, par courrier postal à l'adresse suivante : SWISS LIFE – DPO - 1 rue Bellini, 92800 PUTEAUX France ou par e-mail à l'adresse suivante : dposwisslife@swisslife.fr;
- Pour le Courtier et délégataire de gestion KEREIS SOLUTIONS, par courrier postal à l'adresse suivante : CEGEMA - 679, AV Docteur Julien Lefebvre - 06270 Villeneuve Loubet ou par e-mail à l'adresse suivante : dpo@kereis.com.

## **CHAPITRE 3 : LES GARANTIES**

### **3.1 Le cadre juridique**

**Les garanties du contrat sont dites « Non Responsables ».**

Les garanties ne respectent pas en cela l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871- 1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code.

De ce fait, elles ne peuvent pas bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation actuelle en vigueur.

**Elles garantissent le remboursement de l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale** dans les conditions et limites de garanties mentionnées dans le tableau de garanties de la formule de garantie choisie par l'Adhérent.

#### **3.2 L'objet du contrat**

Le contrat a pour objet de garantir le remboursement des dépenses de santé engagées par les personnes assurées et occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Les frais pouvant faire l'objet d'une prise en charge partielle ou totale sont ceux exclusivement listés dans le tableau des garanties au regard de chacun des grands postes de garantie (Hospitalisation, Soins courants, Dentaire, Optique, Aides auditives, etc.).

#### **3.3 Ce que garantit le contrat**

##### **3.3.1 La garantie santé**

**Les garanties du contrat garantissent le remboursement de l'ensemble des frais médicaux et chirurgicaux ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale :**

-dans les conditions et limites de garanties mentionnées dans le tableau de garanties de la formule de garantie souscrite par l'Adhérent

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

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

- Le versement des forfaits est effectué dans la limite des frais réellement engagés et sur justificatifs.

- Pour chaque assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de sa garantie. Servent de référence, la date des soins retenue par le régime obligatoire pour les actes remboursés par la Sécurité sociale, la date de prescription médicale pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire et pour l'optique la date de facturation de l'équipement. Les dates de proposition, d'exécution et de paiement des actes et travaux dentaires doivent se situer dans la période de garantie.

#### **Cas de la chambre particulière :**

La chambre particulière en Hospitalisation classique est limitée à 30 jours par an. En rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle, psychiatrie, neuropsychiatrie, gériatrie, diététique, cure de désintoxication, séjour en USLD et maison pour personnes âgées, elle n'est pas prise en charge.

#### **Cas des frais accompagnants et Confort Hospi :**

Ces forfaits ne sont pas pris en charge au titre des formules « Budget ».

#### **Cas de la médecine complémentaire :**

La prise en charge est limitée à 30€ par séance et dans la limite du forfait annuel prévu à la garantie choisie.

#### **Cas de la cure thermale :**

La garantie cure thermale a pour objet le remboursement du forfait de surveillance médicale, du forfait thermal, des frais de transport et d'hébergement (dépenses extra légales au sens du Régime Obligatoire), dans les conditions mentionnées.

Le forfait hébergement et transport de la cure thermale ne sera réglé à l'assuré que si la cure est entièrement comprise dans la période de garantie.

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

#### **Cas particulier du forfait Optique**

Une limitation à 100% de la BRSS pendant les 3 premiers mois s'appliquent sur les Equipements Optique hors 100% Santé. Pour la formule F1 Budget, les actes 100% Santé ne sont pas remboursés intégralement.

Le forfait optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 années d'assurance et par bénéficiaire. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. La période est ramenée à un an pour les Assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur. Pour les Assurés de moins de 16 ans et de plus de 6 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Le montant du forfait relatif aux équipements (une monture et deux verres) est exprimé y compris remboursement de la Sécurité sociale. La prise en charge des équipements s'effectue toujours dans la

limite des prix limites de vente (PLV) fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

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

#### Renfort Hospitalisation :

Si le renfort est choisi, les garanties sont modifiées comme suit :

+25% sur les Honoraires Hospitalisation OPTAM ou OPTAM CO ;

+30€/j en chambre particulière en hospitalisation classique ;

+10€/j sur les frais accompagnants ;

+10€/j pour le Confort Hospi

#### Cas particuliers des Actes 100% Santé en Dentaire et Aides Auditives.

Les Actes 100% Santé ne sont pas remboursés intégralement mais à hauteur d'un % de la Base de remboursement de la Sécurité Sociale.

#### Avantage Bonus de fidélité

En fonction de l'ancienneté de l'adhésion, les prestations listées ci-dessous sont majorées dans les conditions suivantes :

1) Bonus Fidélité Hospitalisation Honoraires Optam/Optam-Co.

A compter de la 3ème année d'assurance, le remboursement est majoré de : +50%.

2) Bonus Fidélité Chambre particulière en hospitalisation classique.

A compter de la 3ème année d'assurance, le remboursement est majoré de : +10€.

3) Bonus fidélité Cure thermale.

A compter de la 3ème année d'assurance, le remboursement est majoré de : +50 €.

#### 3.3.2 La dispense d'avance de frais (Tiers payant)

Les assurés bénéficient de la dispense d'avance des frais, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, sur les prestations faisant l'objet des garanties prévues pour les contrats responsables et indiquées sur l'attestation de tiers payant. La prise en charge peut être obtenue sur simple présentation de l'attestation de tiers payant en cours de validité, sous réserve que le professionnel de santé ou l'établissement de santé accepte le tiers payant. En dehors du parcours de soins, le tiers payant n'est pas possible.

#### 3.3.3 Les garanties annexes

##### La garantie Assistance

S'ils sont mentionnés sur le tableau des garanties pour la formule de garantie retenue, les assurés bénéficient d'un ensemble de services d'assistance santé qui les accompagnent en cas de besoin. Les conditions de la garantie assistance sont indiquées dans une Convention d'assistance jointe au présent document.

#### 3.4 La modification des garanties

A la date d'échéance anniversaire de son adhésion, sous réserve d'en faire la demande au moins 2 mois avant cette date et de justifier de 12 mois complets d'assurance sans modification des garanties de son adhésion, l'Adhérent a la possibilité de demander à :

- modifier à la hausse ou à la baisse sa formule de garanties, dans le respect des limites d'âge d'accès aux garanties fixées par l'article 2.3. L'âge limite d'adhésion de la présente notice d'information,

- adhérer au « renfort Hospitalisation », lorsqu'il n'a pas retenu ces garanties au moment de son adhésion. L'Adhérent conserve la possibilité de résilier le renfort Hospitalisation à tout moment, après 12 mois effectifs d'assurance sans aucun frais supplémentaire. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation du Renfort Hospitalisation.

**Toute résiliation du Renfort Hospitalisation sera définitive.**

**Toute nouvelle adhésion à cette garantie est exclue.**

Les modifications s'appliquent à l'ensemble des assurés de l'adhésion.

#### 3.5 L'étendue territoriale des garanties

La garantie remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et /

ou d'hospitalisation, de votre contrat s'exerce dans tous les pays, à partir du moment où le régime obligatoire français intervient. Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'État français. Le contrat d'assurance Sérénité Santé étant un contrat nécessairement complémentaire au régime obligatoire français, il n'a pas lieu d'intervenir pour le remboursement de frais de soins programmés à l'étranger et non pris en charge par le régime obligatoire, et plus généralement pour tous les soins réalisés ainsi que les produits et prestations dispensés à l'étranger pour lesquels la Sécurité sociale n'intervient pas.

## CHAPITRE 4 : LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIE

### 4.1 Les cas où la garantie ne s'exerce pas

Ainsi qu'évoqué au paragraphe 3.1 Le cadre juridique, les garanties ne sauraient couvrir :

- Les remboursements d'appareils orthodontiques amovibles (de type gouttière d'alignement) achetés sur internet sont exclus de la garantie.

Par ailleurs, l'achat d'appareils orthodontiques amovibles de type gouttières d'alignement non précédé d'un diagnostic, d'un examen et d'imagerie et non suivi périodiquement par un professionnel de santé qualifié (dentiste ou orthodontiste) est exclu de la garantie.

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

### 4.2 Les limitations de la garantie santé

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

En outre, sont exclus les frais d'hospitalisation en long séjour, c'est-à-dire les soins de longue durée comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Sont également exclus les frais d'hospitalisation des personnes hospitalisées en longue durée, pour une durée indéterminée, dans un établissement qui facture légalement du moyen séjour. C'est le cas par exemple des frais d'hospitalisation des personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel, qui sont placées en unités de structures de Soins et Suite et de Réadaptation (SSR) par le biais de la circulaire n° 2002-288 du 3 mai 2002.

**En aucun cas, le versement de prestations même à plusieurs reprises ne saurait constituer une renonciation de l'Assureur aux éléments indiqués au Tableau de garantie, aux limitations ou exclusions prévues au contrat.**

## CHAPITRE 5 : LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

### 5.1 Le règlement des prestations

#### LES DOCUMENTS A TRANSMETTRE

Pour le remboursement des dépenses de santé : lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que CEGEMA n'a pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à transmettre à CEGEMA sont les suivants :

- Hospitalisation : l'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires acquittées des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.

- Médecine courante : l'original du décompte du régime de base et/ou la facture détaillée.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, CEGEMA pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus. Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à CEGEMA dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.

#### **Le tiers payant**

Une attestation de tiers payant est délivrée à l'Adhérent lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais pour les prestations indiquées sur l'attestation selon les modalités précisées. L'utilisation de l'attestation de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'Adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite attestation. En cas d'utilisation frauduleuse de l'attestation de tiers payant, l'Assureur pourra demander à l'Adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés. **L'Adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficiaire des garanties s'engage à restituer immédiatement son attestation de tiers payant santé en cours de validité. Le cumul des divers remboursements obtenus par l'Adhérent ne peut excéder la dépense réelle.**

#### **Le paiement des prestations**

Le remboursement des frais médicaux est toujours établi à l'ordre de l'Adhérent pour l'ensemble des assurés et effectué en France dans la monnaie légale de l'État Français.

### **5.2 Les renseignements complémentaires**

Le médecin-conseil de CEGEMA peut demander tous renseignements complémentaires sur la maladie ou l'accident traité, et notamment de répondre à un questionnaire ou de fournir une attestation médicale. **L'Adhérent peut lui communiquer ces renseignements directement, à son attention exclusive.**

### **5.3 Le contrôle et expertise**

Sauf cas de force majeure, l'assuré malade, accidenté ou ayant bénéficié de prestations effectuées doit, le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par nous. Nous pouvons effectuer, à tout moment, les contrôles que nous jugerons nécessaires afin de pouvoir constater la réalité de votre état. La non-présentation de l'adhérent à l'expertise médicale diligentée par l'assureur entraîne sans délai la suspension du versement des prestations de l'assureur, ainsi que la suspension de toutes les garanties du contrat.

Les garanties reprendront effet une fois que l'expertise médicale aura pu être réalisée. Dans tous les cas, la période de suspension des garanties ne pourra jamais donner lieu à indemnisation.

Toute contestation de l'Adhérent sur les conclusions de l'expert relatives à son état de santé entraînera la procédure qui suit :

- **L'expertise contradictoire** : en cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'Assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin ;

- **Compromis d'arbitrage** : si un désaccord sur l'état de santé de l'Adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le président du tribunal judiciaire du domicile de l'Adhérent situé en France.

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties. Les conclusions rendues par le tiers arbitre s'imposeront aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci.

### **5.4 Les délais à respecter**

**Les demandes de remboursement doivent parvenir à CEGEMA dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance.**

**Le délai est ramené à trois mois en cas de résiliation du contrat.**

### **5.5 Les sanctions**

**Si l'assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, CEGEMA pourra refuser le remboursement.**

# Convention d'assistance n°R5202350001 Offre « Sérénité Santé »

## Comment nous contacter ?

Besoin d'assistance ?

Contactez-nous :

- depuis la France métropolitaine au **01 49 93 72 96** (numéro non surtaxé)
- depuis l'étranger au **+33 1 49 93 72 96**
- Accès sourds et malentendants : <https://accessibilite.votreassistance.fr>  
**accessibles 24h/24 et 7j/7, sauf mention contraire dans la convention**
- Accès à votre espace personnel d'assistance santé : <https://www.allyzassist.com/fr/welcome>
- Accès à notre service de Téléconsultation médicale : 01 40 25 52 35 (numéro non surtaxé) ou via le site internet <https://mondial-assistance-téléconsultation.fr>

Veuillez nous indiquer :

- Le nom et le numéro du contrat souscrit
- Les nom et prénom du Bénéficiaire
- L'adresse exacte du Bénéficiaire
- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint

## A. Qu'est-ce qui est assuré ?

La présente convention d'assistance (ci-après « Convention ») est un contrat d'assurance Aide au quotidien qui prévoit des prestations d'assistance lorsque survient un événement garanti tel que défini dans la section A.2.

Les prestations prévues par la Convention s'appliquent à Vous et aux membres de Votre famille résidant à la même adresse.

### A.1 Quelle est la validité de Votre Convention ?

#### VALIDITÉ TERRITORIALE

Notre assistance est délivrée lorsque l'événement garanti survient :

- en France,
- et hors de France pour la prestation Téléconsultation médicale et pendant les 90 premiers jours de Votre déplacement, à l'exclusion des Pays non couverts.

#### DURÉE DE VALIDITÉ

Les prestations sont accordées exclusivement pour les événements survenus pendant la durée de validité du contrat d'assurance « SÉRÉNITÉ SANTÉ » liant le KEREIS SOLUTIONS et le Bénéficiaire et de l'accord liant KEREIS SOLUTIONS et AP Solutions GmbH succursale française pour la délivrance de ces prestations.

### A.2 Quels événements sont garantis ?

Événements garantis	
Affection de longue durée	✓
Dépendance	✓
Détresse psychologique	✓
Hospitalisation	✓
Immobilisation	✓
Maladie	✓

Veuillez consulter la section B.2 pour connaître les définitions des événements garantis.

## B. Définitions

### B.1 Définitions des termes utilisés

Les termes ou expressions utilisés dans la Convention qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

**Aidant** : Bénéficiaire majeur qui apporte une aide à titre non professionnel, de manière permanente ou non, à un Membre de la famille dépendant.

**Animal de compagnie** : chat ou chien, à l'exclusion de tout autre animal.

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

**Bénéficiaire/Vous/Votre** : personne physique assurée par le contrat d'assurance Sérénité Santé ainsi que :

- son Conjoint,
- et/ou ses Enfants,
- et/ou Membres de la famille.

**Chirurgie et Traitement de confort** : les opérations de chirurgie ou traitements occasionnés par : l'acné, les allergies y compris les tests d'allergie, tout contrôle ou examen périodique et contrôles périodiques contraceptifs, les opérations de chirurgie esthétiques de toutes natures non consécutives à un événement garanti, la circoncision, les cors aux pieds ou oignons, les traitements cosmétiques de toutes natures non consécutifs à un événement garanti, les opérations et traitements de malformations congénitales, les bilans de santé, les tests de fertilité et les traitements liés à la fertilité (hommes et femmes), les traitements hormonaux, l'incontinence, le traitement des verrues, les kystes, les traitements pour surcharge pondérale, les examens pré-nuptiaux, les traitements préventifs ou vaccins non consécutifs à un événement garanti, les traitements de l'insomnie, la ligature des trompes, la vasectomie, les traitements d'amaigrissement, tous les actes médicaux ou traitements relevant du domaine de la recherche ou de l'expérimentation ou n'étant généralement pas reconnus comme des pratiques médicales ordinaires.

**Conjoint** : personne avec qui Vous habitez (époux(se), concubin notoire ou partenaire du Pacs) depuis au moins 6 (six) mois.

**Convention** : présent document. Veuillez noter que seules les conditions énoncées dans le présent document sont valables.

**Domicile** : adresse du domicile fiscal du Bénéficiaire situé en France.

**Enfant(s)** : enfant(s) ou petit-enfant(s) fiscalement à Votre charge ou celle de Votre Conjoint.

**France** : France métropolitaine

**Médecin** : personne légalement autorisée à pratiquer la médecine ; docteur en médecine.

**Membre de la famille** : membre de Votre famille, autre que Votre Conjoint ou Votre(Vos) Enfant(s), fiscalement à Votre charge, vivant à Votre Domicile.

**Membre de la famille dépendant** : membre de Votre famille (ascendants et descendants) en état de Dépendance et dont Vous êtes l'Aidant.

**Nous/Notre** : AWP P&C - SA au capital de 18 510 562,50 € - 519 490 080 RCS Bobigny - siège social : 7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen, entreprise privée régie par le Code des assurances

La Convention est distribuée et gérée par AP Solutions GmbH, société de droit étranger, enregistrée en tant qu'intermédiaire d'assurance auprès de l'IHK (Industrie- und Handelskammer) sous le numéro D-6HBO-LAOBJ-74, agissant par l'intermédiaire de sa succursale française, ayant son siège social 7 rue Dora Maar 93400 Saint-Ouen et immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Bobigny sous le numéro 922 238 068] ci-après dénommé Mondial Assistance.

**Pays non couverts** : Corée du Nord, Iran. La liste, mise à jour, de l'ensemble des Pays non couverts est disponible sur Notre site internet à l'adresse suivante : <https://paysexclus.votreassistance.fr>.

**Période d'assurance** : période annuelle de validité du contrat.

**Prestataire** : prestataire de services professionnel référencé par Nous.

**Proche** : toute personne physique, Membre de la famille ou non, résidant en France et désignée par le Bénéficiaire.

**Quarantaine** : isolement de la personne, en cas de suspicion de Maladie ou de Maladie avérée, décidée par une autorité compétente locale, en vue d'éviter un risque de propagation de ladite Maladie dans un contexte d'épidémie ou de pandémie.

**Suicide** : tout préjudice intentionnel porté volontairement à soi-même avec l'intention de se donner la mort.

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

**Tiers** : personne physique ou morale, autre que le Bénéficiaire.

**Transport** : transport organisé par Nous.

## B.2 Définition des évènements garantis

Dans cette section, Nous donnons des définitions et/ou des descriptions des évènements garantis par Votre **Convention**. Pour connaître les évènements garantis par Votre **Convention**, veuillez consulter le tableau à la section A1.

**Affection de longue durée (ALD)** : Maladie reconnue comme Affection de longue durée par l'Assurance Maladie et prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

**Dépendance** : dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. Elle suppose une perte d'autonomie et peut être partielle ou totale.

**Détresse psychologique** : État de déséquilibre passager dans lequel un individu peut se trouver à la suite d'un évènement imprévisible, soudain et extérieur pouvant entraîner des conséquences de santé mentale importantes telles que la dépression et l'anxiété.

**Hospitalisation** : admission prévue ou imprévue du Bénéficiaire dans un hôpital public ou privé, liée à une procédure d'urgence.

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

**L'Hospitalisation peut être ambulatoire ou avec nuitée(s) :**

- **Hospitalisation ambulatoire** : admission du Bénéficiaire dans un hôpital public ou privé, prévue ou imprévue, avec une sortie le jour même.
- **Hospitalisation avec nuitée(s)** : admission du Bénéficiaire dans un hôpital public ou privé, prévue ou imprévue, avec au minimum une (1) nuit sur place.

**Immobilisation** : toute incapacité physique à se déplacer ou à accomplir les tâches ménagères habituelles, constatée par un Médecin, nécessitant un repos à la maison prescrit par le Médecin.

**Maladie** : altération subite de l'état de santé d'une personne, constatée par une autorité médicale compétente et nécessitant un traitement médical.

## C. Prestations et Plafonds

Vous êtes garanti par **Votre Convention** dans la limite de certains plafonds. **Les prestations de services telles que décrites aux paragraphes Aide à Domicile et Transports des proches ouvrent droit à une enveloppe de service unique.** Les prestations fournies et leurs plafonds sont présentés dans les tableaux suivants :

AIDE A DOMICILE		
Prestation	Prise en charge	Condition et limites
Enveloppes de services	300€ maximum	<p><u>En cas d'Hospitalisation d'1 nuitée minimum ou d'immobilisation de plus de 5 jours</u></p> <p>L'enveloppe de services doit être activée dans les 15 jours suivant la sortie d'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation.</p> <p>Limitée à 1 fois par Période d'assurance.</p> <p>Cumulable avec l'enveloppe de services en cas d'ALD</p>
	150€ maximum	<p><u>En cas d'Hospitalisation ambulatoire.</u></p> <p>L'enveloppe de services doit être activée dans les 3 jours suivant la sortie d'Hospitalisation.</p> <p>Limitée à 1 fois par Période d'assurance.</p>
	400€ maximum	<p><u>En cas d'Affection de longue durée (ALD)</u></p> <p>L'enveloppe de services doit être activée dans les 30 jours après l'entrée en ALD</p> <p>Limitée à 1 fois par Période d'assurance.</p> <p>Cumulable avec enveloppe de services en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation.</p>
	300€ maximum	<p><u>En cas de Dépendance d'un Membre de la famille (évalué en Gir 1 à 4).</u></p> <p>L'enveloppe de services doit être activée au plus tard dans les 3 mois suivant l'entrée en dépendance.</p> <p>La prise en charge est limitée à 1 fois par Membre de la famille aidée.</p>
Services à la personne	Mise en relation sans prise en charge	A tout moment dès la souscription
Livraison de médicaments	100 € TTC maximum (frais de livraison). Le coût des médicaments reste à la charge des Bénéficiaires	Limité à 1 fois par évènement couvert

TRANSPORT DES PROCHES		
Prestation	Prise en charges	Condition et limites
Enveloppes de services	300€ maximum	<p><u>En cas d'Hospitalisation d'1 nuitée minimum ou d'immobilisation de plus de 5 jours</u></p> <p>L'enveloppe de services doit être activée dans les 15 jours suivant la sortie d'Hospitalisation ou le début de l'immobilisation.</p> <p>Limitée à 1 fois par Période d'assurance.</p> <p>Cumulable avec l'enveloppe de services en cas d'ALD</p>
	150€ maximum	<p><u>En cas d'Hospitalisation ambulatoire.</u></p> <p>L'enveloppe de services doit être activée dans les 3 jours suivant la sortie d'Hospitalisation.</p> <p>Limitée à 1 fois par Période d'assurance.</p>
	400€ maximum	<p><u>En cas d'Affection de longue durée (ALD)</u></p> <p>L'enveloppe de services doit être activée dans les 30 jours après l'entrée en ALD</p> <p>Limitée à 1 fois par Période d'assurance.</p> <p>Cumulable avec enveloppe de services en cas d'Hospitalisation ou d'Immobilisation.</p>
	300€ maximum	<p><u>En cas de Dépendance d'un Membre de la famille (évalué en Gir 1 à 4).</u></p> <p>L'enveloppe de services doit être activée au plus tard dans les 3 mois suivant l'entrée en dépendance.</p> <p>La prise en charge est limitée à 1 fois par Membre de la famille aidée.</p>

ACCÈS A HOSPITIZEN		
Prestation	Prise en charge	Condition et limites
Hospizen	Accès illimité	<p>En cas d'Hospitalisation</p> <p>Accès au site web et à l'application pendant 1 an.</p> <p>Renouvelable pour chaque Période d'assurance</p>

ADAPTATION DU LOGEMENT		
Prestation	Prise en charge	Condition et limites
Livraison et installation du matériel médical	100€ maximum par an et par Bénéficiaire	<p>En cas d'Hospitalisation avec nuitée ou pendant l'Immobilisation :</p> <p>Le Prestataire assure l'installation du matériel au Domicile ainsi que le service après-vente.</p> <p>Avant toute livraison et mise à disposition de matériel médical, la demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier ou email.</p> <p>Le coût d'achat ou de location du matériel reste à la charge du Bénéficiaire.</p>

CONSEIL SOCIAL		
Prestation	Prise en charge	Condition et limites
Conseil social	Illimité Prestation réalisée par téléphone	À tout moment dès la souscription et pendant les heures de service

RÉSEAU MÉDICAL		
Prestation	Prise en charge	Condition et limites
Orientation vers des médecins, infirmiers & hôpitaux	<p>Illimitée dans la limite des disponibilités locales.</p> <p>Les coûts éventuels restent à la charge du Bénéficiaire.</p>	À tout moment dès la souscription
Deuxième avis médical	1 deuxième avis médical maximum par an et par Bénéficiaire	En cas de Maladie

AIDE PSYCHOLOGIQUE		
Prestation	Prise en charge	Condition et limites
Consultation psychologique	<p>3 consultations téléphonique maximum par an et par Bénéficiaire</p> <p>et/ou</p> <p>- Remboursement de 12 consultations maximum en cabinet par an et par Bénéficiaire (dans la limite de 80 € par consultation)</p>	En cas de Détresse psychologique

TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE		
Prestation	Prise en charge	Condition et limites
Téléconsultation	Dans la limite de 10 Téléconsultations maximum par période d'assurance quel que soit le nombre de Bénéficiaire	En cas de Maladie

## TÉLÉASSISTANCE ET ALERTE À DISTANCE

Prestation	Prise en charge	Condition et limites
Livraison et installation du matériel	Organisation du service sans prise en charge	En cas d'immobilisation ou d'hospitalisation d'au moins 1 nuitée
Entretien du matériel		
Restitution du matériel		

## D. Définitions des Prestations

Nous nous réservons le droit de vérifier l'éligibilité du **Bénéficiaire** et la preuve de la survenance d'un événement garanti.

Lorsqu'une demande d'assistance **Nous** est adressée, **Nous** demandons les pièces justificatives nécessaires. **Nous** organisons et prenons en charge les prestations décrites ci-après, selon les conditions et dans les limites de celles relatives aux événements garantis indiquées dans les Tableaux des Plafonds et Conditions.

**Lorsque le Bénéficiaire fait appel à Nous, les décisions relatives à la nature et au mode d'organisation des mesures à prendre Nous appartiennent exclusivement.**

**La mise en œuvre des prestations est subordonnée aux disponibilités locales et aux horaires d'ouverture des réseaux de Prestataires.**

### REMARQUE

**Les montants des garanties s'entendent toutes taxes comprises.**

En cas de survenance d'un événement garanti, **Nous** analysons la situation médico-sociale et socio-économique du **Bénéficiaire**, évaluons ses besoins et lui proposons les solutions d'aide et de services adaptés ainsi que les moyens de les mettre en œuvre et de les financer soit au titre de l'enveloppe de services santé proposée (**uniquement pour les prestations éligibles et cités dans les paragraphes a et b**), soit en mobilisant d'autres sources de financement.

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

En cas d'événement médical garanti indiqué dans les Tableaux des Plafonds et Conditions, **Nous** organisons et/ou prenons en charge les services choisis par le **Bénéficiaire** parmi les services décrits ci-après.

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

Les services peuvent être demandés en fonction des besoins, pendant la durée de l'événement garanti qui permet au **Bénéficiaire** d'avoir droit au service.

**Les prestations de services telles que décrites aux paragraphes Aide à Domicile et Transports des proches ouvrent droit, en fonction de l'événement garanti, à une enveloppe de services unique dont le montant figure aux tableaux en section C. Le coût de chaque service utilisé est déduit du montant de l'enveloppe disponible.**

Dès qu'il le souhaite, **Nous** pouvons confirmer au **Bénéficiaire** le solde encore disponible et des conseils sur son utilisation.

**Il est précisé que les services proposés sont mis en place en fonction des besoins et des demandes du Bénéficiaire. Le montant maximum indiqué dans le détail de chaque prestation ne saurait donner droit à un paiement en espèces.**

Lorsque le **Bénéficiaire** est toujours couvert par la **Convention** et a utilisé la totalité du montant de l'enveloppe de services auquel il a droit avant la fin de l'événement garanti, **Nous** pouvons :

- organiser les services choisis par le **Bénéficiaire** pour son compte,
- fournir au **Bénéficiaire** les coordonnées des **Prestataires** spécialisés dans les domaines de services proposés.

**Le Bénéficiaire prend dans ce cas tous les frais en charge.**

Sur demande, **Nous** pouvons fournir au **Bénéficiaire** les coordonnées de tous les **Prestataires** mentionnés ci-dessous. **Le Bénéficiaire prend dans ce cas tous les frais en charge.**

### a) Aide à Domicile

**En cas d'Hospitalisation ambulatoire les prestations prévues ci-dessous sont éligibles à l'enveloppe de services :**

- Transport
- Livraison de repas
- Livraison de courses
- Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants et/ou de l'(des)Enfant(s) à charge
- Garde d'Enfants malades ou convalescents
- Garde des Enfants

- Accompagnement des Enfants scolarisés jusqu'au niveau baccalauréat à l'école et/ou aux activités extra scolaires

**En cas d'Hospitalisation avec nuitée(s), d'immobilisation, d'Affection de longue durée, de Dépendance, les prestations prévues ci-dessous sont éligibles à l'enveloppe de services :**

- Transport
- Aide-ménagère
- Auxiliaire de vie
- Travailleuse familiale
- Bien-être à Domicile
- Livraison de repas
- Livraison de courses
- Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants et/ou de l'(des)Enfant(s)
- Accompagnement à l'école et aux activités extra scolaires des Enfants scolarisés jusqu'au niveau baccalauréat
- Garde d'Enfants de moins de 15 ans malades ou convalescents
- Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans
- Fermeture du Domicile quitté en urgence
- Préparation du retour au Domicile
- Garde des Animaux de compagnie

En cas d'évènement garanti, **Nous** organisons et prenons en charge les prestations suivantes :

- Services à la personne
- Livraison de médicaments

Description des prestations éligibles à l'enveloppe de services :

- Transport

**Nous** organisons et prenons en charge les frais de **Transport** par taxi, lorsque le **Bénéficiaire** a un rendez-vous. Le coût de retour au **Domicile** du **Bénéficiaire** peut également être pris en charge.

- Aide-ménagère

**Nous** organisons et prenons en charge l'intervention d'une aide-ménagère qui effectue les tâches quotidiennes (y compris repassage, nettoyage, aide à la préparation des repas) au **Domicile** du **Bénéficiaire**.

L'aide-ménagère peut être mise en œuvre du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 18h00.

- Auxiliaire de vie

**Nous** organisons et prenons en charge l'intervention d'une auxiliaire de vie qui dispense des soins quotidiens au **Bénéficiaire** y compris la toilette, la prise de repas et l'aide au coucher, **hors soins médicaux relevant d'un Médecin ou d'une infirmière**.

La prestation d'auxiliaire de vie peut être mis en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 18h00.

- Travailleuse familiale

**Nous** organisons et prenons en charge l'intervention d'une travailleuse familiale qui aide la famille en assumant le quotidien (entretien du logement, préparation des repas, l'aide aux devoirs...) et soutient les parents dans l'éducation de leurs enfants.

La prestation est mise en œuvre du lundi au samedi **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 18h00.

- Bien-être à Domicile

**Nous** organisons et prenons en charge des services de bien-être y compris le coiffeur, esthéticienne, prothésiste capillaire au **Domicile**.

- Livraison de repas

**Nous** organisons et prenons en charge la livraison d'un repas au **Domicile** du **Bénéficiaire** dans un délai de 4 (quatre) jours ouvrés maximum à compter de la demande. **Ce service n'est pas disponible les samedis, dimanches et jours fériés.**

Les repas sont livrés sous la forme de 5 ou 7 paniers repas « déjeuners + dîners ».

**Le Bénéficiaire prend en charge les frais de repas.**

Dans les zones non desservies ou lorsque les repas prévus ne sont pas adaptés, **Nous** pouvons organiser l'intervention d'un **Prestataire** pour préparer les repas à domicile. **Nous** prenons en charge les frais à hauteur du coût équivalent de la livraison des repas. **Le Bénéficiaire prend en charge les coûts restants.**

- Livraison de courses

**Nous** organisons et prenons en charge la livraison de courses au **Domicile** du **Bénéficiaire**.

Le **Bénéficiaire** doit être disponible lors de la livraison pour payer les denrées achetées.

**Le Bénéficiaire prend en charge le coût des courses.**

- Veille ou prise en charge des Membres de la famille dépendants à charge et/ou de l'(des)Enfant(s)

**Nous** organisons et prenons en charge l'intervention d'une auxiliaire de vie pour s'occuper d'un **Membre de la famille dépendant** à charge et/ou de l'(des) **Enfant(s)**, préparer des repas et dispenser les soins quotidiens. Chaque prestation dure au moins deux (2) heures et peut être mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 19h00.

**Accompagnement à l'école et aux activités extra scolaires des Enfants** scolarisés jusqu'au niveau baccalauréat

Si aucun **Membre de la famille** ne peut accompagner l'(les) **Enfant(s)** du **Bénéficiaire** à l'école ou à ses (leurs) activités extrascolaires, **Nous** organisons et prenons en charge le **Transport** de l'(des) **Enfant(s)** par taxi depuis le **Domicile**. L'(les) **Enfant(s)** doit (vent) être accompagné(s) d'un adulte désigné par le **Bénéficiaire**.

- **Garde d'Enfants de moins de 15 ans malades ou convalescents**

**Nous** organisons et prenons en charge l'intervention d'une personne assurant des services de garde d'enfants au **Domicile** du **Bénéficiaire** pour s'occuper de son(ses) **Enfant(s)**, lui(leur) préparer les repas et dispenser les soins quotidiens. Chaque prestation de garde d'enfants dure au moins deux (2) heures et peut être mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 19h00.

- **Garde à Domicile des Enfants de moins de 15 ans**

**Nous** organisons et prenons en charge la garde à **Domicile** des **Enfants** du **Bénéficiaire**.

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

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

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

- **Fermeture du Domicile quitté en urgence**

**Nous** organisons et prenons en charge le service d'envoi d'une aide-ménagère pour fermer le **Domicile** du **Bénéficiaire** (volets, fenêtres, linge resté dans la machine à laver), éteindre les lumières, les appareils électriques en fonctionnement, trier les denrées périssables, étendre le linge resté dans la machine à laver, si le **Bénéficiaire** a dû quitter son **Domicile** en urgence en raison de son état de santé. Ce service ne peut être fourni que si **Nous** avons accès aux clés, aux codes d'accès du logement et aux conditions d'accessibilité en toute sécurité.

**Nous** pouvons organiser le **Transport** de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 18h00.

- **Préparation du retour au Domicile**

**Nous** organisons et prenons en charge la venue d'une aide-ménagère pour effectuer les tâches ménagères, ouvrir les volets, mettre le logement à température, faire des courses.

**Le coût des courses reste à la charge du Bénéficiaire.**

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

**Nous** pouvons organiser le **Transport** de l'aide-ménagère pour aller chercher les clés.

La prestation dure au minimum 2 (deux) heures et peut être mise en œuvre du lundi au samedi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 8h00 à 18h00.

- **Garde d'Animaux de compagnie**

**Nous** organisons et prenons en charge les frais d'**hébergement** de l'**Animal de compagnie** du **Bénéficiaire** par un **Prestataire** spécialisé, y compris le coût de la nourriture.

- **Jardinier**

Sur demande, **Nous** pouvons fournir au **Bénéficiaire** les coordonnées d'un jardinier pour réaliser de menues tâches de jardinage.

**Le Bénéficiaire prend les coûts en charge.**

- **Bricolage**

Sur demande, **Nous** pouvons fournir au **Bénéficiaire** les coordonnées d'un **Prestataire** pour effectuer de menues réparations domestiques.

**Le Bénéficiaire prend les coûts en charge.**

**Description des prestations hors enveloppe de services :**

- **Services à la personne**

**Nous** pouvons **Vous** fournir toute information utile sur les services à la personne, tels que définis par la loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 (« Loi Borloo »)

**Nous** pouvons également **Vous** mettre en relation avec un **Prestataire** de **Notre réseau de services à la personne entrant dans le cadre de la Loi Borloo** (assistance administrative, bricolage, soutien scolaire, etc.) et hors cadre de la Loi Borloo (esthéticienne, coiffure à domicile, pédicure, manucure, massages – hors soins thérapeutiques).

Les **Prestataires** délivrant des prestations de services à la personne dans le cadre de la Loi Borloo sont agréées, afin que **Vous** puissiez bénéficier d'avantages fiscaux.

Les coûts des devis et des prestations utilisés sont à la charge du **Bénéficiaire**. Prestations non comprises dans l'enveloppe de services santé.

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

Les informations sont fournies au **Bénéficiaire** exclusivement par téléphone et sont des renseignements à caractère documentaire. Notre responsabilité ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

- **Livraison de médicaments**

**Nous** organisons et prenons en charge la livraison de médicaments immédiatement nécessaires au **Bénéficiaire** prescrits par un Médecin.

**Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.**

## **b) Transport des proches**

**Encas d'Hospitalisation ambulatoire, les prestations prévues ci-dessous sont éligibles à l'enveloppe de services :**

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

**En cas d'Hospitalisation avec nuitée(s), d'Affection de longue durée ou de Dépendance, les prestations prévues ci-dessous sont éligibles à l'enveloppe de services :**

- Hébergement des parents à proximité du Bénéficiaire mineur pendant son hospitalisation
- Transfert des Enfants de moins de 15 ans et/ou des Membres de la famille dépendants au Domicile d'un Proche
- Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire ou du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche

**Description des prestations éligibles à l'enveloppe de services :**

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

**Nous** organisons et prenons en charge le transfert des **Enfants** et/ou des ascendants dépendants à charge au **Domicile** d'un **Proche** (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un **Proche** qui les accompagne (Transport aller-retour). Si nécessaire, **Nous** missionnons un accompagnateur.

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

**Nous** organisons et prenons en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) ou le transfert du Bénéficiaire au Domicile d'un Proche pour s'occuper du Bénéficiaire et/ou des Enfants.

- **Hébergement des parents à proximité du Bénéficiaire mineur pendant son Hospitalisation**

**Nous** organisons et prenons en charge l'**Hébergement** des parents du **Bénéficiaire** mineur hospitalisé à plus de 50 km de son **Domicile** pendant la durée de l'**Hospitalisation**.

## **c) Accès à Hospizen**

- **Accès à Hospizen**

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

De plus, le **Bénéficiaire** pourra également présélectionner, préalablement ou postérieurement à son **Hospitalisation** les prestations d'assistance dont il souhaite bénéficier à son retour à son **Domicile**.

**Nous** contacterons le **Bénéficiaire** pour finaliser l'organisation des prestations d'assistance.

**L'accès au site est désactivé à la résiliation du Contrat.**

## **d) Conseil social**

**Nous** fournissons au **Bénéficiaire** des informations par téléphone du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 7h00 à 20h00 et le samedi de 7h00 à 19h00 (fuseau horaire de France métropolitaine).

**Nous** le conseillons sur la marche à suivre pour trouver un nouveau logement, gérer le budget familial et nous donnons des informations sur les droits sociaux.

**Nous** orientons principalement vers des organismes publics qui traitent la demande soit par l'intermédiaire d'un réseau de **Prestataires** soit en communiquant les coordonnées nécessaires au **Bénéficiaire**.

## **e) Réseau médical**

- **Orientations vers des Médecins, infirmier(ère)s et hôpitaux**

Sur demande, **Nous** pouvons fournir au **Bénéficiaire** les coordonnées des **Médecins**, infirmier(ère)s et hôpitaux/centres médicaux.

**La prestation Accès au réseau médical est rendue dans la limite des disponibilités locales.**

**Le Bénéficiaire prend les coûts en charge.**

- **Services infirmiers**

**Nous** organisons et prenons en charge l'intervention d'un(e) infirmier(ère) qualifié(e) pour fournir les soins médicaux ou les traitements prescrits par le **Médecin**.

- **Deuxième avis médical**

Après un premier diagnostic médical effectué par le **Médecin** du **Bénéficiaire**, **Nous** prenons en charge les frais de consultation d'un autre **Médecin** pour un second avis médical. **Nous** fournissons l'accès à une plateforme digitale accessible 24 heures/24 et 7 jours/7.

Après constitution de son dossier médical sur la plateforme digitale dédiée, le **Bénéficiaire** reçoit le compte rendu du second avis par voie électronique sécurisée dans les 7 jours. Pendant 14 jours suivant la réception du compte rendu, le Bénéficiaire a la possibilité d'échanger avec le **Médecin** ayant fourni le second avis médical.

**Notre responsabilité médicale ou celle de notre prestataire ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cadre de la mise en œuvre du service personnalisé, qui est de la compétence et responsabilité exclusive des Médecins référents chacun pour ce qui les concerne.**

## D.1 Aide psychologique

- Consultation psychologique

Une première évaluation par un psychologue clinicien est effectuée par téléphone.

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

Le service est mis en œuvre du lundi au vendredi, **à l'exclusion des jours fériés**, de 9h00 à 18h00 (fuseau horaire France métropolitaine).

**Sont exclues les Maladies psychologiques préexistantes déjà diagnostiquées ou en cours de traitement à la date d'entrée en vigueur du contrat.**

## D.2 Téléconsultation médicale

La téléconsultation médicale est un service de télémédecine, accessible par téléphone ou par audio/vidéo-conférence 24 heures/24 et 7 jours/7.

Le **Bénéficiaire** peut accéder au service de téléconsultation médicale via le site <https://www.mondial-assistance-teleconsultation.fr>

Si le **Bénéficiaire** a un problème médical nécessitant une consultation et que son **Médecin** traitant est indisponible ou absent, le **Bénéficiaire** peut, sous conditions d'identification forte et acceptation des Conditions Générales de services, de la Notice d'information et de consentement et de la **Déclaration de confidentialité, bénéficier d'une Téléconsultation en contactant Notre** service de Téléconsultation.

Au préalable, le **Bénéficiaire** pourra échanger avec un(e) infirmier(ère) diplômé(e) d'État (IDE) de Notre service de Téléconsultation qui lui permettra d'obtenir notamment des informations sur des questions d'ordre général de santé. Si besoin, notre infirmière orientera le **Bénéficiaire** vers un **Médecin** de Notre Service de Téléconsultation.

La Téléconsultation est assurée par un **Médecin** de Notre Service de Téléconsultation inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins.

À l'issue de la Téléconsultation, le **Médecin** peut, dans le cadre des parcours de soins et conformément à la législation locale en vigueur (notamment en matière de secret médical) :

**Orienter le Bénéficiaire vers son Médecin traitant ou un établissement de soins adapté à sa situation, notamment si un examen clinique est nécessaire pour faire un diagnostic ;**

**Fournir au Bénéficiaire une ordonnance écrite médicalement, selon l'appréciation du Médecin et si la législation locale l'autorise.**

Après la Téléconsultation et avec le consentement du **Bénéficiaire**, un compte-rendu de la Téléconsultation médicale peut être envoyé au **Médecin** traitant du **Bénéficiaire**.

### IMPORTANT

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

**La Téléconsultation ne peut se substituer aux organismes de secours d'urgence. En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services de secours d'urgence (numéros d'urgence : 15, 112, 18). En cas d'urgence détectée à l'étranger, toutes les mesures seront mises en œuvre pour aider le Bénéficiaire à identifier les secours d'urgence, selon les mesures locales.**

**Les informations médicales échangées avec les Médecins restent strictement confidentielles et sont soumises au secret médical, aucune donnée nous est transmise, sous réserve de données statistiques exclusives de toute identification directe ou indirecte du Bénéficiaire.**

**Notre responsabilité ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements, conseils, consultations et de manière générale dans le cadre de la Téléconsultation mise en œuvre auprès du Bénéficiaire.**

**Nous ne pourrions être tenu responsable des interruptions de service et/ou dommages résultants :**

**De défaillances ou interruptions des réseaux téléphoniques et/ou informatiques :**

**De modifications de la situation du Bénéficiaire et notamment de son état de santé qui ne lui auraient pas été signalées lors de la Téléconsultation**

**D'un cas de force majeure ou du fait d'un Tiers :** Lorsqu'un représentant légal appelle pour son enfant mineur, il lui sera demandé une copie du livret de famille prouvant le lien de parenté ou tout autre document prouvant sa qualité.

### Sont exclus :

- les Téléconsultations lorsque Notre service médical identifie une urgence médicale ;
- les consultations pour pathologies psychiatriques ;
- les prescriptions de certificats médicaux ;
- les prescriptions d'arrêt de travail et leurs éventuelles prolongations ;
- les prescriptions particulières, telles que :
  - médicaments soumis à prescription restreinte :
  - médicaments réservés à l'usage hospitalier
  - médicaments à prescription hospitalière
  - médicaments à prescription initiale hospitalière
  - médicaments à prescription réservée aux médecins spécialistes
  - médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement,

- les médicaments soumis à accord préalable. La liste exhaustive est accessible à l'adresse suivante : [http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/list\\_APcl.pdf](http://www.cnam.nat.tn/doc/upload/list_APcl.pdf),
- les médicaments d'exception : la liste des médicaments d'exception est disponible sur le site internet suivant : [www.meddispar.fr](http://www.meddispar.fr), le site de référence des médicaments réglementés, proposé par l'Ordre national des pharmaciens,
- la prescription de stupéfiants.

## D.3 Téléassistance et alerte à distance

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

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

## E. Limites de Nos interventions

**Nous ne pouvons être tenu responsable de l'inexécution des prestations ou des retards dans l'exécution de Nos prestations en raison de :**

- La défaillance ou l'interruption des réseaux téléphoniques ou informatiques ;
- Une évolution de l'état du **Bénéficiaire** et notamment de son état de santé qui n'avait pas été signalée ;
- Un cas de force majeure ou un dommage causé par un Tiers ;
- Suite à des événements tels que des grèves, émeutes, instabilité politique connue, représailles, embargos, sanctions économiques (récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du ministère de l'Économie et des Finances : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>) ;
- En cas de retard et/ou d'impossibilité d'obtenir des documents administratifs tels que des visas d'entrée et de sortie, des passeports, etc., nécessaires au transport du **Bénéficiaire** à l'intérieur ou à l'extérieur du pays où il se trouve ou à son entrée dans le pays recommandé par Nos Médecins pour y être hospitalisé ;
- En cas de recours à des services publics ou organismes locaux auxquels Nous sommes tenu de faire appel en vertu des réglementations locales et/ou internationales ;
- En cas de restrictions susceptibles d'être imposées par des sociétés de transport de personnes (en particulier les compagnies aériennes) pour les personnes souffrant de certaines pathologies, ou pour les femmes enceintes, de restrictions applicables jusqu'au début du transport et susceptibles d'être modifiées sans autre préavis (et pour les compagnies aériennes : examen médical, certificat médical, etc.). En conséquence, le rapatriement de ces personnes ne sera possible que si la société de transport ne s'y oppose pas et, naturellement, en l'absence d'avis médical défavorable sur la santé du **Bénéficiaire** ou de l'enfant à naître.

## F. Exclusions

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

- les frais engagés sans Notre accord préalable,
- les frais qui ne peuvent être vérifiés avec une facture acquittée au nom du **Bénéficiaire**,
- le Suicide ou les conséquences d'une tentative de Suicide du **Bénéficiaire**,
- les conséquences d'un acte effectué dans un état d'imprégnation alcoolique caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par le Code de la route, de l'utilisation de drogues, de stupéfiants, tranquillisants non prescrits médicalement,
- les conséquences de :
  - des situations à risques infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en Quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine (sauf mention contraire dans les garanties),
- les dommages causés intentionnellement par un **Bénéficiaire** et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf en cas de légitime défense,
- la perte d'autonomie antérieure à la date d'entrée en vigueur du contrat,
- les conséquences :
  - des Maladies et accidents antérieurs à la date d'entrée en vigueur du contrat
  - des Maladies antérieurement diagnostiquées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
  - des Chirurgies et Traitements de confort ayant fait l'objet d'une hospitalisation continue, de jour ou ambulatoire, dans les 6 (six) mois précédant la demande d'assistance.

## G. Dispositions communes

### G.1 Responsabilité

**Nous ne pouvons en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Vous ou Vos Proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.**

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

Nous nous efforcerons néanmoins de tout mettre en œuvre pour Vous venir en aide ;

L'organisation par Vous ou par Votre entourage de l'une des prestations de la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Nous avons été prévenus et a donné Notre accord exprès.

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

Notre responsabilité ne concerne que les services que Nous réalisons en exécution de la Convention. Nous ne serons pas tenues responsable :

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

De même, Notre responsabilité ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée par Vous des renseignements communiqués ou des conseils prodigués par Nous.

## G.2 Prescription

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

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

- Article L114-1 du Code des assurances

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

Article L114-2 du Code des assurances

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

Article L114-3 du Code des assurances

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

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil reproduits ci-dessous.

- Article 2240 du Code civil

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

- Article 2241 du Code civil

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

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. »

- Article 2242 du Code civil

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

- Article 2243 du Code civil

« L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée. »

- Article 2244 du Code civil

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

- Article 2245 du Code civil

« L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers. »

- Article 2246 du Code civil

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

## G.3 Modalités d'examen des réclamations

S'il n'a pas pu être donné immédiatement entière satisfaction à Votre réclamation formulée par oral ou via une messagerie instantanée, celle-ci doit nous être adressée par écrit selon les modalités suivantes :

- Par mail : [reclamation@votreassistance.fr](mailto:reclamation@votreassistance.fr)
- Par courrier à l'adresse suivante : AP Solutions GmbH succursale française - Traitement des réclamations - TSA 70002 - 93488 Saint-Ouen Cedex

Nous accuserons réception de Votre réclamation écrite dans les dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi et Nous Vous apporterons une réponse écrite dans un délai maximal de deux (2) mois.

Vous pouvez en tout état de cause saisir le Médiateur indépendant de l'assurance à l'issue d'un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de Votre première réclamation écrite :

- Par voie électronique : [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org)
- Par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

Vous pouvez demander au Médiateur de l'assurance de saisir le Médiateur de l'Assurance, le cas échéant, être formulée au plus tard dans le délai d'un (1) an à compter de Votre première réclamation écrite auprès de nos services. Toutefois, cette démarche ne Vous prive pas de la possibilité d'intenter toute action en justice.

En cas de souscription de votre contrat d'assurance en ligne, Vous avez la possibilité en qualité de consommateur, de recourir à la plateforme de Règlement en Ligne des Litiges (RLL) de la Commission Européenne en utilisant le lien suivant : <http://ec.europa.eu/consumers/odr>

## G.4 Compétence juridictionnelle

Nous faisons élection de domicile en Notre siège social : 7, rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen.

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

## G.5 Protection des données à caractère personnel

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

Nous sommes le responsable du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution de la Convention.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de la Convention et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et/ou des garanties d'assurance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés hors de l'Union Européenne. Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données, Vous pouvez exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : [informations-personnelles@votreassistance.fr](mailto:informations-personnelles@votreassistance.fr).

Vous êtes informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle Vous pouvez Vous inscrire : <https://www.bloctel.gouv.fr/>.

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

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, Nous nous réservons le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

## G.6 Autorité de contrôle

Les entreprises qui accordent les prestations de la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 Place de Budapest - CS 92425 - 75436 Paris CEDEX 09 - [www.acpr.banque-france.fr](http://www.acpr.banque-france.fr).

## G.7 Loi applicable - langue utilisée

La Convention est régie par la loi française.

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

# DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

La sécurité de vos données personnelles nous importe.

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

## 1. Qui est le responsable du traitement des données ?

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

## 2. Quelles données personnelles sont collectées ?

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

#### 4. Qui peut accéder à vos données personnelles ?

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

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

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

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

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

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

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

#### 5. Où sont traitées vos données personnelles ?

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

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

#### 6. Quels sont vos droits concernant vos données personnelles ?

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

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

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

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

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

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

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

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

- Pour une durée de cinq (5) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance
- En cas de sinistre – cinq (5) ans à compter du règlement du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations – cinq (5) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat – cinq (5) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

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

#### 9. Comment nous contacter ?

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

AP Solutions GmbH, Succursale française

Département Protection des Données Personnelles

7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen

E-mail : [informations-personnelles@votreassistance.fr](mailto:informations-personnelles@votreassistance.fr)

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

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

## ARTICLE 1

## L'OBJET DU CONTRAT

Le présent document constitue les conditions générales du contrat d'assurances de protection juridique de personnes physiques à adhésion automatique (**dénoté ci-après le Contrat**) :

- souscrit par **KEREIS SOLUTIONS**, cabinet de courtage en assurances, Société par Actions Simplifiée au capital de 112 309 € ayant son siège social 112 avenue Kleber - 75016 PARIS, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de PARIS sous le numéro 524 114 600 et auprès de l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurances (ORIAS) sous le matricule 10 057 441 (**dénoté ci-après l'Intermédiaire**),
- auprès de **CFDP ASSURANCES**, entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1 692 240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156 (**dénoté ci-après l'Assureur**),
- par accords-cadres n° **0625ODC10778** et **0625ODC10778-M**,
- pour le compte des Assurés **définis ci-dessous**.

Le Contrat consiste « à prendre en charge des frais de procédure ou à fournir des services découlant de la couverture d'assurance, en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers, en vue notamment de défendre ou représenter en demande l'assuré dans une procédure civile, pénale, administrative ou autre ou contre une réclamation dont il est l'objet ou d'obtenir réparation à l'amiable du dommage subi » (article L127-1 du Code des Assurances).

Le Contrat est régi par le Code des Assurances, les présentes conditions générales et les conditions particulières du contrat d'assurances santé souscrit auprès de l'Intermédiaire. **L'évènement qui déclenche sa mise en œuvre ne doit pas être connu lors de la prise d'effet de l'adhésion au Contrat. En l'absence d'aléa, la garantie n'est pas due.**

## ARTICLE 2

## LES DEFINITIONS

**LE PRENEUR** : Le particulier, personne physique, ayant souscrit auprès de l'Intermédiaire un contrat d'assurances santé incluant les garanties du Contrat.

**VOUS OU L'ASSURE** : Le Preneur, ainsi que toutes les autres personnes bénéficiaires désignées au contrat d'assurances santé, à jour du paiement des cotisations et dûment désignés à l'Assureur.

**LE TIERS** : Toute personne autre que l'Assuré, l'Assureur ou l'Intermédiaire.

**LE FAIT GENERATEUR** : L'évènement ou fait connu de l'Assuré, et susceptible de faire naître un préjudice ou de constituer une atteinte à un droit, que l'Assuré subit ou cause à un Tiers, préalablement ou concomitamment à toute réclamation.

En matière pénale, le Fait Générateur est la prise de conscience qu'un évènement ou un fait subi ou causé par l'Assuré est susceptible d'être réprimé par la loi.

**LE LITIGE** : Une situation conflictuelle survenue dans le cadre de la vie privée de l'Assuré opposant ce dernier à un Tiers, découlant du Fait Générateur.

**LE REFUS** : Le désaccord formalisé et non équivoque suite à une réclamation émanant de l'Assuré ou d'un Tiers, ou l'absence de réponse à cette réclamation dans un délai raisonnable ou réglementaire.

**LE SINISTRE** : Le Refus, dans le cadre d'un Litige, opposé à une réclamation dont l'Assuré est l'auteur ou le destinataire (article L127-2-1 du Code des Assurances).

**LE CARACTERE ALEATOIRE** : L'incertitude de la survenance d'un évènement.

**LA DECHEANCE DU DROIT A GARANTIE** : La perte du droit à bénéficier des garanties du Contrat en raison du non-respect des conditions de mise en œuvre de la garantie ou des obligations mises à la charge de l'Assuré.

**LA PRESCRIPTION** : La perte de la possibilité de faire valoir un droit lorsqu'il n'a pas été exercé dans le délai imparti.

*Pour mieux identifier les termes à définition contractuelle, ils seront employés avec une majuscule dans les présentes conditions générales.*

## ARTICLE 3

## L'ADHESION AU CONTRAT

## 3/1 LA PRISE D'EFFET ET LA DUREE DE L'ADHESION :

L'adhésion au Contrat prend effet à la date de prise d'effet du contrat d'assurances santé incluant les garanties du Contrat.

Par la suite, l'adhésion au Contrat suit le sort du contrat d'assurances santé auquel elle est annexée.

## 3/2 LA FIN DE L'ADHESION :

L'adhésion au Contrat prend fin en cas de :

- résiliation, pour quelle que cause que ce soit, du contrat d'assurances santé,
- résiliation du Contrat lui-même, l'Intermédiaire s'engageant alors à Vous informer de la fin des garanties.

## ARTICLE 4

## LES SERVICES DE L'ASSUREUR

## 4/1 L'ASSISTANCE JURIDIQUE CONNECTEE :

Avec @del®, Vous avez un accès illimité à une base documentaire accessible 24H/24 et 7J/7 Vous apportant des renseignements et de l'information juridiques en **droit français** permettant d'avoir les premiers éléments de réponse à vos interrogations.

## COMMENT ACCEDER A @DEL ?

Il Vous suffit de Vous connecter sur le site Internet de l'Assureur dans votre espace Assuré en renseignant votre numéro d'adhérent et le mot de passe que Vous aurez créé à cet effet :

<https://www.cfdp.fr/>

## 4/2 L'ASSISTANCE JURIDIQUE TELEPHONIQUE :

Au numéro qui Vous est dédié, l'Assureur s'engage à Vous écouter et Vous fournir par téléphone des renseignements juridiques relevant du **droit français** et relatifs à votre vie privée.

Des juristes qualifiés sont à votre écoute pour :

- répondre à vos interrogations,
- Vous informer sur vos droits et obligations,
- Vous proposer des solutions concrètes,
- envisager avec Vous, dans le cadre d'un accompagnement personnalisé, la suite à donner à votre difficulté.

## QUE FAIRE EN CAS DE BESOIN D'ASSISTANCE ?

Contactez l'Assureur sur votre ligne dédiée :

**01 86 46 20 02** (coût d'un appel local)

Le service est accessible du lundi au vendredi (sauf jours fériés) de 09H00 à 18H00.

## 4/3 L'ACCUEIL SUR RENDEZ-VOUS AU PLUS PROCHE DE VOUS :

Sur simple demande, il Vous sera possible de rencontrer nos juristes dans la délégation la plus proche parmi les vingt-neuf (29) implantations réparties sur tout le territoire.

Il Vous suffit de contacter votre interlocuteur habituel afin de déterminer avec lui une date et un horaire qui permettront une rencontre dans les meilleurs délais.

## 4/4 LA GESTION AMIABLE DES LITIGES :

A la suite d'une déclaration de Sinistre garanti par le Contrat, l'Assureur :

- Vous conseille et Vous accompagne dans les démarches à entreprendre,
- Vous assiste dans la rédaction de vos courriers de réclamation,
- Vous aide à réunir les pièces et témoignages nécessaires à la constitution de votre dossier,
- intervient directement auprès du Tiers afin d'obtenir une solution négociée et amiable,
- Vous fait assister et soutenir par des experts ou des spécialistes lorsque la spécificité de la matière le nécessite et que cela est utile à la résolution de votre Litige,
- prend en charge, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires d'experts et de spécialistes, voire ceux de votre avocat lorsque votre adversaire est lui-même défendu dans les mêmes conditions,
- Vous propose une médiation indépendante. Les parties choisiront le médiateur sur une liste proposée par une association ou un groupement professionnel. Il prendra contact avec les parties, les réunira et les aidera à tenter de trouver une solution au Litige en cours.

Toutes vos demandes sont traitées dans les trois (3) jours ouvrables.

La gestion amiable du Litige est réalisée dans un délai de :

- six (6) mois à compter de la date de la première intervention des services de l'Assureur,
- ou un (1) an si une expertise contradictoire s'est avérée nécessaire.

A l'issue de ce délai, il Vous est soumis le choix, soit :

- de poursuivre la tentative de résolution amiable,
- de transmettre le dossier à l'avocat de votre choix pour engager les démarches judiciaires utiles,
- d'abandonner le recours.

Bien entendu, en cas d'accord amiable, l'Assureur Vous accompagne jusqu'à sa mise en œuvre effective.

## 4/5 LA GESTION JUDICIAIRE DES LITIGES :

Dans tous les cas, lorsque toute tentative de résolution amiable de votre Litige a échoué, il Vous appartient, selon les intérêts en jeu, de décider de porter votre Litige devant la juridiction compétente.

Lorsque Vous faites appel à un avocat ou toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre, Vous représenter ou servir vos intérêts, Vous avez la liberté de le choisir.

Si Vous n'en connaissez pas, Vous pouvez vous rapprocher de l'Ordre des avocats du barreau compétent ou demander à l'Assureur, par écrit, de Vous communiquer les coordonnées d'un avocat.

L'Assureur Vous garantit le remboursement dans la limite des montants et plafonds contractuels garantis :

- des frais et honoraires des avocats, experts et spécialistes dont Vous avez besoin pour soutenir votre cause,
- des frais et honoraires de l'expert judiciaire,
- des frais de commissaire de justice pour la signification des actes,
- des taxes diverses relatives aux juridictions saisies.

## 4/6 LE SUIVI JUSQU'À LA PARFAITE EXECUTION :

Parce qu'un Litige ne se termine pas à la délivrance d'une décision de justice, l'Assureur Vous accompagne jusqu'à sa parfaite exécution :

- soit à l'amiable,
- soit par la saisine d'un commissaire de justice territorialement compétent.

L'Assureur prend en charge les frais et honoraires de ce commissaire de justice dans la limite des

plafonds contractuels garantis jusqu'à votre total désintéressement.

L'intervention de l'Assureur cesse :

- en cas d'insolvabilité notoire de votre débiteur constatée par un procès-verbal de carence dressé par commissaire de justice,
- en cas d'incarcération de votre débiteur,
- en cas de liquidation judiciaire de votre débiteur,
- lorsque votre débiteur est sans domicile fixe.

**4/7 LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES LITIGES :**

Les montants et plafonds de prise en charge :

BARÈME APPLICABLE AUX HONORAIRES D'AVOCAT & D'EXPERT		En €
<b>PHASE AMIABLE</b>		
<b>Démarches amiables</b>		
Intervention amiable		150
Protocole ou transaction (y compris homologation et apposition de la formule exécutoire)		400
<b>Consultation &amp; expertise</b>		
Consultation d'expert		400
Expertise amiable contradictoire		1 200
<b>MARD (Modes Alternatifs de Résolution des Différends)</b>		
Conciliateur de justice (assistance) Médiation de la consommation		400
Procédure participative Médiation conventionnelle Médiation judiciaire Arbitrage		600
<b>PHASE JUDICIAIRE</b>		
<b>Assistance</b>		
Assistance préalable à toute procédure pénale Assistance à une instruction Assistance à une expertise judiciaire, y compris la rédaction des dires (forfait par réunion)		400
<b>Commissions ou juridictions de première instance</b>		
Démarche au Parquet (forfait) Saisine du SARVI (forfait)		130
Commissions diverses (CIV...) Conseil de l'Ordre		600
Référé Procédure accélérée au fond		700
Référé d'heure à heure		850
Ordonnance sur requête (forfait)		450
Assistance aux mesures alternatives aux poursuites		600
Tribunal de police		600*
Tribunal correctionnel (y compris renvoi sur intérêts civils)		900*
Tribunal / Chambre de proximité		850*
Tribunal judiciaire Tribunal de commerce Tribunal administratif Autres juridictions du 1 <sup>er</sup> degré		1 200*
Incidents d'instance et demandes incidentes		700
<b>Cours ou juridictions de recours – Hautes juridictions</b>		
Cour ou juridiction d'appel		1 850*
Recours devant le premier Président de la Cour d'appel		600
Cour de cassation Conseil d'Etat Cour d'assises (y compris renvoi sur intérêts civils)		2 100*
<b>Autres juridictions</b>		
Juridictions européennes (CJUE, CEDH) Juridictions étrangères (dont Andorre et Monaco)		1 200*
Juge de l'exécution Juge de l'exéquatur		700
<b>PLAFONDS, FRANCHISE &amp; SEUIL D'INTERVENTION</b>		<b>En €</b>

<b>Plafond de prise en charge par Sinistre en France, Andorre et Monaco :</b>	<b>30 000</b>
Dont plafond pour :	
Démarches amiables (expertises comprises)	<b>700</b>
Expertises judiciaires	<b>5 500</b>
Plafond de prise en charge par Sinistre hors France, Andorre et Monaco :	<b>3 000</b>
Seuil d'intervention :	<b>aucun</b>
Franchise :	<b>aucune</b>

**Les modalités de prise en charge :**

Les montants ci-après comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de copie, de téléphone, de déplacement, de postulation, de traduction d'actes...) et constituent la limite de la prise en charge même en cas de pluralité ou de changement d'avocats.

Le remboursement sera effectué au plus tard dix (10) jours après réception de la facture acquittée. La limite de prise en charge est calculée sur la base des frais et honoraires toutes taxes comprises.

Les montants sont cumulables et représentent le maximum des engagements par juridiction (montants signalés par un astérisque\*) ou par intervention, même en cas de renvoi d'audience.

**La subrogation :**

Les indemnités qui pourraient Vous être allouées au titre des articles 700 du Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale, L761-1 du Code de Justice Administrative, ou leurs équivalents devant les juridictions étrangères, ainsi que les dépens et autres frais de procédure Vous bénéficient par priorité pour les dépenses dûment justifiées restées à votre charge, et subsidiairement à l'Assureur dans la limite des sommes qu'il a engagées.

**ARTICLE 5**

**LES GARANTIES DU CONTRAT**

**5/1 L'ATTEINTE A L'INTEGRITE**

**Vous êtes victime d'une agression ou d'une atteinte accidentelle à votre intégrité physique et/ou morale** et souhaitez être assisté et faire valoir ses droits à l'encontre du Tiers responsable de son préjudice.

**5/2 LE RECOURS MEDICAL ET PHARMACEUTIQUE**

**Vous êtes victime d'une erreur médicale, d'un retard ou d'une erreur de diagnostic, d'une erreur de délivrance, d'une infection nosocomiale ou d'un défaut de conseil d'un praticien à l'occasion d'une maladie, d'une hospitalisation ou de tous soins ou examens médicaux** et souhaitez être assisté et faire valoir vos droits face à :

- un établissement de soins public ou privé,
- un professionnel de santé,
- ou l'ONIAM.

**5/3 LES DROITS DE LA PERSONNALITE**

**Vous êtes victime d'une atteinte aux droits de la personnalité** et souhaitez agir contre le Tiers auteur de l'atteinte ou le responsable du lieu d'échanges :

- atteinte à votre vie privée,
- non-respect du droit à l'image,
- atteinte à l'e-réputation,
- usurpation d'identité,
- ...

**5/4 LA CONSOMMATION MEDICALE :**

**A l'occasion de l'achat, de l'entretien ou de la location d'un matériel médical ou paramédical, ou de la réalisation de travaux d'aménagement de votre véhicule ou de votre résidence** située en France et rendus nécessaires par un état de santé, **Vous rencontrez des difficultés avec :**

- le vendeur,
- le loueur,
- ou le prestataire de services.

**ARTICLE 6**

**LES LITIGES ET FRAIS EXCLUS**

**L'ASSUREUR N'INTERVIENT JAMAIS POUR LES LITIGES :**

- NE RELEVANT PAS DE VOTRE VIE PRIVEE ET PLUS GENERALEMENT QUI NE SONT PAS EXPRESSEMENT DEFINIS,
- TROUVANT LEUR ORIGINE DANS UNE GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, UNE EMEUTE, UN MOUVEMENT POPULAIRE, UNE MANIFESTATION, UNE RIXE, UN ATTENTAT, UN ACTE DE VANDALISME, DE SABOTAGE OU DE TERRORISME,
- DONT LE FAIT GENERATEUR EST ANTERIEUR ET CONNU DE VOUS A LA PRISE D'EFFET DE L'ADHESION AU CONTRAT OU QUI PRESENTE UN CARACTERE NON ALEATOIRE A L'ADHESION, EN RAPPORT AVEC UNE VIOLATION INTENTIONNELLE DES OBLIGATIONS LEGALES, CONTRACTUELLES OU INCONTESTABLES,
- DECOULANT D'UNE FAUTE OU D'UN ACTE FRAUDULEUX OU DOLOSIF QUE VOUS AVEZ COMMIS VOLONTAIREMENT CONTRE LES BIENS ET LES PERSONNES EN PLEINE CONSCIENCE DE LEURS CONSEQUENCES DOMMAGEABLES OU NUISIBLES,

- GARANTIS PAR UNE COMPAGNIE D'ASSURANCE DOMMAGES OU RESPONSABILITE CIVILE ET CEUX RELEVANT DU DEFAUT DE SOUSCRIPTION D'UNE ASSURANCE OBLIGATOIRE,
- RESULTANT DE L'INEXISTENCE D'UN DOCUMENT A CARACTERE OBLIGATOIRE, DE SON INEXACTITUDE DELIBEREE OU DE SA NON-FOURNITURE DANS LES DELAIS PRESCRITS,
- OU EVENEMENTS SURVENANT LORSQUE VOUS ETES SOUS L'EMPIRE D'UN ETAT ALCOOLIQUE, OU SOUS L'INFLUENCE DE SUBSTANCES OU DE PLANTES CLASSEES COMME STUPEFIANTS, TELS QUE DEFINI DANS LE PAYS DANS LEQUEL A LIEU LE SINISTRE,
- SI VOUS COMMETTEZ UN DELIT DE FUITE OU SI VOUS REFUSEZ DE VOUS SOUMETTRE A UN CONTROLE OU A UN DEPISTAGE,
- RELATIFS AUX ACTIONS ENGAGEES CONTRE VOS DEBITEURS S'ILS FONT L'OBJET D'UNE PROCEDURE DE SAUVEGARDE, DE REDRESSEMENT OU DE LIQUIDATION JUDICIAIRES TELLES QUE DEFINIES AU LIVRE VI DU CODE DE COMMERCE OU LEURS EQUIVALENTS DANS TOUT AUTRE PAYS,
- DU TRAVAIL OU RELATIFS A L'EXPRESSION D'OPINIONS POLITIQUES, RELIGIEUSES, PHILOSOPHIQUES OU SYNDICALES,
- RELATIFS A DES RISQUES SERIELS, AFFECTIENS LIEES A L'AMIANTE OU AUX PRIONS, OU FAISANT SUITE A DES EXPERIENCES MEDICALES OU BIOMEDICALES,
- VOUS OPPOSANT A DES SERVICES PUBLICS OU PRIVES GESTIONNAIRES DES REGIMES DE SECURITE SOCIALE, DES REGIMES COMPLEMENTAIRES OU DES PRESTATIONS FAMILIALES, OU DES ETABLISSEMENTS BANCAIRES,
- FAISANT SUITE A UN DEFAUT DE PROTECTION DES DONNEES OU D'INFORMATIONS PERSONNELLES, OU UNE NEGLIGENCE DANS LEUR PROTECTION QUI VOUS EST IMPUTABLE,
- FAISANT SUITE A LA DIFFUSION VOLONTAIRE OU A L'AUTORISATION DE DIFFUSION D'INFORMATIONS OU DE DONNEES PERSONNELLES.

**L'ASSUREUR NE PREND JAMAIS EN CHARGE :**

- LES FRAIS ENGAGES SANS SON ACCORD PREALABLE, SAUF URGENCE CARACTERISEE NECESSITANT LA PRISE IMMEDIATE D'UNE MESURE CONSERVATOIRE,
- LES FRAIS EXPOSES AU TITRE DE MESURES CONSERVATOIRES OU ENGAGES A VOTRE INITIATIVE,
- LES FRAIS DESTINES A PROUVER LA REALITE DE VOTRE PREJUDICE,
- LES FRAIS D'IDENTIFICATION OU DE RECHERCHE DE VOTRE ADVERSAIRE,
- TOUTE SOMME DE TOUTE NATURE DUE A TITRE PRINCIPAL, LES AMENDES, LES CAUTIONS, LES CONSIGNATIONS PENALES, LES ASTREINTES, LES INTERETS ET PENALITES DE RETARD,
- TOUTE SOMME DE TOUTE NATURE EXPOSEE PAR LA PARTIE ADVERSE QUE VOUS DEVEZ SUPPORTER PAR DECISION JUDICIAIRE, OU QUE VOUS AVEZ ACCEPTE DE PRENDRE EN CHARGE DANS LE CADRE D'UN PROTOCOLE D'ACCORD, UNE PROCEDURE PARTICIPATIVE, UN ARBITRAGE OU UNE MEDIATION,
- LES SOMMES AU PAIEMENT DESQUELLES VOUS ETES CONDAMNE AU TITRE DES ARTICLES 700 DU CODE DE PROCEDURE CIVILE, 375 ET 475-1 DU CODE DE PROCEDURE PENALE, L761-1 DU CODE DE JUSTICE ADMINISTRATIVE, OU LEURS EQUIVALENTS DEVANT LES JURIDICTIONS ETRANGERES,
- LES FRAIS DE REDACTION D'ACTES ET DE CONTRATS,
- LES SOMMES DONT VOUS ETES LEGALEMENT REDEVABLE AU TITRE D'EMOLUMENTS PROPORTIONNELS,
- LES HONORAIRES DE RESULTAT DE TOUT AUXILIAIRE DE JUSTICE.

**ARTICLE 7**

**LA DECLARATION DE SINISTRE**

Pour déclarer votre Sinistre, Vous devez adresser à l'Assureur par tout moyen à votre convenance :

- la description de la nature et des circonstances de votre Litige avec la plus grande précision et sincérité,
- les éléments établissant la réalité du préjudice que Vous alléguiez,
- les coordonnées de votre adversaire,
- et toutes les pièces et informations utiles à l'instruction de votre dossier telles qu'avis, lettres, convocations, actes de commissaire de justice, assignations...

**En cas de fausse déclaration intentionnelle de votre part sur la cause, les circonstances ou encore les conséquences du Litige, Vous pouvez être déchu de vos droits à garantie, voire encourir des sanctions pénales.**

**Vous devez déclarer votre Sinistre, sauf cas de force majeure, dans les deux (2) mois suivant le jour où Vous en avez eu connaissance. En cas de non-respect de ce délai, Vous encourez une Déchéance du droit à garantie ;** néanmoins, l'Assureur ne Vous opposera pas de Déchéance pour déclaration tardive sauf s'il prouve que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice.

**Dans votre propre intérêt, Vous devez éviter de prendre une initiative sans concertation préalable avec l'Assureur : si Vous prenez une mesure, de quelque nature qu'elle soit, mandatez un avocat ou tout autre auxiliaire de justice, expert ou sachant, avant d'en avoir avisé l'Assureur et obtenu son accord écrit, les frais exposés resteront à votre charge.**

Néanmoins, si Vous justifiez d'une situation d'urgence caractérisée nécessitant la prise immédiate d'une mesure conservatoire, l'Assureur Vous remboursera, dans la limite des montants contractuels garantis, les frais et honoraires des intervenants que Vous avez mandatés, sans avoir obtenu son accord préalable.

**COMMENT CONTACTER VOTRE ASSUREUR ?**

Par courrier à : **CFDP ASSURANCES – Gestion Kereis**  
**54 cours du Médoc – 33300 BORDEAUX**

Par mail à : **kereis@cdfp.fr**

**ARTICLE 8**

**L'APPLICATION DES GARANTIES**

**8/1 L'APPLICATION DANS LE TEMPS :**

L'assureur : Cfdp Assurances  
 Siège social : Immeuble de l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON  
 SA au capital de 1 692 240 € - RCS LYON 958 506 156 B - IDU ADEME FR326793\_01LQDA  
 Entreprise régie par le Code des Assurances

**La durée des garanties :**

Sous réserve du paiement de la cotisation, les garanties sont dues sans délai de carence pour toute la durée de votre adhésion.

Elles sont dues pour tout Sinistre survenu entre la prise d'effet des garanties et l'expiration de votre adhésion au Contrat, à condition que Vous n'ayez pas connaissance du Fait Générateur avant l'adhésion.

**La Prescription :**

La Prescription est l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un délai défini par la Loi.

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance (article L114-1 du Code des Assurances).

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

La Prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la Prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un Sinistre.

L'interruption de la Prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée, ou d'un envoi électronique recommandé, avec accusé de réception adressé :

- par l'Assureur au Preneur en ce qui concerne l'action en paiement de la prime,
- et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité (article L114-2 du Code des Assurances).

Les causes ordinaires d'interruption de la Prescription sont :

- la demande en justice,
- l'acte d'exécution forcée,
- et la reconnaissance du droit par le débiteur.

Un nouveau délai de deux (2) ans court à compter de l'acte interruptif de Prescription ; il peut être suspendu ou interrompu dans les mêmes conditions que le premier.

Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la Prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci (article L114-3 du Code des Assurances).

**8/2 L'APPLICATION DANS L'ESPACE :**

Les garanties s'exercent de la façon suivante :

- conformément aux modalités prévues à l'article 5 en France ainsi qu'en Principauté d'Andorre et Principauté de Monaco ;
- dans les autres pays du Monde, l'intervention de l'Assureur se limite au remboursement sur justificatifs des frais et honoraires de procédure judiciaire à hauteur du plafond de prise en charge spécifique pour les pays autres que la France, la Principauté d'Andorre et la Principauté de Monaco.

**8/3 L'APPLICATION EN CAS DE SANCTIONS INTERNATIONALES :**

**La définition des sanctions internationales :**

On entend par « Sanctions Internationales » toutes mesures restrictives financières ou commerciales décidées par un Etat ou une Organisation Internationale ou Supranationale à l'encontre d'autres Etats, de territoires, de personnes (physiques ou morales) et/ou d'entités (de droit public ou privé).

Ces Sanctions Internationales peuvent notamment prendre les formes suivantes :

- interdictions ou restrictions d'importations ou d'exportations (embargos),
- confiscations, saisies, gels de biens ou d'avoirs,
- interdictions ou restrictions de certaines activités industrielles, commerciales ou de services en particulier financiers dont assurantiels.

Les Sanctions Internationales sont évolutives tant par leur nature que dans leurs domaines d'application. Elles sont publiques et peuvent être consultées sur les sites internet des Etats et des Organisations Internationales ou Supranationales.

**La suspension de l'obligation pour l'Assureur de couverture d'un risque :**

**L'obligation de l'Assureur de couvrir un risque est suspendue lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs Sanctions Internationales, dès l'entrée en vigueur de ces dernières.** Cette suspension cesse à compter du jour où lesdites Sanctions Internationales cessent d'affecter l'obligation de l'Assureur.

**Aucun Sinistre survenu pendant la période de suspension ne pourra donner lieu à garantie.**

**La suspension de l'obligation pour l'Assureur de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation :**

**L'obligation de l'Assureur de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation est suspendue lorsqu'elle a pour effet de contrevenir à une ou plusieurs Sanctions Internationales, dès l'entrée en vigueur de ces dernières. Cette suspension s'applique notamment dans le cadre d'un Sinistre ou d'un remboursement total ou partiel de prime.**

Toute somme contractuellement due par l'Assureur et dont le paiement aurait été reporté du fait des

Sanctions Internationales redeviendra exigible à compter du jour où lesdites Sanctions Internationales cessent d'affecter l'obligation de l'Assureur. Il en est de même, lorsque cela est possible, de la fourniture de la prestation qui avait été ainsi suspendue.

L'Assureur devra informer l'Assuré, par écrit motivé, de tout refus de prise en charge d'un Sinistre en raison de l'existence d'une ou plusieurs Sanctions Internationales.

## ARTICLE 9

### LA PROTECTION DE VOS INTÉRÊTS

#### 9/1 LE SECRET PROFESSIONNEL (article L127-7 du Code des Assurances) :

Les personnes qui ont à connaître des informations que Vous communiquez pour les besoins de votre cause, dans le cadre du Contrat, sont tenues au secret professionnel.

Aucune information à caractère personnel ou permettant votre identification ne sera communiquée, sauf celle qui devrait l'être afin de respecter les obligations légales et réglementaires afférentes à l'activité de l'Assureur.

#### 9/2 L'OBLIGATION A DESISTEMENT :

Toute personne, chargée d'une prestation juridique, qui a un intérêt direct ou indirect à son objet, doit se désister.

#### 9/3 L'EXAMEN DE VOS RECLAMATIONS :

Une réclamation est l'expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle est formulée : une demande de service ou de prestation, d'information, de clarification ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation concernant l'Assureur (inhérente au précontrat, adhésion au Contrat, le traitement d'un Litige...) peut être formulée auprès de votre interlocuteur habituel, par oral ou par écrit, ou auprès du Service Relation Clientèle de l'Assureur :

- en remplissant le formulaire de réclamation sur le site Internet de l'Assureur à l'adresse suivante : <https://www.cfdp.fr/deposer-une-reclamation>,
- ou par courrier à : CFPD Assurances – Service Relation Clientèle – Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON,
- ou par mail à : [relationclient@cfdp.fr](mailto:relationclient@cfdp.fr).

L'Assureur s'engage à accuser réception par écrit de votre réclamation écrite, dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi, et en tout état de cause à la traiter dans un délai maximum de deux (2) mois.

Si aucune solution n'a pu être trouvée dans le cadre de votre réclamation, Vous pouvez saisir gratuitement le Médiateur de l'Assurance :

- par courrier à : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 PARIS cedex 09,
- ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.mediation-assurance.org/Swaisir+le+media+teur>.

L'Assureur s'engage par avance à accepter la position qui sera prise par le Médiateur.

#### 9/4 LE DESACCORD OU L'ARBITRAGE (article L127-4 du Code des Assurances) :

En cas de désaccord entre Vous et l'Assureur au sujet de mesures à prendre pour régler un Litige, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal judiciaire statuant selon la procédure accélérée au fond.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'Assureur ; toutefois, le Président du Tribunal judiciaire, statuant selon la procédure accélérée au fond, peut en décider autrement lorsque Vous mettez en œuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Si Vous avez engagé à vos frais une procédure contentieuse et obtenu une solution plus favorable que celle qui Vous avait été proposée par l'Assureur ou par la tierce personne mentionnée à l'alinéa précédent, l'Assureur Vous indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite des montants contractuels garantis.

#### 9/5 LE CONFLIT D'INTERETS (article L127-5 du Code des Assurances) :

En cas de conflit d'intérêts entre Vous et l'Assureur ou de désaccord quant au règlement du Litige, Vous bénéficiez :

- du libre choix de l'avocat ou de toute autre personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour Vous défendre,
- et de la possibilité de recourir à la procédure de désaccord et d'arbitrage.

#### 9/6 LA PROTECTION DES DONNEES :

Aux termes du Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles (RGPD) et de la loi Informatique et Libertés modifiée, l'Assureur Vous garantit plus de contrôle et de transparence sur l'utilisation de vos données personnelles en Vous expliquant quelles données sont collectées, dans quelle finalité, mais également comment il les protège et quels sont vos droits à leur égard.

##### Collecte et finalités d'utilisation de vos données personnelles :

Les données à caractère personnel sont collectées directement par l'Assureur, ou indirectement pour son compte par l'Intermédiaire. Les données collectées sont essentiellement des données d'identification, des coordonnées, des données relatives à la vie personnelle, des données d'ordre économique et financier et des données de connexion.

Le traitement de ces données personnelles a pour principale finalité la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du Contrat.

Les données collectées sont également susceptibles, en tout ou partie, d'être utilisées par les responsables de traitement :

- dans le cadre de contentieux éventuel (judiciaire ou arbitral),
- pour la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCBFT),
- pour le traitement des réclamations clients,
- plus largement, afin de permettre aux responsables de traitement de se conformer à une ré-

glementation applicable,

- ou encore afin d'améliorer, le cas échéant, le Contrat, d'évaluer son adéquation à vos besoins d'assurance, d'évaluer la qualité des produits ou services fournis (enquête qualité et de satisfaction).

Le responsable de traitement dans le cadre de l'adhésion au Contrat, de la gestion du Contrat et de la relation avec Vous est l'Intermédiaire.

Le responsable de traitement dans le cadre de l'exécution du Contrat et de la gestion des Sinistres est l'Assureur.

La base juridique du traitement de vos données est fondée :

- soit sur la gestion et l'exécution de votre adhésion au Contrat,
- soit sur le respect des obligations légales et réglementaires,
- soit sur le recueil de votre consentement,
- soit sur l'intérêt légitime de l'Assureur (suivi de la relation client et des produits distribués, statistiques, sécurité informatique, fraude).

Pour les finalités indiquées précédemment, tout ou partie de ces données pourront être utilisées par différents services de l'Assureur et pourront le cas échéant être transmises aux parties intervenantes au Contrat telles que, notamment :

- l'Intermédiaire,
- les prestataires mandatés (experts, avocats, médecins, officiers ministériels...),
- les organismes professionnels,
- les organismes d'assurance des personnes impliquées,
- et les organismes et autorités publics.

##### Localisation de vos données personnelles :

Les données personnelles collectées par l'Assureur sont hébergées en Union Européenne.

Si un transfert hors de l'Union Européenne de ces données devait être effectué, l'Assureur mettrait en place les garanties nécessaires à l'encadrement juridique d'un tel transfert et assurerait un bon niveau de protection de ces données, notamment par la signature des clauses contractuelles types de la Commission Européenne, dans le cas où le pays vers lequel sont transférées les données ne bénéficie pas d'une décision d'adéquation délivrée par la Commission européenne.

##### Durée de conservation de vos données personnelles :

Ces données sont conservées durant une période maximale correspondant au temps nécessaire aux différentes opérations ci-dessus listées ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou encore par la loi (Prescriptions légales). Vos données personnelles ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire pour satisfaire ces finalités.

##### Droits à la protection :

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, d'opposition et d'effacement des données Vous concernant en adressant une demande :

- par courrier à : CFPD Assurances – Délégué à la Protection des Données – Immeuble l'Europe – 62 rue de Bonnel – 69003 LYON,
- ou par mail à : [dpd@cfdp.fr](mailto:dpd@cfdp.fr).

Vous disposez également du droit à la limitation du traitement et du droit de demander le transfert de vos données (droit à la portabilité).

Pour exercer l'un quelconque de vos droits, Vous devez préciser vos nom, prénom et mail ; l'Assureur pourra être amené à Vous demander également de joindre une copie recto-verso d'un justificatif d'identité en cours de validité (carte nationale d'identité, passeport).

Le responsable de traitement se réserve le droit de ne pas accéder à votre demande si le traitement des données est nécessaire :

- à l'exécution du Contrat,
- au respect d'une obligation légale,
- à la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice,
- ou en cas de demande abusive.

Le Délégué à la Protection des Données de l'Assureur traitera votre demande dans les meilleurs délais. En cas de désaccord persistant en lien avec la gestion de vos données personnelles, Vous avez la possibilité de saisir la CNIL :

- par téléphone au : 01 53 73 22 22,
- par courrier à : Commission Nationale Informatique et Libertés - 03 place de Fontenoy - 75007 PARIS,
- ou par Internet à l'adresse suivante : <https://www.cnil.fr/vous-souhaitez-contacter-la-cnil>.

##### Sécurité :

L'Assureur accorde la plus haute importance à la sécurité et à l'intégrité de vos données personnelles et s'engage à les traiter en ayant recours à des mesures de sécurité et de confidentialité appropriées sur le plan technique et organisationnel.

(Pour en savoir plus sur les traitements de vos données personnelles et sur l'exercice de vos droits sur ces données, Vous pouvez consulter la page « Politique de confidentialité » du site Internet de l'Assureur : <https://www.cfdp.fr>)

#### 9/7 L'OPPOSITION AU DEMARCHAGE :

Conformément à la loi 2014-344 du 17 mars 2014, si Vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique de la part d'un professionnel avec lequel Vous n'avez pas de relation contractuelle préexistante, ou de la part d'un professionnel avec lequel Vous avez une relation contractuelle préexistante mais pour des sollicitations n'ayant pas de rapport avec l'objet du Contrat, Vous pouvez Vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique :

- par courrier à : WORLDLINE - Service Bloctel - CS 61311 – 41013 BLOIS cedex,
- ou par Internet à l'adresse suivante : <http://www.bloctel.gouv.fr/>.

#### 9/8 L'AUTORITE DE CONTRÔLE :

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 04 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09.

# ASSOCIATION GENERALE INTERPROFESSIONNELLE DE SOLIDARITE («A.G.I.S.») STATUTS – MODIFIES PAR L'ASSEMBLEE GENERALE MIXTE DU 26 MAI 2025

## I - OBJET ET MISSIONS DE L'ASSOCIATION

### ARTICLE 1 : CONSTITUTION

L'association « AGIS », déclarée le 6 août 1964, est formée entre toutes les personnes physiques ou morales qui adhèrent aux présents statuts. Elle est régie par la loi du 1er juillet 1901 et les textes qui l'ont modifiée, ainsi que par les présents statuts.

L'association « AGIS » a la qualité d'association souscriptrice de contrats d'assurance de groupe au sens des articles L. 141-1, R. 141-1 et suivants du Code des assurances.

### ARTICLE 2 : DÉNOMINATION

L'association « AGIS » a pour dénomination sociale « Association générale interprofessionnelle de solidarité ».

### ARTICLE 3 : OBJET

L'association a pour but, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur :

- de développer l'esprit de solidarité d'entraide et de défense des intérêts de ses membres ;
- de négocier, de conclure et de faire évoluer, en faveur de ses membres adhérents, tous contrats d'assurance de groupe (retraite, prévoyance, santé, assurance emprunteur et autres assurances de personnes) auprès des entreprises d'assurances autorisées ;
- d'assurer la représentation et la défense des intérêts de ses membres, notamment ceux ayant adhéré à un contrat d'assurance de groupe souscrit par ses soins, y compris dans la surveillance de la gestion des plans de retraite ;
- d'informer ses membres sur toutes les questions concernant l'épargne retraite, la santé, la prévoyance, l'assurance emprunteur et autres assurances de personnes et d'engager auprès des membres toute action d'information, de formation ;
- de réaliser, plus largement, tout acte entrant dans le cadre de cet objet social ou permettant sa réalisation.

### ARTICLE 4 : SIÈGE SOCIAL

Son siège social est établi 2, rue Jean Jaurès 92800 Puteaux.

Il pourra être transféré en tout autre lieu par décision du conseil d'administration qui dispose à cet effet, du pouvoir de modifier les statuts. Le conseil d'administration pourra créer, s'il le juge opportun, pour la bonne gestion ou pour le développement de l'association, des sections locales ou professionnelles.

### ARTICLE 5 : DURÉE

L'association est fondée pour une durée illimitée.

## II - MEMBRES DE L'ASSOCIATION

### ARTICLE 6 : MEMBRES DE L'ASSOCIATION

L'association est composée de membres, personnes physiques ou morales ayant adhéré à au moins l'un des contrats d'assurance de groupe souscrits par elle et acquitté le droit d'adhésion fixé par le conseil d'administration.

### ARTICLE 7 : PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE

La qualité de membre se perd :

- en cas de non-paiement du droit d'adhésion à l'association après mise en oeuvre des formalités prévues par la loi ;
- en cas de démission signifiée par écrit au président du conseil d'administration ;
- en cas d'exclusion prononcée par le conseil d'administration notamment pour infraction aux présents statuts ou au code de déontologie ou pour motif grave portant préjudice à l'association ;
- en cas de décès de l'adhérent personne physique ou de disparition de la personne morale ;

- lorsque l'adhésion du membre au contrat d'assurance de groupe souscrit par l'association prend fin ; il est précisé toutefois que, pour les membres de l'association ayant adhéré à un contrat d'assurance de groupe d'épargne ou d'épargne retraite, en cas de dénouement de tout ou partie de leur adhésion sous forme de rente, sans préjudice des dispositions du présent article, la qualité de membre de l'association demeure acquise pendant toute la durée de service de ladite rente

## III - RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

### ARTICLE 8 : DROIT D'ADHÉSION ET RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

La qualité de membre s'acquiert par leur adhésion à au moins l'un des contrats d'assurance de groupe souscrits par l'association et le paiement d'un droit d'adhésion dont le montant est déterminé annuellement par le conseil d'administration.

Pourra s'ajouter une cotisation périodique dont le montant et la périodicité seront le cas échéant déterminés par le conseil d'administration, qui pourra également décider que cette cotisation périodique s'appliquera uniquement aux membres ayant adhéré à certains contrats d'assurance qu'il identifiera.

Au-delà des droits d'adhésion acquittés par chaque membre, les ressources de l'association comprennent également :

- des éventuelles subventions ou dons qui pourront lui être accordées ;
- des intérêts et revenus des biens et valeurs qu'elle possède ;
- de toutes autres ressources autorisées par les textes législatifs et réglementaires en vigueur

## IV - ADMINISTRATION ET FONCTIONNEMENT

### ARTICLE 9 : CONSEIL D'ADMINISTRATION

#### Article 9-1 : Composition

Le conseil d'administration de l'association comprend 3 membres au moins et 12 membres au plus qui sont nommés par l'assemblée générale ordinaire de l'association.

Le conseil d'administration est composé :

- pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenu au cours des trois années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ce même organisme ;
- et d'un représentant de chacun des assureurs avec lesquels l'association a conclu une (des) convention(s), sur proposition de la direction générale de chaque assureur, sous réserve que cette représentation reste inférieure à la moitié des membres.

À l'exception du représentant nommé par l'assemblée générale ordinaire sur proposition de chaque assureur, seuls les adhérents, membres de l'association, peuvent être administrateurs de l'association.

Nul ne peut être membre du conseil d'administration s'il a fait l'objet de l'une des condamnations ou mesures mentionnées aux 1° à 3° de l'article L. 322-2 du Code des assurances.

#### Article 9-2 : Durée des fonctions d'administrateur

La durée des fonctions des membres du conseil d'administration est fixée à 3 années, chaque année s'entendant de la période comprise entre deux assemblées générales annuelles.

Les membres du conseil d'administration sortants sont immédiatement rééligibles. En cas de vacance d'un ou plusieurs postes de membres du conseil d'administration, le conseil pourra pourvoir à leur remplacement en procédant à une ou à plusieurs nominations à titre provisoire. Ces cooptations sont soumises à la ratification de la plus prochaine assemblée générale ordinaire. Les membres du conseil d'administration cooptés ne demeurent en fonctions que pour la durée restant à courir du mandat de leurs

prédécesseurs.

Le mandat de membre du conseil d'administration prend fin par la démission, la perte de la qualité de membre de l'association (sauf s'agissant des représentants nommés par l'assemblée générale ordinaire sur proposition des assureurs) ou la révocation prononcée par l'assemblée générale.

### **Article 9-3 : Pouvoirs du conseil d'administration**

Le conseil est investi des pouvoirs les plus étendus pour administrer l'association, dans les limites de son objet et sous réserve des pouvoirs de l'assemblée générale et du ou des comités de surveillance.

Il autorise le président à agir en justice.

Il prend, notamment, toutes décisions relatives à la gestion et à la conservation du patrimoine de l'association et, particulièrement, celles relatives à l'emploi des fonds, à la prise à bail des locaux nécessaires à la réalisation de l'objet de l'association, à la gestion du personnel.

Le conseil définit les principales orientations de l'association. Il arrête le budget et les comptes annuels de l'association.

Le conseil d'administration veillera à la bonne exécution des contrats d'assurance souscrits par l'association et les adaptera en fonction des intérêts de ses membres. En particulier, et sans préjudice des compétences dévolues par la loi au(x) comité(s) de surveillance des plans d'épargne retraite individuel, il aura pour missions de :

- négocier et signer des contrats cadres et des conventions d'assurance de groupe avec les organismes d'assurance ;
- suivre la mise à jour et la résiliation de ces contrats d'assurance ;
- suivre avec les organismes d'assurance la politique tarifaire prévue au contrat dans le cadre des renouvellements et/ou des modifications de la réglementation et à en rendre compte à la plus proche assemblée générale.

Pour l'aider dans ses missions, le conseil d'administration peut instituer des instances consultatives, telles que le comité produits et services, le comité de gestion, ou tout autre instance, dont il fixe la composition et les modalités de fonctionnement.

### **Article 9-4 : Réunions du conseil d'administration**

Le conseil d'administration se réunit au moins deux fois par an :

- sur convocation de son président, chaque fois que celui-ci le juge utile ;
- si la réunion est demandée par au moins le tiers des membres du conseil ;
- et à chaque fois que l'intérêt de l'association l'exige.

Les convocations sont adressées 8 jours avant la réunion par lettre simple ou par voie électronique. Elles mentionnent l'ordre du jour de la réunion arrêté par le président du conseil ou par les membres du conseil qui ont demandé la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit, et les convocations peuvent être orales. Le conseil se réunit au siège de l'association ou en tout autre lieu indiqué dans la convocation. Il peut également se réunir par des moyens de visioconférence ou de télécommunication.

Le conseil d'administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents ou représentés.

Les délibérations du conseil sont prises à la majorité simple des membres présents ou représentés.

En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

### **Article 9-5 : Registre de présence et procès-verbaux**

Il est tenu un registre de présence de chaque réunion du conseil d'administration. Les délibérations du conseil d'administration sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur le registre des délibérations de l'association et signés par le président et le secrétaire qui peuvent, ensemble ou séparément, en délivrer des copies ou des extraits.

### **Article 9-6 : Rétribution des membres du conseil d'administration**

Les fonctions de membre du conseil d'administration, de membre du bureau et des instances consultatives sont exercées à titre gratuit. Toutefois, le conseil d'administration peut décider d'allouer, dans les limites fixées par l'assemblée générale, des indemnités et avantages à ses administrateurs au titre de leur qualité de membre du conseil ou

au titre de missions exceptionnelles et temporaires qui leur auraient été confiées. Le président du conseil d'administration informe chaque année l'assemblée générale du montant des indemnités et avantages alloués. Par ailleurs, les frais de déplacement et de séjour occasionnés par les missions confiées par le conseil peuvent donner lieu à remboursement.

## **ARTICLE 10 : BUREAU DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

### **Article 10-1 : Composition du bureau**

Le conseil d'administration élit parmi ses membres un président, un secrétaire et un trésorier, qui composent les membres du bureau. Le cas échéant, des adjoints peuvent assister le secrétaire et le trésorier.

Le président et le secrétaire du conseil sont également président et secrétaire de l'assemblée générale.

Les membres du bureau sont élus pour une durée de 3 années et sont immédiatement rééligibles.

### **Article 10-2 : Attributions du bureau et de ses membres**

Le bureau assure la gestion courante de l'association. Il se réunit aussi souvent que l'intérêt de l'association l'exige, sur convocation du président.

Le président représente seul l'association dans tous les actes de la vie civile et est investi de tous pouvoirs à cet effet. Le président ne doit pas détenir ou avoir dé tenu au cours des trois dernières années précédant son élection aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurances signataires des contrats d'assurance de groupe souscrits par l'association, et ne recevoir ou n'avoir reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes. Avec l'autorisation préalable du conseil, le président peut déléguer partiellement ses pouvoirs, sous sa responsabilité, à un ou plusieurs mandataires de son choix, membres de l'association.

Le secrétaire est chargé des convocations. Il établit ou fait établir les procès-verbaux des réunions du bureau, du conseil et de l'assemblée générale.

Le trésorier établit ou fait établir les comptes de l'association. Il établit un rapport sur la situation financière de l'association et le présente à l'assemblée générale annuelle.

## **ARTICLE 11 : DIRECTEUR**

Le conseil d'administration peut nommer un ou plusieurs directeurs ; le conseil d'administration, sur proposition du président, peut le (les) révoquer. Le directeur ou l'un des directeurs reçoit le titre de directeur général.

Le directeur général, rémunéré par l'association, est chargé de l'exécution des actes de l'association ainsi que de toutes décisions et instructions de l'assemblée générale et du conseil d'administration. Le directeur général peut déléguer partiellement ses pouvoirs, sous sa responsabilité, avec l'autorisation du conseil d'administration, à un ou plusieurs mandataires de son choix, membres de l'association. Le directeur général assiste aux réunions du conseil d'administration.

## **V - COMITÉS DE SURVEILLANCE DES PLANS D'ÉPARGNE RETRAITE INDIVIDUELS**

## **ARTICLE 12 : COMITÉS DE SURVEILLANCE**

### **Article 12-1 : Composition**

Pour chaque plan d'épargne retraite individuel souscrit par l'association, est mis en place un comité de surveillance, chargé de veiller à la bonne exécution du contrat par l'entreprise d'assurance et à la représentation des intérêts des adhérents, sous réserve des dispositions des paragraphes ci-dessous.

Chaque comité de surveillance est composé, pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant dé tenu au cours des trois dernières années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du plan d'épargne retraite individuel, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ce même organisme. Il est également composé pour moitié au moins de représentants

des titulaires des plans d'épargne individuels souscrits par l'association. Le président du conseil d'administration est membre de droit du ou des comités de surveillance et d'autres membres du conseil d'administration peuvent également être membres du ou des comités de surveillance dans les conditions précisées à l'article 12-2 ci-après (dans tous les cas sans préjudice des règles relatives à la composition des comités de surveillance rappelées ci-avant).

Le comité de surveillance est présidé par un membre ne détenant ou n'ayant détenu au cours des trois années précédant son élection aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ce même organisme.

Dans l'hypothèse où l'association a souscrit un unique plan, le conseil d'administration peut exercer les fonctions de comité de surveillance à condition de respecter les règles de composition du comité de surveillance rappelées ci-avant.

Si, en revanche, l'association a souscrit plusieurs plans de retraite individuels auprès d'un même organisme d'assurance, le conseil d'administration peut décider, après approbation par l'assemblée générale, de créer un comité de surveillance commun à l'ensemble de ces plans de retraite individuels à condition que le comité de surveillance commun compte au moins un membre représentant les titulaires de chacun des plans de retraite individuels. Dans cette hypothèse, le conseil d'administration de l'association peut également décider d'être le comité de surveillance commun desdits plans, à condition de respecter les règles de composition du comité de surveillance prévues aux dispositions de l'article L. 224-35 du Code monétaire et financier.

Sans préjudice des règles relatives à la composition des comités de surveillance rappelées ci-avant, chaque comité de surveillance ou, en cas de comité de surveillance commun à l'ensemble des plans, le comité de surveillance commun est composé au minimum de 3 membres et au maximum de 20 membres.

#### **Article 12-2 : Nomination et durée des mandats**

Les membres des comités de surveillance sont élus par l'assemblée générale à la majorité simple des votants et représentés. Le comité de surveillance élit son président par un scrutin à bulletin secret, étant précisé que (i) le président du conseil d'administration est membre de droit du ou des comités de surveillance et (ii) le conseil d'administration peut proposer à l'assemblée générale d'élire d'autres membres du conseil d'administration en qualité de membre du ou des comités de surveillance (dans tous les cas sans préjudice des règles relatives à la composition des comités de surveillance rappelées à l'article 12-1 ci-avant).

La durée des mandats des membres du comité ne peut excéder 3 (trois) ans, renouvelables. Les fonctions de membre d'un comité de surveillance cessent par l'arrivée à terme de leur mandat, le décès, la démission volontaire et, s'agissant des représentants des titulaires des plans d'épargne individuels souscrits par l'association, la démission d'office si le membre n'est plus adhérent au plan d'épargne retraite.

En cas de vacance par décès, par démission ou révocation, le comité de surveillance peut pourvoir provisoirement au remplacement de ses membres sous réserve de l'approbation de cette cooptation par la plus prochaine assemblée générale de l'association. Les fonctions de membre coopté cessent à la date de l'expiration du mandat du membre du comité remplacé.

Nul ne peut être membre d'un comité de surveillance s'il a fait l'objet de l'une des condamnations ou mesures mentionnées aux 1° à 3° de l'article L. 322-2 du Code des assurances.

#### **Article 12-3 : Réunions du comité de surveillance**

##### **Convocations – Ordre du jour**

Le comité de surveillance est réuni au moins deux fois par an, et à chaque fois que nécessaire, sur convocation de son président ou d'au moins le tiers de ses membres. L'ordre du jour de la réunion est fixé par l'auteur de la convocation.

Les convocations sont adressées 8 jours au moins avant la réunion,

par lettre simple ou par voie électronique. Elles mentionnent l'ordre du jour de la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit, et les convocations peuvent être orales.

##### **Lieu de réunion**

Le comité se réunit au siège de l'association ou en tout autre lieu indiqué dans la convocation. Il peut également se réunir par des moyens de visioconférence ou de télécommunication.

##### **Quorum – Majorité**

Le comité peut délibérer si la moitié au moins de ses membres sont présents ou représentés.

Les décisions sont prises à la majorité simple des voix des membres présents ou représentés du comité.

Chacun des membres du comité détient un droit de vote.

En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

##### **Procuration**

Chaque membre d'un comité peut donner procuration à un autre membre du même comité.

##### **Secrétaire de séance**

Le comité de surveillance peut nommer un secrétaire de séance, parmi ses membres ou en dehors d'eux.

##### **Article 12-4 – Registre de présence – Procès-verbaux**

L'association tient et conserve les procès-verbaux et les registres de présence des réunions du ou des comités de surveillance.

Ces documents peuvent être consultés par les membres de ce ou ces comités. La justification de la composition du comité ainsi que de la nomination ou de la qualité de ses membres en exercice, tant en ce qui concerne le président que les membres, résulte suffisamment, vis-à-vis des tiers, de l'énonciation, au début de chaque procès-verbal de séance, des noms et qualités du président et des membres présents et absents.

##### **Article 12-5 – Information des comités de surveillance**

###### **Information par l'entreprise d'assurance**

L'entreprise d'assurance informe chaque année le comité de surveillance du montant affecté à la participation aux bénéficiaires techniques et financiers et sur les modalités de sa répartition entre les adhérents du plan ou des plans.

L'entreprise d'assurance informe :

- au moins une fois par semestre le comité de surveillance sur l'activité et son évolution du ou des plans ;
- et lui remet, dans les six mois qui suivent la clôture de l'exercice précédent, un rapport annuel sur l'équilibre actuariel et la gestion administrative, technique et financière du plan.

Ce rapport annuel rend compte notamment :

- a) des nouvelles adhésions au plan ou des plans, ainsi que des flux de cotisations et de prestations versées au cours de l'exercice ;
- b) des opérations relatives à la promotion et à la commercialisation du plan ou des plans réalisées au cours de l'exercice ;
- c) des réclamations des adhérents du plan ou des plans et de tout autre litige ou procédure engagés par l'entreprise d'assurance concernant la gestion du plan ou des plans ;
- d) de tout changement intervenu au cours de l'exercice écoulé concernant la gestion administrative du plan ou des plans ;
- e) des frais de toute nature prélevés sur les actifs du plan ou des plans ;
- f) des plus ou moins-values latentes, du résultat financier et du résultat technique du plan ou des plans, de la comptabilité auxiliaire d'affectation mentionnée à l'article L. 142-4 du Code des assurances le cas échéant ainsi que de la répartition des résultats techniques et financiers entre les adhérents ;
- g) pour chaque support d'investissement proposé dans le cadre du plan ou des plans, de la composition, par grandes classes d'actifs, du portefeuille du support et de toute modification, intervenue au cours de l'exercice, des orientations et des instruments de sa gestion financière ;
- h) de l'utilisation, par l'entreprise d'assurance ou par ses éventuels mandataires, des droits de vote attachés aux actifs détenus en représentation des engagements relatifs au plan ou des plans.

## **Article 12-6 – Logistique et financement des comités de surveillance**

L'association assure le secrétariat du ou des comités de surveillance. Les fonctions de membre de comité de surveillance sont exercées à titre gratuit. Par ailleurs, les frais entraînés par l'exercice de leurs fonctions sont remboursés aux membres du comité.

## **Article 12-7 – Secret professionnel**

Les membres du comité de surveillance sont tenus au secret professionnel à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et données comme telles par les experts et les personnes consultées, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.

Les experts et les personnes consultées par le comité de surveillance sont tenus au secret professionnel dans les mêmes conditions et sous les mêmes peines.

# **VI – ASSEMBLÉES GÉNÉRALES**

## **ARTICLE 13 : PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT DES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES**

Les dispositions du présent article 13 sont applicables aux assemblées générales ordinaires et aux assemblées générales extraordinaires.

### **Article 13-1 – Composition**

L'ensemble des membres de l'association constitue l'assemblée générale qui se réunit au moins une fois par an, sur convocation du président du conseil d'administration.

Le président convoque l'assemblée générale en formation extraordinaire dans les cas prévus par les présents statuts ou à la demande de 10 % au moins des membres de l'association.

Le conseil d'administration fixe l'ordre du jour de l'assemblée générale.

Le bureau de l'assemblée générale est constitué par le bureau de l'association. Le président préside l'assemblée générale et présente le rapport moral, le trésorier, le rapport financier. Les délibérations des assemblées générales sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre ou classeur spécial, et signés par le président et au moins un membre du bureau. Ce registre est tenu à la disposition des membres au siège social de l'association.

### **Article 13-2 – Convocation**

Les membres de l'association sont convoqués individuellement soit par lettre simple ou par courrier électronique,

La convocation contenant l'ordre du jour et le lieu de réunion est envoyée au moins 30 jours calendaires avant la date de l'assemblée générale.

Elle est accompagnée des projets de résolutions soumis au vote de l'assemblée générale par le conseil d'administration ainsi que par ceux proposés par le dixième des adhérents au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent et envoyés au président du conseil d'administration soixante jours au moins avant la date de l'assemblée générale.

### **Article 13-3 – Représentation**

Chaque membre de l'association ne peut être représenté aux assemblées générales que par son conjoint ou par un autre membre de l'association. Le pouvoir ainsi donné peut comporter des instructions de vote, résolution par résolution. Un membre de l'association ne peut détenir plus de 10 pouvoirs, à l'exception du président, qui ne peut détenir plus de 5 % des droits de vote.

Si le nombre de pouvoirs donnés au président excède 5 % des droits de vote, l'excédent est considéré comme pouvoirs en blanc.

Tous les pouvoirs en blanc retournés à l'association donnent lieu à un vote favorable à l'adoption des projets de résolutions présentés ou agréés par le conseil d'administration.

### **Article 13-4 – Modalités de vote**

Chaque membre détient une voix aux assemblées générales. Tout membre de l'association a la faculté de voter :

- à main levée lors de l'assemblée générale ;
- par correspondance : si cette hypothèse est disponible, une formule de vote par correspondance sera jointe au dossier d'assemblée générale. Le membre doit, pour voter par

correspondance, retourner son bulletin de vote à l'adresse indiquée, au plus tard dix jours avant la date de l'assemblée générale ;

- par Internet : si cette hypothèse est disponible, un site spécifique de vote lui sera indiqué dans le dossier d'assemblée générale, accompagné de ses codes d'accès ; le formulaire électronique ainsi mis à sa disposition doit être complété au plus tard la veille de l'assemblée générale.

Un membre ayant voté par correspondance ou par internet peut néanmoins participer à l'assemblée générale. Sa présence annule alors le vote par correspondance ou par internet qu'il aurait pu envoyer antérieurement à cette assemblée générale.

### **Article 13-5 – Quorum**

L'assemblée générale ne peut valablement délibérer que si mille ou un trentième des membres au moins sont présents (si le trentième est inférieur à mille), représentés, ou ont fait usage de leur faculté de vote.

Si, lors de la première convocation, l'assemblée générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde assemblée générale est convoquée : elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de ses membres présents ou représentés.

## **ARTICLE 14 – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE**

L'assemblée générale ordinaire délibère sur l'ordre du jour établi par le conseil d'administration.

Notamment, elle se prononce sur le rapport moral présenté par le président, les comptes de l'exercice écoulé, les rapports du commissaire aux comptes, et sur les nominations des membres du conseil d'administration.

L'assemblée générale ordinaire a seule qualité pour contracter et résilier les contrats d'assurance de groupe souscrits par l'association et autoriser la signature d'avenants à ces mêmes contrats. Uniquement en cas de modifications non essentielles, elle donne délégation au conseil d'administration, pour une durée de 18 mois maximum, renouvelable, pour négocier et signer tout avenant aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'association.

Elle nomme un commissaire aux comptes et un commissaire aux comptes suppléant, elle adopte les règles de déontologie auxquelles seront tenus les membres du conseil d'administration, du bureau et du personnel salarié de l'association ainsi que, le cas échéant, les membres des comités de surveillance des plans souscrits par celle-ci.

En outre, l'assemblée générale :

- se prononce sur les comptes annuels du ou des plans et sur le rapport du commissaire aux comptes de l'entreprise d'assurance, après avis du ou des comités de surveillance ou du conseil d'administration en faisant fonction ;
- se prononce sur le budget du plan établi par le ou les comités de surveillance ou le conseil d'administration en faisant fonction, après avis de l'entreprise d'assurance ;
- se prononce sur les modifications essentielles à apporter, sur proposition du conseil d'administration ou, le cas échéant, du ou des comités de surveillance, et après avis de l'entreprise d'assurance, aux droits et obligations des adhérents au plan ;
- le cas échéant, élit et renouvelle les mandats des membres élus du conseil d'administration ;
- le cas échéant, décide de l'éventuelle révocation de membres du conseil d'administration ;
- le cas échéant, élit et renouvelle les mandats des membres élus du ou des comités de surveillance ;
- se prononce sur la désignation par le comité de surveillance des personnalités qualifiées en qualité de membres de ce comité ;
- le cas échéant, décide de l'éventuelle révocation de membres du ou des comités de surveillance.

Les résolutions présentées lors de l'assemblée ordinaire sont adoptées à la majorité simple des votes exprimés.

## **ARTICLE 15 – ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE**

L'assemblée générale extraordinaire statue sur les questions qui sont de sa seule compétence, à savoir, modifications à apporter aux présents statuts, révocation du conseil d'administration, dissolution de l'association et dévolution des biens. En outre, l'assemblée générale se prononce sur la dissolution de l'association ou sa fusion avec une(des) associations poursuivant un but analogue ainsi que sur toute modification de statuts.

Les résolutions présentées lors de l'assemblée extraordinaire sont adoptées à la majorité des deux tiers des votes exprimés.

## VII – DISPOSITIONS COMPTABLES ET FINANCIÈRES

### ARTICLE 16 – COMMISSAIRE AUX COMPTES

L'assemblée générale ordinaire de l'association nomme pour six ans un commissaire aux comptes, choisi sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce et qui exerce ses fonctions dans les conditions prévues par l'article L. 612-1 dudit code.

### ARTICLE 17 – COMPTES DE L'ASSOCIATION

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

Les comptes annuels de l'association, arrêtés par le conseil d'administration et certifiés par le commissaire aux comptes de l'association, sont approuvés par l'assemblée générale sur le rapport de ce même commissaire aux comptes.

Pour les opérations afférentes à chaque plan et réalisées par l'association, il est établi une comptabilité auxiliaire d'affectation dans les conditions définies par les textes.

### ARTICLE 18 – BUDGET ANNUEL

L'association établit un budget annuel qui tient compte du budget annuel de chaque plan.

## VIII – RÈGLES DÉONTOLOGIQUES

### ARTICLE 19 – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

L'assemblée générale de l'association adopte des règles de déontologie, conformément aux dispositions de l'article R. 141-10 du Code des assurances, auxquelles sont tenus les membres du conseil d'administration et du bureau, du personnel salarié de l'association, les membres des instances consultatives instituées le cas échéant par le conseil d'administration ainsi que les membres du comité de surveillance du ou des plans d'épargne retraite individuels souscrits par celle-ci.

Les règles de déontologie ont pour objet de prévenir et de résoudre les conflits d'intérêts. Ces règles sont remises le cas échéant à chaque adhérent lors de son adhésion à l'association en application des dispositions légales.

### ARTICLE 20 – RESPECT DES RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

Le conseil d'administration pourra nommer, parmi ses membres ou en dehors d'eux, un déontologue, chargé de s'assurer du respect des règles déontologiques adoptées par l'assemblée. Le déontologue rendra compte annuellement au conseil de sa mission.

## IX – DISSOLUTIONS

### ARTICLE 21 – DISSOLUTION DE L'ASSOCIATION

La dissolution de l'association est décidée par l'assemblée générale extraordinaire. L'assemblée désigne alors un administrateur ou un tiers pour prendre l'ensemble des décisions pour procéder à sa dissolution et en particulier liquider les biens de l'association.

Elle détermine les conditions de cette liquidation dans le cadre des lois et règlements en vigueur. En cas d'existence d'un actif net, ce montant sera versé à toute association ayant un objet similaire. En aucun cas, les membres de l'association ne peuvent se voir attribuer une part quelconque des actifs de l'association.

### ARTICLE 22 – FERMETURE D'UN PLAN D'ÉPARGNE RETRAITE

Les modalités de fermeture d'un plan souscrit par l'association sont adoptées par décision de l'assemblée générale, convoquée à titre ordinaire.

## X – DISPOSITIONS DIVERSES

### ARTICLE 23 – RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le conseil d'administration peut établir un règlement intérieur ayant pour objet de préciser et compléter les règles de fonctionnement de l'association. Ce règlement est remis à chaque membre qui en fait la demande au siège de l'association.

### ARTICLE 24 – ATTRIBUTION DE JURIDICTION

Les contestations, de quelque nature qu'elles soient, entre l'association et les adhérents, seront soumises à la juridiction des tribunaux compétents d'après la Législation en vigueur.

Toutes significations et oppositions devront, à peine de nullité, être faites au siège de l'association.