



NOTICE D'INFORMATION (valant Dispositions Générales) - 10/2017

■ APESIA option COMPLETE
N° 5540 0001

■ APESIA option COMPLETE
N° 5540 0002 – Adhésion dans le cadre de la loi Madelin

■ APESIA option ESSENTIELLE
N° 5541 0001

■ APESIA option ESSENTIELLE
N° 5541 0002 – Adhésion dans le cadre de la loi Madelin

Le contrat APESIA est un contrat conçu et négocié auprès de l'assureur, avec mandat de distribution exclusif, par :

FMA Assurances
Immeuble Colisée Gardens - 8-14 Avenue de l'Arche - 92419 Courbevoie Cedex –
SAS au capital de 841 324 euros - RCS Nanterre 429 882 236
Immatriculée au fichier ORIAS sous le numéro 12068209- www.oriass.fr

Le contrat APESIA

Votre notice d'information santé

Le Contrat APESIA est un produit d'assurance souscrit auprès de l'Assureur, par :

Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (AGIS)
Association loi 1901

7 rue Belgrand
92300 Levallois-Perret

L'Association et l'Assureur conviennent que le présent contrat est commercialisé à titre exclusif, via son propre réseau commercial par :

FMA
Immeuble Colisée Gardens - 8-14 Avenue de l'Arche - 92419 Courbevoie Cedex
SAS au capital de 841 324 euros - RCS Nanterre 429 882 236
L'assureur a confié, aux termes d'une délégation, la gestion des adhésions émises dans le cadre du Contrat APESIA à :
FMA Assurances
CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 Montoux

Il est désigné, le délégataire de gestion, dans le texte ci-après.

Votre contrat santé est souscrit auprès de :

Réunion des Mutuelles d'Assurances Régionales

Siège social :

137 Rue Victor Hugo - 92300 Levallois-Perret
Société d'assurances mutuelles à cotisations fixes
Entreprise régie par le Code des assurances

Votre adhésion au contrat est :

- régie par les dispositions qui suivent et par le Code des assurances. La loi applicable est la loi française. En accord avec l'AGIS, et vous-même, nous nous engageons à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion ;
- constituée des éléments suivants :
 - La présente Notice d'information qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir les prestations.
 - Le certificat d'adhésion qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, la formule assurée, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.
 - Le tableau des garanties qui précise les dépenses de santé assurées et le montant de la participation correspondante.

Sommaire

Le contrat APESIA

Votre notice d'information santé

Sommaire

Chapitre 1

Quelques définitions pour mieux nous comprendre

Chapitre 2

Présentation du contrat

2.1 L'information précontractuelle

2.2 Objet du contrat

2.3. Révision des contrats

Chapitre 3

Fonctionnement de votre adhésion

3.1 Personnes assurées

3.2 Conditions d'adhésion

3.3. Age limite d'adhésion

3.4 Vos déclarations

3.5 Choix de la formule de garanties

3.6 Conclusion et durée de l'adhésion au contrat

3.7 Prise d'effet des garanties – Délais d'attente – Cessation des garanties

3.8 Suspension des garanties

3.9 Résiliation

3.10 Droit de renonciation en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance

3.11 Les cotisations

3.12 Prescription

3.13 La subrogation

3.14 Les réclamations - médiation

3.15 Loi informatique et libertés

Chapitre 4

Les garanties

4.1 Cadre juridique

4.2 Ce que garantit le contrat

4.3 Modification des garanties

4.4 Étendue territoriale des garanties

Chapitre 5

Les exclusions et limitations de garanties

5.1 Cas où la garantie ne s'exerce pas

5.2 Les limitations de la garantie santé

Chapitre 6

Règlement des prestations

6.1 Règlement des prestations

6.2 Renseignements complémentaires

6.3 Contrôle et expertise

6.4 Délais à respecter

6.5 Sanctions

Chapitre 7

Articles du Code des assurances et du Code civil

Les garanties du contrat d'assurance complémentaire APESIA

Chapitre 1

Quelques définitions pour mieux nous comprendre

Pour vous faciliter la lecture de ce document, nous avons défini certains termes fréquemment utilisés.

Accident

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

Adhérent

La personne signant le bulletin d'adhésion et désignée au *certificat d'adhésion*.

Adhésion à distance

La Souscription à distance désigne la souscription de l'adhésion au contrat APESIA réalisée au moyen d'une méthode de vente à distance (mailing, téléphone, Internet).

An (par)

Désigne l'année civile.

Assuré(s)

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) aux *dispositions personnelles*.

Avenant

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

Ayants droit

Désigne sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat :

- le *conjoint* de l'*adhérent* bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale ;
- les *enfants* à la charge de l'*adhérent* ou de son *conjoint*.

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.

Certificat d'Adhésion

Document émis par le Service Gestion de FMA Assurances en réponse à la demande d'adhésion qui précise l'ensemble des éléments individualisant l'adhésion au contrat. Il mentionne notamment le nom de l'*adhérent* et des personnes assurées, 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.

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.

Date anniversaire de l'adhésion :

Date qui correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion (jour, mois, année). Elle peut être différente de la *date d'échéance principale*.

Date d'effet

Date à laquelle débute l'adhésion. Elle est indiquée au *certificat d'adhésion*. Elle peut être différente de la *date d'échéance principale*.

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 événement survenant au cours de cette période, pendant toute la durée de l'adhésion.

Déléataire

FMA Assurances qui, dans le cadre de la Délégation de gestion qui lui est consentie par l'Assureur, a en charge la réalisation des tâches suivantes :

- Gestion des souscriptions
- Gestion des adhésions
- Gestion des cotisations
- Gestion des sinistres

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.

Dispositions personnelles

Désignent également le *certificat d'adhésion*.

Domicile

Lieu de résidence principale ou adresse de l'*adhérent* ou de l'*assuré* précisé aux *dispositions personnelles*.

Dossier d'adhésion

Documents contractuels matérialisant l'adhésion, remis par FMA Assurances à l'*adhérent* :

- Certificat d'adhésion
- Notice d'information
- Tableau des garanties
- Echancier annuel des cotisations

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 principale :

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 l'adhésion.

Enfants

Sont considérés comme tels les *enfants* à charge de l'*adhérent* ou de son *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 le régime de leurs parents ou par le régime de la Sécurité sociale des étudiants, 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^{ème} anniversaire.

L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs

Franchise médicale

En vigueur depuis le 1^{er} 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 CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'État, des femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse).

Elle s'élève à :

- 0,50 euro par boîte de médicaments délivrés en ville ;
- 0,50 euro par acte par un auxiliaire médical en ville, sans pouvoir excéder 2 euros par jour ;
- 2 euros par transport effectué en véhicule sanitaire hors urgence, sans pouvoir excéder 4 euros par jour.

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.

Hospitalisation

Séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une *maladie*, d'un *accident* ou d'une *maternité*.

Maladie

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

Maternité

L'état de grossesse, l'interruption de grossesse (sauf interruption volontaire de grossesse), l'accouchement, les suites de couche ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

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).

Nous

Désigne l'assureur mentionné aux *dispositions personnelles*.

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^{er} janvier 2005, la participation forfaitaire est une somme de 1 euro 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^{mois} de grossesse ;
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à 4 euros 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.

Période de garantie

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

Régime obligatoire - RO

Le Régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale français auprès duquel sont affiliés les *assurés* de l'adhésion au contrat.

Résiliation

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

Sinistre

L'événement, la *maladie* ou l'*accident*, mettant en jeu la garantie, alors que l'adhésion au contrat est en vigueur.

Tarif d'autorité – TA

Tarif forfaitaire servant de base de remboursement au *Régime obligatoire* pour les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés

avec l'assurance maladie obligatoire.

Tarif de convention – TC

Tarif de base utilisé par le *Régime obligatoire* pour le calcul des remboursements d'actes réalisés par un professionnel de santé conventionné. Il est déterminé conventionnellement entre les organismes de la Sécurité sociale, les fédérations des différents praticiens de santé et les établissements de soins.

Tarif de responsabilité – TR

Tarif de base utilisé par le *Régime obligatoire* pour le calcul du remboursement des médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

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.

Vous

Désigne l'*adhérent*.

Chapitre 2

Présentation du contrat

2.1 L'information précontractuelle

La loi applicable au présent contrat est la loi française, notamment le Code des assurances. En accord avec l'Assureur et l'Association, *nous* nous engageons à utiliser, pendant toute la durée du contrat, la langue française.

2.2 Objet du contrat

Le contrat APESIA est composé de 2 options et a pour objet de *vous* garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'*hospitalisation* constatés médicalement, et occasionnés par l'un des événements suivants :

- *maladie* ;
- *maternité* ;
- *accident*.

Chaque option est constituée de 6 formules de garanties à votre choix

En complément de l'option COMPLETE, vous pouvez adhérer à un des 2 niveaux de renforts proposés en option.

Certaines prestations non couvertes par votre *Régime obligatoire* peuvent faire l'objet d'une participation de notre part si elles sont prévues par les garanties souscrites.

Les remboursements sont fonction des garanties choisies et indiquées aux *dispositions personnelles*. Ils ne peuvent en aucun cas être supérieurs aux dépenses réelles.

Le descriptif de l'ensemble des garanties est annexé à la présente notice d'information.

2.3 Révision des contrats

L'Association et l'Assureur peuvent d'un commun accord réviser un ou plusieurs des contrats souscrits. 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. Vous pouvez résilier votre adhésion en raison de ces modifications sans préavis dans un délai de 30 jours suivant la date de la modification.

Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des nouvelles conditions ; le non-paiement entraîne la résiliation de l'adhésion conformément à l'article 3.5.4.

Chapitre 3

Fonctionnement de votre adhésion

3.1 Personnes assurées

Pour bénéficier des garanties *vous* devez :

- adhérer à l'AGIS,
- résider en France, Départements ou Régions d'Outre-Mer,
- être majeur civilement responsable,
- être assujéti à un Régime d'Assurance Maladie obligatoire français en tant qu'assuré principal ou ayant droit,

- être âgé à l'adhésion d'au moins 55 ans.

En cas de non-respect de ces dispositions, *vous* vous exposez à ce que la nullité de votre adhésion au contrat APESIA soit prononcée.

Peuvent également être assurés au titre de votre adhésion, votre *conjoint* et vos *enfants*, ayant droit 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 ».

Dispositions spécifiques aux contrats n° 5540 0002 et 5541 0002 (Loi Madelin : Contrats réservés aux seuls adhérents sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de leur régime complémentaire santé) :

Pour adhérer à ces contrats *vous* devez relever du Régime Obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non-salariés et *vous* engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

3.2 Conditions d'adhésion

L'adhésion à l'assurance se fait lorsque la personne sollicitée par l'intermédiaire d'assurance, **ayant reçu et pris connaissance de la Notice d'information** d'une part, et ayant vérifié qu'elle satisfait aux conditions d'éligibilité d'autre part, donne son consentement à l'offre d'assurance.

Vous pouvez adhérer au contrat **APESIA** selon les modalités proposées et mises à votre disposition par FMA:

Adhésion par écrit sur support papier

L'*adhérent* doit **remplir, dater et signer** une demande d'adhésion comportant:

- les garanties choisies ;
- des indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer.

La demande d'adhésion ainsi complétée et signée doit être adressée à FMA, accompagnée des pièces demandées et nécessaires à l'acceptation de l'*adhérent*. Par la signature, *vous* manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion au contrat dont *vous* avez au préalable pris connaissance. Après acceptation de l'assureur, *vous* recevrez par voie postale ou par e-mail votre *dossier d'adhésion*.

Adhésion par voie téléphonique

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements que *vous* fournissez lors de l'entretien téléphonique avec votre intermédiaire commercial, en réponse à la demande d'adhésion qui vise à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation du risque à assurer. Après accord de votre part sur les conditions et caractéristiques de votre adhésion au contrat APESIA *vous* recevez par voie postale ou par e-mail votre demande d'adhésion, qu'il conviendra de **dater et signer** manuscritement ou électroniquement.

En signant électroniquement la demande d'adhésion, *vous* manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion au contrat APESIA dont *vous* avez au préalable pris connaissance de la Notice d'information, et *vous* *vous* engagez également sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations. Le processus de signature électronique, assuré par Yousign, est entièrement sécurisé et garantit l'authenticité et l'intégrité des informations que *vous* avez communiquées.

Après acceptation de l'assureur, *vous* recevrez par voie postale ou par e-mail votre dossier d'adhésion. *Vous* avez également la possibilité d'imprimer l'intégralité des documents sur le site www.popsante.fr, via votre espace personnel.

L'*adhérent*, l'Assureur et l'Association conviennent :

- qu'un document électronique peut constituer un mode de preuve au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même, la preuve apportée par l'*adhérent* consisterait en un document établi sur support papier.

3.3. Age limite d'adhésion

Age limite d'adhésion lors de la prise d'effet des garanties.

- Formules APESIA 1 – APESIA 2 APESIA 3 => 85 ans.
- Formules APESIA 4 – APESIA 5 – APESIA 6 => 80 ans.
- Renfort APESIA 1 => 80 ans
- Renfort APESIA 2 => 80 ans

Rappel : Pour la détermination de l'âge de l'*assuré*, *nous* prenons celui de l'*assuré* au 31 décembre de l'année d'adhésion.

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.

3.4 Vos déclarations

3.4.1 À l'adhésion

L'adhésion est établie d'après vos déclarations et la cotisation fixée en conséquence.

Vous devez répondre à l'adhésion avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la proposition d'assurance.

Vous devez déclarer les garanties de même nature souscrites par *vous* auprès d'autres assureurs.

3.4.2 En cours d'adhésion

Vous devez :

- *nous* **déclarer** toutes les modifications suivantes :

- changement de la composition de la famille (naissance, mariage, décès) ;
- 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, Départements ou Régions d'Outre-Mer ;
- la souscription de garanties de même nature auprès d'autres assureurs ;

- **procéder** aux déclarations prévues pour tout nouvel *assuré* à prendre en compte dans le cadre de votre adhésion. Les conditions d'accès au contrat sont les mêmes que celles définies pour les *assurés* lors de l'adhésion.

Si les éléments modifiés constituent :

- une aggravation de risque (hors problème de santé), *nous* pourrons, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle cotisation. Si *vous* refusez nos nouvelles conditions de garantie, *vous* devrez *nous* en informer par lettre recommandée dès la réception de notre notification. *Nous* procéderons alors à la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 10 jours.
- une diminution de risque, *nous* pourrons diminuer la prime en conséquence. A défaut, *vous* pourrez demander la résiliation de votre adhésion moyennant un préavis de 30 jours

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée adressée à notre siège social ou à notre représentant conformément aux dispositions de l'article L. 113-2 du Code des assurances.

La circonstance nouvelle doit être déclarée par l'*adhérent* dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance.

3.4.3 Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à FMA Assurances par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsque *vous* l'aurez informé par un autre moyen.

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

3.4.4 Conséquences de la fausse déclaration

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte 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.

3.5 Choix de la formule de garanties

Au moment de l'adhésion, *vous* avez la possibilité de choisir la formule de garanties la mieux adaptée à votre situation. Votre choix devra être reporté sur votre bulletin individuel d'adhésion et vaudra tant pour *vous*-même que pour vos ayants droit inscrits au contrat.

3.6 Conclusion et durée de l'adhésion au contrat

3.6.1 Conclusion de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue et prend effet dès l'expression du consentement de l'*adhérent* dans les conditions visées ci-dessous, sous réserve de l'acceptation de la souscription par l'Assureur :

Souscription par écrit sur support papier

- à la date d'enregistrement informatique de la demande de souscription au contrat dûment complétée et signée par l'*adhérent*;

Souscription par voie téléphonique

- à la date de l'entretien téléphonique, au cours duquel l'*adhérent* a donné son accord.

3.6.2 Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour une durée annuelle, renouvelable par tacite reconduction à la date d'anniversaire de la date d'effet, sauf résiliation, par l'une ou l'autre des parties, dans les cas et selon les modalités précisées à l'article 3.4 .

3.7 Prise d'effet des garanties – Délais d'attente – Cessation des garanties

3.7.1 Prise d'effet

L'acceptation de l'Assureur est matérialisée par un certificat d'adhésion mentionnant notamment la date d'effet, la nature et le montant des garanties souscrites, les taux de cotisation ainsi que les éventuelles dérogations à la présente notice d'information.

L'adhésion produira ses effets le lendemain du jour du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation et au plus tôt le 1^{er} du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion. Cette date est mentionnée aux *dispositions personnelles*. **La date d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion**. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout *avenant* à l'adhésion.

3.7.2 Délai d'attente

Les garanties du contrat ne comportent pas de *délai d'attente*.

3.7.3 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, et au plus tard à son :
 - 67^{ème} anniversaire pour la garantie « Forfait coup dur maladie grave ».

3.8 Suspension des garanties

Votre 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,
- séjour hors de France de plus de 2 mois par an en une ou plusieurs périodes, ou à l'étranger dans les pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères (liste consultable auprès du Ministère des Affaires Étrangères), notamment sur son site internet.

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,
- L'*assuré* revient vivre en France après un séjour :
 - de plus de 2 mois en une ou plusieurs périodes en dehors du territoire français ;
 - à l'étranger dans les pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères.

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.

3.9 Résiliation

Motif de résiliation	Qui peut résilier ?	Forme de la résiliation et conditions	Prise d'effet
Résiliation annuelle (article L. 113-12 du Code des assurances) En cas de changement de <i>domicile</i> , de situation ou de régime matrimonial, de profession, de retraite professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle (article L. 113-16 du Code des assurances)	L'adhérent L'adhérent et l'assureur	Envoi d'une lettre recommandée à l'assureur moyennant un préavis d'au moins deux mois avant l' <i>échéance principale</i> . Pour ce faire, les risques garantis doivent être en relation directe avec la situation antérieure et ne doivent pas se retrouver dans la situation nouvelle . Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception dans les trois mois suivant l'événement.	A la date anniversaire de l'adhésion La résiliation prend effet un mois après sa notification.
En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisations (article L. 113-3 du Code des assurances)	L'assureur	Envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure, au dernier <i>domicile</i> connu de l' <i>adhérent</i> , dans les dix jours de la date d' <i>échéance</i> du paiement. Cette action est totalement indépendante de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice.	La garantie est suspendue trente jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. La résiliation prend effet quarante jours après l'envoi de cette lettre. Dans ce cas, la totalité de la cotisation annuelle échue <i>vous</i> sera réclamée. L'adhésion, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à <i>échéance</i> , les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés. La suspension des garanties entraîne pour chaque <i>assuré</i> , la perte de tout droit aux prestations se rapportant à des <i>accidents, maladie</i> ou <i>maternité</i> survenus pendant cette période.
En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (article L. 113-9 du Code des assurances)	L'assureur	Envoi d'une lettre recommandée au dernier <i>domicile</i> connu de l' <i>adhérent</i> .	La résiliation prend effet dix jours après notification par l'assureur.
En cas de décès de l' <i>adhérent</i>	De plein droit		Si d'autres <i>assurés</i> sont garantis, l'adhésion est maintenue jusqu'à la prochaine <i>échéance</i> à partir de laquelle elle sera adaptée. La résiliation intervient un mois après sa notification.
Révision du tarif en cas d'évolution des résultats techniques constatés sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties	L'adhérent	Envoi d'une lettre recommandée à l'assureur dans les trente jours qui suivent la date de notification de la modification.	L' <i>adhérent</i> devra verser la portion de cotisation (calculée sur la base du tarif précédent), au prorata du temps écoulé entre la date du dernier appel de cotisation et la <i>date d'effet</i> de la résiliation.

Lorsque l'un des renforts est souscrit en option, la résiliation s'effectue dans les mêmes conditions que la garantie principale.

En cas de perte de la qualité d'*adhérent* à l'AGIS (résiliation du contrat par l'association ou démission de l'adhérent de l'association), l'adhésion au contrat APESIA est maintenue jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Si la résiliation du contrat APESIA est à l'initiative de l'assureur, celui-ci s'engage à maintenir des garanties équivalentes aux adhérents qui en feront la demande.

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.

3.10 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 [...] »	« Fourniture de services à un consommateur dans le cadre d'un système de vente ou de prestations de services à distance, organisé par le fournisseur ou par un intermédiaire qui, pour ce contrat, utilise exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à, et y compris, la conclusion du contrat. »
Exécution immédiate du contrat		Le contrat peut être exécuté immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l' <i>adhérent</i> . La cotisation dont l' <i>adhérent</i> est redevable en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale du contrat avant l'expiration de ce délai de renonciation 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' <i>adhérent</i> 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 les <i>dispositions personnelles</i>). Il doit pour cela adresser à l'assureur sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception. Le contrat ne doit pas avoir été conclu dans le cadre d'une activité professionnelle.	
	Démarchage à domicile	Vente à distance
Modèle de lettre de renonciation	Je soussigné(e) (<i>nom et prénom de l'adhérent</i>), demeurant à (<i>domicile principal</i>) ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat APESIA N° (<i>numéro d'adhésion</i>) que j'ai signé le (<i>date</i>). (<i>Si des cotisations ont été versées</i>) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la <i>période de garantie</i> . (<i>En cas de commercialisation à distance</i>) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées. (<i>Indiquez le lieu, la date et votre signature</i>).	
Perte de la faculté de renonciation	Si l' <i>adhérent</i> 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' <i>adhérent</i> 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' <i>adhérent</i> 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 <i>période de garantie</i> dans un délai de trente jours.
Articles	L. 112-9 du Code des assurances.	L. 112-2-1 du Code des assurances et L. 121-26 et L. 121-26-1 du Code de la consommation

3.11 Les cotisations

3.11.1 Montant des cotisations

En début d'assurance, le montant de la cotisation correspondant à la formule choisie est fixé en fonction de l'âge des personnes assurées à la prise d'effet de l'adhésion et du lieu du *domicile* de l'*adhérent*.

3.11.2 Variation des cotisations

En cas d'évolutions des garanties, les cotisations sont adaptées dès la mise en place des nouvelles garanties.

A garanties identiques, les cotisations évolueront automatiquement :

- sur décision de l'assureur. L'assureur se réservant le droit de revoir les cotisations chaque année au 1^{er} janvier;
- selon l'institution d'impôts ou taxes (ou d'évolution de ceux déjà appliqués) imputables à la cotisation postérieurement à la date d'effet des adhésions => Dès la prochaine échéance de primes.
- selon l'évolution des dépenses de santé au plan national => Révision à échéance anniversaire.

Les cotisations évoluent également contractuellement, à chaque *échéance principale*, en fonction de l'âge des assurés :

- de 2,00% pour les enfants tels que définis au Titre I
- de 2,00 % de 40 à 54 ans pour les conjoints tels que définis au Titre I;
- de 2,50 % de 55 à 75 ans ;
- de 3,00% de 76 à 80 ans
- de 4,00 % à partir de 81 ans.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions, toute modification ou ajout de taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale impliquera une variation de cotisations.

3.11.3 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 l'*échéance* qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine *échéance principale* de l'adhésion.

Dans cette hypothèse, *vous* aurez la faculté de résilier votre adhésion conformément à l'article 3.9 « Résiliation ».

3.11.4 Paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance. *Nous* pouvons accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels (uniquement par prélèvement automatique) ; il en est alors fait mention aux *dispositions personnelles*.

3.11.5 Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, l'assureur peut actionner une procédure de *résiliation* visée à l'article 3.9 « Résiliation » en cas de non-paiement d'une ou des cotisations.

3.12 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 L. 114-1, L. 114-2 et L. 114-3 du Code des assurances. 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 2240 à 2246 du Code civil. Les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances et 2240 à 2246 du Code civil peuvent être consultés au chapitre 7 de la présente notice d'information.

3.13 La subrogation

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

3.14 Les réclamations - médiation

Litiges et réclamations

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, *vous* êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur commercial

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, *vous* pouvez intervenir auprès de votre service

réclamations à l'adresse suivante : Service Réclamations – POP SANTÉ - CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 Montoux

Médiation

En dernier recours : le médiateur de l'assurance

Le médiateur de l'assurance ne peut être saisi qu'après épuisement des procédures internes, à l'adresse suivante :

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

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.

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 - 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.

3.15 Loi informatique et libertés

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est FMA Assurances, l'organisme de gestion du contrat

Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par FMA Assurances, et l'envoi de documents concernant les produits de FMA, destinataires, avec l'Association, leurs mandataires, partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux destinataires habilités, notamment au sein de l'organisme assureur REMA, afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance.

Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données *vous* concernant, et du droit de *vous* opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à FMA Assurances – Service Clients - CS 60039 - 1050 Chemin des Exquerts - 84170 Montoux. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à la même adresse à l'attention du médecin-conseil.

En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

FMA Assurances conserve les données que *vous nous* avez transmises dans le cadre des traitements liés à la gestion des contrats passés avec REMA, ainsi que pendant les durées légales applicables après la fin des contrats.

Les données des clients ou non clients utilisées à des fins de prospection commerciale peuvent être conservées pendant un délai de trois ans à compter de la fin de la relation commerciale, soit à la date d'expiration d'un contrat, soit du dernier contact émanant du client ou du prospect.

Chapitre 4

Les garanties

4.1 Cadre juridique

Le contrat **respecte** l'ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre à la définition de contrat « solidaire » et de contrat « responsable ». De ce fait, il peut bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation.

Par contrat « solidaire », on entend un contrat frais de santé dont l'adhésion n'est pas soumise à des formalités médicales et dont les cotisations ne sont pas déterminées en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

Par contrat « responsable », on entend un contrat d'assurance complémentaire santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application. À ce titre, en termes de garantie il doit prévoir des règles et interdictions de prise en charge:

Règles de prise en charge

Le contrat doit :

- prendre en charge le ticket modérateur pour tous les actes prévus à l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion :

- des médicaments remboursés par l'assurance maladie, à hauteur de 30 % ou 15 % du tarif de la Sécurité sociale ;
- de l'homéopathie ;
- des cures thermales.

- prendre en charge, sans limitation de durée, l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale (sauf en établissements médico-sociaux).

- respecter le plafond prévu en cas de dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux n'ayant pas souscrit à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO), anciennement libellé contrat d'accès aux soins (CAS).

La prise en charge ne pourra pas dépasser la plus petite des deux limites suivantes : 100 % du tarif de responsabilité et le montant de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins souscripteurs minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité

- respecter un plafond et un plancher de remboursement sur les frais d'optique.
- permettre à l'assuré de pouvoir bénéficier, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, du mécanisme de tiers payant sur les garanties prévues pour les contrats responsables.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais dans le cadre des obligations de couverture précisées ci-dessus.

Interdiction de prise en charge

Le contrat :

- 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 au 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.

Les garanties de votre contrat sont conformes avec ces dispositions. En cas d'évolutions législatives et/ou réglementaires effectuées dans ce cadre, les garanties du contrat seront mises en conformité après information préalable, sauf refus exprimé de votre part (article L. 112-3 alinéa 5 du Code des assurances).

4.2 Ce que garantit le contrat

Dans les conditions et limites de la garantie choisie, mentionnées aux *dispositions personnelles* et reprise au tableau de garanties, le contrat garantit :

- le remboursement des frais médicaux ;
- le versement d'indemnités forfaitaires ;
- la dispense d'avance de frais (Tiers payant).

4.2.1 Le remboursement des frais médicaux

L'hospitalisation

- les frais de séjour ;
- les interventions chirurgicales ;
- les actes d'anesthésie et d'obstétrique ;
- l'hospitalisation à domicile ;
- les frais de transport du malade ou de l'accidenté ;
- le forfait hospitalier pour une durée illimitée ;
- la chambre particulière pour une durée illimitée ; selon l'option retenue,
- le remboursement des frais d'accompagnement, dans les limites du plafond journalier prévu.

Le dentaire

- les soins dentaires, la prophylaxie, la parodontologie et la prévention remboursés par la Sécurité sociale ;
- les inlays et onlays remboursés par la Sécurité sociale ;
- l'orthodontie remboursée par la Sécurité sociale ;
- les prothèses dentaires et inlay-cores remboursés par la Sécurité sociale dans la limite des plafonds indiqués aux dispositions particulières,
- les frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale, l'implantologie, les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie dans les limites des montants indiqués aux dispositions particulières.

Selon la formule choisie, il peut être prévu sur le poste dentaire un plafond de remboursement par an et par bénéficiaire (hors soins et orthodontie). Son montant est mentionné dans le tableau des garanties correspondant à la formule de garantie souscrite joint au *certificat d'adhésion* de l'adhérent. **Lorsque le plafond annuel de remboursement dentaire est atteint, et sous réserve que la prestation concernée soit prise en charge par le Régime Obligatoire de l'assuré, la garantie interviendra dans les conditions prévues pour les contrats responsables.**

L'optique

- les verres ;
- la monture ;
- les lentilles cornéennes remboursées ou non par la Sécurité sociale ;
- la chirurgie réfractive, selon l'option et la formule retenues.

Pour répondre aux critères des contrats « responsables », la garantie Santé comprend un forfait optique dont le montant incluant le *Ticket modérateur* est mentionné au tableau des garanties. Le remboursement des frais d'optique est limité à un équipement complet (monture + 2 verres) par période de 2 ans et par bénéficiaire. La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 150 Euros. La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de prise d'effet de la garantie de l'adhésion de chaque assuré.

Par dérogation, pour les *enfants* mineurs ou en cas d'évolution du défaut visuel, le forfait optique s'applique pour un équipement par an et par bénéficiaire.

Si le contrat n'offre pas de garantie optique au-delà des tarifs de responsabilité, le ticket modérateur sera couvert systématiquement et il ne sera pas limité à une prise en charge tous les deux ans.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les formules prévoyant un forfait optique peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

La médecine courante

- les consultations et visites ;
- les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux ;
- les analyses et examens de laboratoires ;
- les actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie ;
- les actes de spécialité : les actes techniques médicaux (ATM) ;
- les médecines douces non remboursées (ostéopathie, chiropractie, éthiopathie, homéopathie, podologie, pédicure, diététicien, naturopathe, acupuncture) si prescrites sur ordonnance par un médecin.

La pharmacie

- les médicaments et l'homéopathie remboursés par la Sécurité sociale.

La pharmacie non remboursée

- Les vaccins et médicaments non remboursés par la Sécurité sociale prescrits sur ordonnance par un médecin.

Les prothèses et les appareillages

- les prothèses auditives, orthopédiques et capillaires, petit et gros appareillages.

Les cures thermales

- les cures thermales remboursées par la Sécurité sociale. L'option COMPLETE prévoit le remboursement, dans la limite du plafond mentionné pour chaque formule, des frais de transport et d'hébergement que la cure thermale soit prise en charge ou non par le régime obligatoire de l'assuré.

La prévention

Le contrat peut prendre en charge dans le cadre d'un forfait annuel et sur prescription médicale des actes de dépistage, de prévention et de pharmacie non remboursés, dont la liste est précisée dans le tableau des garanties. Le contenu peut évoluer, des actes peuvent être ajoutés ou enlevés, selon les évolutions législatives ou réglementaires et en fonction du progrès médical en matière de prévention.

Forfait coup dur maladie grave

Cette garantie, proposée dans le cadre de l'option COMPLETE, prévoit le versement d'un forfait dès que le diagnostic de l'une des cinq maladies graves suivantes est posé et qu'il a été reconnu par l'assureur : infarctus du myocarde, coronaropathies, accident vasculaire cérébral, cancer, insuffisance rénale, ou dès qu'une greffe d'organe a été réalisée.

Renfort de garanties

Les renforts sont optionnels et souscrits en complément de l'option COMPLETE pour une durée minimale de douze mois. Ils comportent deux niveaux de garantie différents (Renfort A et Renfort B) pour permettre à l'Adhérent de renforcer les garanties en complément de la formule de base choisie. Les deux niveaux de renfort ne sont pas cumulables. L'adhésion à ces différents renforts peut se faire lors de l'adhésion ou durant la vie du contrat (dans le respect de l'Art.4.3 – Modification des garanties).

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.

Le bonus fidélisation

A compter de la 3ème année d'adhésion, les prestations des postes listés ci-après bénéficient, d'un remboursement supplémentaire de 25% de la Base de remboursement du régime obligatoire :

- Hospitalisation
- Médecine courante (hors pharmacie)
- Optique
- Dentaire
- Autres prothèses et appareillages

Le remboursement des actes s'effectuera dans les limites du contrat responsable. En conséquence, les honoraires des praticiens Non OPTAM/OPTAM-CO, qu'ils soient réalisés en cabinet ou en établissement hospitalier, seront limités à 200% de la base de remboursement du régime obligatoire.

4.2.2 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 votre attestation de tiers payant en cours de validité, sous réserve que le professionnel de santé ou l'établissement de santé accepte le tiers payant.

4.3 Modification des garanties

Les modifications de garanties à la hausse ou à la baisse ne pourront se

faire qu'à la date d'échéance principale de l'adhésion, sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date et de respecter les limites d'âge d'accès aux garanties fixées par l'article 3.3 de la présente notice d'information.

En cas d'augmentation de garantie, les plafonds dentaires du nouveau niveau de garantie sont applicables.

De même, toute modification de garantie annule le nombre d'années d'adhésion pris en compte pour l'attribution du bonus fidélisation.

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

4.4 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.

Chapitre 5

Les exclusions et limitations de garanties

5.1 Cas où la garantie ne s'exerce pas

Les maladies et accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant :

- d'un acte intentionnel de l'assuré ;
- de l'usage de drogues ou de stupéfiants non médicalement prescrits ;
- de l'alcoolisme, de l'ivresse ou de la démence ;
- de la participation de l'assuré à des rixes sauf légitime défense ;
- de la guerre étrangère, de la guerre civile ;
- de la participation active de l'assuré à des émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme et de sabotage ;
- de cataclysme ;
- de la désintégration du noyau atomique, de l'émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité.

Sont également exclus de la garantie :

- les maladies médicalement constatées ou accidents survenus à l'occasion du service national ou de périodes militaires supérieures à un mois ;
- les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour ;
- les traitements esthétiques non consécutifs à un accident garanti ;
- les frais de diététique (hospitalisation et traitements) ;
- les cures de rajeunissement, sommeil et amaigrissement ainsi que leurs suites ;
- les traitements par psychanalyse ;
- les frais de voyage et de séjour en établissement thermal, en établissement médico-social, en établissement à caractère sanitaire, de vacances, en aérium, home d'enfants ;
- la pratique des sports à titre professionnel ou à titre amateur avec compétitions au niveau national ou international ainsi que les entraînements y afférent ;
- la pratique des sports mécaniques et aériens (ainsi que l'alpinisme et la spéléologie).
- les frais de chambre particulière pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie.

Si ces exclusions devaient donner lieu à des soins pris en charge par la Sécurité sociale, les frais en découlant seront pris en charge dans les conditions prévues pour les contrats responsables.

5.2 Les limitations de la garantie santé

Quelle que soit la formule souscrite, la prise en charge par l'Assureur des frais de chambre particulière lors de séjour de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle est limitée à 30 jours par an et par assuré.

Les frais d'hospitalisation pour le traitement des affections mentales ou psychiatriques sont limités à 90 jours pour toute la vie de l'adhésion. Au-delà la participation de l'Assureur interviendra dans les conditions prévues pour les contrats responsables

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

Chapitre 6

Règlement des prestations

6.1 Règlement des prestations

6.1.1 La procédure simplifiée

La télétransmission

Dans les départements où nous avons signé un accord avec votre caisse d'assurance maladie, nous vous faisons bénéficier d'un système simplifié de

remboursement de vos dépenses.

Directement reliés aux services informatiques des différentes caisses, nous ferons un traitement simultané du calcul de notre participation au remboursement des frais exposés et effectuerons le paiement correspondant. Ainsi, vous n'aurez pas à nous transmettre le décompte des prestations de votre régime obligatoire français.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de cette possibilité, vous devez le préciser sur votre bulletin d'adhésion ou le notifier par écrit à FMA Assurances.

Le règlement de notre participation s'effectuera alors selon la procédure classique.

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 en cours de validité.

6.1.2 La procédure classique

Pour obtenir le remboursement des dépenses prises en charge selon la formule de garanties souscrite, vous devez faire parvenir à FMA Assurances les pièces mentionnées ci-après, accompagnées, le cas échéant, du refus de prise en charge du Régime obligatoire

Les remboursements de la garantie santé	Les documents et justificatifs à transmettre
La médecine courante	Les décomptes originaux des prestations du régime obligatoire
L'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • L'original du décompte des prestations du régime obligatoire. • Les originaux des factures de l'établissement hospitalier, les notes d'honoraires des chirurgiens et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles, lorsque les frais n'ont fait l'objet d'aucun remboursement par le régime obligatoire.
L'optique	<ul style="list-style-type: none"> • L'original du décompte du régime obligatoire; la facture détaillée établie par l'opticien. • La facture détaillée acquittée établie par l'opticien pour les lentilles prescrites non remboursées.
Le dentaire	L'original du décompte du régime obligatoire; la facture détaillée établie par le dentiste.
La chirurgie réfractive	La prescription médicale, ainsi que l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier.
Les prothèses et les appareillages	L'original du décompte du régime obligatoire ; la facture détaillée.
Pharmacie non remboursée	La copie de la prescription médicale ainsi que l'original de la facture détaillée
La médecine naturelle non remboursée	Les notes d'honoraires et autres factures acquittées justifiant les dépenses réelles ; l'original de l'ordonnance établie par un médecin.

Pour tenir compte de la situation particulière de certains dossiers, l'assureur et FMA Assurances se réservent la possibilité de demander des pièces complémentaires à celles figurant dans le tableau ci-dessus. Le cumul des divers remboursements obtenus par l'adhérent ne peut excéder la dépense réelle.

6.1.3 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.

6.2 Renseignements complémentaires

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

Vous pouvez lui communiquer ces renseignements directement.

6.3 Contrôle et expertise

Sauf cas de force majeure, l'*assuré* malade ou accidenté doit, le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par *nous*. L'*assuré* a la possibilité de se faire représenter par un médecin de son choix. Les honoraires du médecin que *nous* avons mandaté sont à notre charge, l'*assuré* conservant à sa charge ceux éventuellement exposés en cas d'assistance par le médecin de son choix.

La décision sera communiquée à l'*assuré* par notre médecin-conseil.

Si l'*assuré* ne l'a pas contesté dans les trente jours, le diagnostic du médecin-conseil est considéré comme acquis. En cas de désaccord, l'*assuré* doit transmettre une attestation médicale contradictoire.

Dans le cas d'avis médicaux contradictoires, les médecins désignent un expert (s'ils n'y parviennent pas, la désignation est effectuée par le président du tribunal de grande instance du lieu du *domicile* de l'*assuré*).

Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

Les honoraires de l'expert et les éventuels frais de sa nomination sont supportés moitié par *nous*, moitié par *vous*.

Tant que cette expertise amiable n'a pas eu lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.

6.4 Délais à respecter

Les demandes de remboursement doivent parvenir à FMA Assurances 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* de l'*adhésion*.

6.5 Sanctions

Si l'*assuré* ne respecte pas un des points précédemment énoncés, *nous* pouvons refuser notre remboursement.

Chapitre 7

Articles du Code des assurances et du Code civil

Article L. 112-2-1 du Code des assurances – Vente à distance aux consommateurs

[...]

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

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

b) soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ;

2. Toutefois, en ce qui concerne les contrats d'assurance vie, le délai précité est porté à trente jours calendaires révolus. Ce délai commence à courir :

a) soit à compter du jour où l'intéressé est informé que le contrat à distance a été conclu ;

b) soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 121-20-11, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a ;

3. Le droit de renonciation ne s'applique pas :

a) aux polices d'assurance de voyage ou de bagage ou aux polices d'assurance similaires à court terme d'une durée inférieure à un mois ;

b) aux contrats d'assurance mentionnés à l'article L. 211-1 du présent code ;

c) aux contrats exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du consommateur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

III. En temps utile avant la conclusion à distance d'un contrat le souscripteur reçoit les informations suivantes :

1. la dénomination de l'entreprise d'assurance contractante, l'adresse de son siège social, lorsque l'entreprise d'assurance est inscrite au registre du commerce et des sociétés, son numéro d'immatriculation, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la succursale qui propose la couverture ;

2. le montant total de la prime ou cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette prime ou cotisation permettant au souscripteur de vérifier celle-ci ;

3. La durée minimale du contrat ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;

4. la durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de conclusion du contrat et de paiement de la prime ou cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance ;

5. L'existence ou l'absence d'un droit à renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée.

Le souscripteur doit également être informé du montant de prime ou de cotisation que l'assureur peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;

6. la loi sur laquelle l'assureur se fonde pour établir les relations précontractuelles avec le consommateur ainsi que la loi applicable au contrat et la langue que l'assureur s'engage à utiliser, avec l'accord du souscripteur, pendant la durée du contrat ;

7. les modalités d'examen des réclamations que le souscripteur peut formuler au sujet du contrat y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

Les informations sur les obligations contractuelles communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au contrat.

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

IV. L'assureur doit également indiquer, pour les contrats d'assurance vie les informations mentionnées à l'article L. 132-5-1, notamment le montant maximal des frais qu'il peut prélever et, lorsque les garanties de ces contrats sont exprimées en unités de compte, les caractéristiques principales de celles-ci. Dans ce dernier cas, il doit en outre préciser qu'il ne s'engage que

sur le nombre des unités de compte et non sur leur valeur qui peut être sujette à des fluctuations à la hausse comme à la baisse.

V. Un décret en Conseil d'État fixe les informations communiquées au souscripteur en cas de communication par téléphonie vocale.

VI. Les infractions aux dispositions du présent article sont constatées et sanctionnées par l'Autorité de contrôle prudentiel dans les conditions prévues à la section 2 du chapitre unique du titre Ier du livre III.

Les infractions constituées par l'absence matérielle des éléments d'information prévus au III du présent article, ainsi que le refus de l'assureur de rembourser le souscripteur personne physique dans les conditions fixées à l'article L. 121-20-13 du Code de la consommation peuvent également être constatées et poursuivies dans les conditions prévues à l'article L. 121-20-17 du même code.

Les conditions d'application du présent article sont définies en tant que de besoin par décret en Conseil d'État.

Article L. 112-3 du Code des assurances

Le contrat d'assurance et les informations transmises par l'assureur au souscripteur mentionnées dans le présent code sont rédigés par écrit, en français, en caractère apparents.

Par dérogation aux dispositions du précédent alinéa concernant l'emploi de la langue française, lorsque, en vertu des articles L. 181-1 et L. 183-1, les parties au contrat ont la possibilité d'appliquer une autre loi que la loi française, les documents mentionnés au premier alinéa du présent article peuvent être rédigés dans une autre langue que le français. Le choix d'une autre langue que le français est effectué d'un commun accord entre les parties et, sauf lorsque le contrat couvre les grands risques définis à l'article L. 111-6, à la demande écrite du seul souscripteur.

Lorsque les parties au contrat n'ont pas la possibilité d'appliquer une autre loi que la loi française, ces documents peuvent toutefois, d'un commun accord entre les parties et à la demande écrite du seul souscripteur, être rédigés dans la langue ou dans l'une des langues officielles de l'État dont il est ressortissant.

Lorsque, avant la conclusion du contrat, l'assureur a posé des questions par écrit à l'assuré, notamment par un formulaire de déclaration du risque ou par tout autre moyen, il ne peut se prévaloir du fait qu'une question exprimée en termes généraux n'a reçu qu'une réponse imprécise.

Toute addition ou modification au contrat d'assurance primitif doit être constatée par un avenant signé des parties. Par dérogation, la modification proposée par l'assureur d'un contrat complémentaire santé individuel ou collectif visant à le mettre en conformité avec les règles fixées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale est réputée acceptée à défaut d'opposition du souscripteur. L'assureur informe par écrit le souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix en application du même article. Ce dernier dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des adhérents ou affiliés par le souscripteur.

Les présentes dispositions ne font pas obstacle à ce que, même avant la délivrance de la police ou de l'avenant, l'assureur et l'assuré ne soient engagés l'un à l'égard de l'autre par la remise d'une note de couverture.

Article L. 112-9 du Code des assurances

I. Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

La proposition d'assurance ou le contrat comporte, à peine de nullité, la mention du texte du premier alinéa et comprend un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée mentionnée au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le souscripteur ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. L'entreprise d'assurance est tenue de rembourser au souscripteur le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de résiliation. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'entreprise d'assurance si le souscripteur 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.

Le présent article n'est applicable ni aux contrats d'assurance sur la vie ou de capitalisation ni aux contrats d'assurance de voyage ou de bagages ni aux contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois.

Les infractions aux dispositions du présent article sont constatées et sanctionnées par l'autorité instituée à l'article L. 612-1 du Code monétaire et financier dans les conditions prévues au livre III du présent code.

II. Les infractions constituées par la violation des dispositions du deuxième alinéa et de la deuxième phrase du quatrième alinéa du I sont recherchées et constatées dans les mêmes conditions que les infractions prévues au I de l'article L. 141-1 du Code de la consommation.

Est puni de 15 000 euros d'amende le fait de ne pas rembourser le souscripteur dans les conditions prévues à la deuxième phrase du quatrième alinéa du I du présent article.

Article L. 113-2 du Code des assurances

L'assuré est obligé :

1° De payer la prime ou cotisation aux époques convenues ;

2° De répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge ;

3° De déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur, notamment dans le formulaire mentionné au 2° ci-dessus.

L'assuré doit, par lettre recommandée, déclarer ces circonstances à l'assureur dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance ;

4° De donner avis à l'assureur, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans le délai fixé par le contrat, de tout sinistre de nature à entraîner la garantie de l'assureur. Ce délai ne peut être inférieur à cinq jours ouvrés.

Ce délai minimal est ramené à deux jours ouvrés en cas de vol et à vingt-quatre heures en cas de mortalité du bétail.

Les délais ci-dessus peuvent être prolongés d'un commun accord entre les parties contractantes.

Lorsqu'elle est prévue par une clause du contrat, la déchéance pour déclaration tardive au regard des délais prévus au 3° et au 4° ci-dessus ne peut être opposée à l'assuré que si l'assureur établit que le retard dans la

déclaration lui a causé un préjudice. Elle ne peut également être opposée dans tous les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

Les dispositions mentionnées aux 1°, 3° et 4° ci-dessus ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L. 113-3 du Code des assurances

La prime est payable au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet. Toutefois, la prime peut être payable au domicile de l'assuré ou à tout autre lieu convenu dans les cas et conditions limitativement fixés par décret en Conseil d'État.

À défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré.

Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa du présent article.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Lorsque l'adhésion au contrat résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, l'assureur ne peut faire usage des dispositions du présent article relatives à la suspension de la garantie et à la résiliation du contrat.

Les dispositions des deuxième à avant-dernier alinéas du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L. 113-8 du Code des assurances

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L. 113-9 du Code des assurances

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et

exactement déclarés.

Article L. 113-12 du Code des assurances

La durée du contrat et les conditions de résiliation sont fixées par la police.

Toutefois, l'assuré a le droit de résilier le contrat à l'expiration d'un délai d'un an, en envoyant une lettre recommandée à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance. Ce droit appartient, dans les mêmes conditions, à l'assureur. Il peut être dérogé à cette règle pour les contrats individuels d'assurance maladie et pour la couverture des risques autres que ceux des particuliers. Le droit de résilier le contrat tous les ans doit être rappelé dans chaque police. Le délai de résiliation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L. 113-16 – Résiliation pour modification ou cessation du risque

En cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,
- le contrat d'assurance peut être résilié par chacune des parties lorsqu'il a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement.

La résiliation prend effet un mois après que l'autre partie au contrat en a reçu notification.

L'assureur doit rembourser à l'assuré la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à l'assureur dans les cas de résiliation susmentionnés.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. Elles sont applicables à compter du 9 juillet 1973 aux contrats souscrits antérieurement au 15 juillet 1972.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, et notamment la date qui, pour chacun des cas énumérés au premier alinéa, est retenue comme point de départ du délai de résiliation.

Article L. 121-12 – Subrogation de l'assureur

L'assureur qui a payé l'indemnité d'assurance est subrogé, jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à la responsabilité de l'assureur.

L'assureur peut être déchargé, en tout ou en partie, de sa responsabilité envers l'assuré, quand la subrogation ne peut plus, par le fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur.

Par dérogation aux dispositions précédentes, l'assureur n'a aucun recours contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes.

Article L. 132-5-1 – Faculté de renonciation

Toute personne physique qui a signé une proposition ou un contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où elle est informée que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne la restitution par l'entreprise d'assurance ou de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal. Les dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté ministériel.

Elles ne s'appliquent pas aux contrats d'une durée maximale de 2 mois.

Articles L. 114-1, L. 114-2 et L. 114-3 du Code des assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance,

s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L. 114-2 – Causes d'interruption de la prescription

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 avec accusé de réception adressée 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 L. 114-3 – Caractère d'ordre public de la prescription

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 2240 à 2246 du Code civil – Causes ordinaires d'interruption de la prescription

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 garanties du contrat d'assurance complémentaire APESIA - Formules Complètes

FACULTATIF

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5	FORMULE 6	Bonus fidélité à partir de la 3e année	Renfort A	Renfort B		
HOSPITALISATION											
FRAIS DE SÉJOUR EN ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	+ 25%				
FRAIS DE SÉJOUR EN ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ	100%	100%	100%	100%	100%	100%					
HONORAIRES : OPTAM, OPTAM-CO	100%	150%	200%	250%	300%	350%					
NON OPTAM, OPTAM-CO	100%	125%	175%	200%	200%	200%					
FORFAIT JOURNALIER	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS					
HOSPITALISATION À DOMICILE	100%	150%	200%	250%	300%	350%					
FRAIS DE TRANSPORT	100%	150%	200%	250%	300%	350%					
CHAMBRE PARTICULIÈRE (1) (2)	-	30 € / JOUR	45 € / JOUR	60 € / JOUR	75 € / JOUR	90 € / JOUR			+ 15 € / jour	+ 30 € / jour	
FRAIS D'ACCOMPAGNEMENT	5€ / JOUR	10€ / JOUR	20€ / JOUR	30€ / JOUR	40€ / JOUR	50€ / JOUR					
FRAIS DE TÉLÉVISION ET DE CONNEXION INTERNET											
SOINS COURANTS											
HONORAIRES DES MÉDECINS (GÉNÉRALISTES, SPÉCIALISTES), RADIOLOGIE, IMAGERIE, ECHOGRAPHIE, ACTES TECHNIQUES ET DE SPÉCIALITÉS : OPTAM, OPTAM-CO	100%	125%	150%	200%	250%	300%	+ 25% (hors pharmacie)				
NON OPTAM, OPTAM-CO	100%	100%	125%	150%	175%	200%					
AUXILIAIRES MÉDICAUX ET LABORATOIRES	100%	125%	150%	200%	250%	300%					
PHARMACIE REMBOURSÉE PAR LE RO :	100%	100%	100%	100%	100%	100%					
CURES THERMALES : HONORAIRES ET TRAITEMENTS ACCEPTÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE"	100%	125%	150%	175%	200%	225%					
OPTIQUE : 1 PAIRE TOUS LES 2 ANS SAUF ÉVOLUTION DE LA VUE ET MOINS DE 18 ANS. Forfait comprenant un montant de monture maximum de 150 €											
EQUIPEMENT VERRES ET MONTURE COMPORTANT AU MOINS 1 VERRE COMPLEXE OU TRÈS COMPLEXE (TICKET MODÉRATEUR COMPRIS)	100%	200 €	275 €	350 €	425 €	500 €	+ 25%	+ 50 €	+ 100 €		
EQUIPEMENT VERRES ET MONTURE COMPORTANT AU MOINS 2 VERRES SIMPLES (TICKET MODÉRATEUR COMPRIS)	100%	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €					
LENTILLES REMBOURSÉES PAR LE RO (PAR AN PAR BÉNÉFICIAIRE)	100%	100% + 50 €	100% + 75 €	100% + 100€	100% + 150 €	100% + 175 €					
LENTILLES REFUSÉES PAR LE RO (PAR AN PAR BÉNÉFICIAIRE)	-	50 €	75 €	100 €	150 €	175 €					
CHIRURGIE RÉFRACTIVE TOUTES CORRECTIONS PAR AN PAR BÉNÉFICIAIRE	-	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €					
DENTAIRE											
SOINS DENTAIRES (Y COMPRIS CHIRURGIE DENTAIRE), INLAYS-ONLAYS, PARADONTOLOGIE REMBOURSÉS PAR LE RO	100%	150%	200%	250%	300%	350%	+ 25%				
PROTHÈSES DENTAIRES, IMPLANTOLOGIE, REMBOURSÉES PAR LE RO	100%	200%	250%	300%	350%	400%					
INLAY CORE REMBOURSÉ PAR LE RO	100%	150%	200%	250%	300%	350%					
ORTHODONTIE REMBOURSÉE PAR LE RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%					
PROTHÈSES DENTAIRES NON REMBOURSÉES PAR LE RO (Y COMPRIS LES IMPLANTS, LA PARODONTOLOGIE ET L'ORTHODONTIE NON REMBOURSÉS PAR LE RO) PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE	-	100 €	150 €	200 €	250 €	350 €			+ 50 €	+ 100 €	
PLAFOND ANNUEL PAR BÉNÉFICIAIRE : A PARTIR DE LA 3ÈME ANNÉE"	-	-	800 € 1100 €	1 100 € 1 600 €	1 600 € 2 100 €	2 100 € 2 600 €					
AUTRES PROTHESES ET APPAREILLAGES											
PROTHÈSES ORTHOPÉDIQUES, PETIT ET GROS APPAREILLAGES	100%	125%	150%	175%	225%	250%		+ 25%			
PROTHÈSES AUDITIVES (TICKET MODÉRATEUR COMPRIS) (3) :	100%	125%	150%	200%	250%	300%				+ 100 €	+ 200 €
ENTRETIEN DE L'APPAREILLAGE :											
PREVENTION & BIEN-ETRE											
UN FORFAIT MÉDECINES DOUCES : OSTHÉOPATHIE, CHIROPRACTIE, ÉTHIOPATHIE, HOMÉOPATHIE, PODOLOGIE, PÉDICURE, DIÉTÉTICIEN, NATUROPATHIE, ACUPUNCTURE. DANS LA LIMITE D'UN FORFAIT ANNUEL DE	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €		+ 75 €	+ 100 €		
PHARMACIE NON REMBOURSÉE, VACCINS NON REMBOURSÉS	-	20 €	40 €	60 €	80 €	100 €			+25 €	+ 50 €	
ACTES DE PRÉVENTION NON REMBOURSÉS PAR LE RO (CF. LISTE EN ANNEXE)	75 €	100 €	125 €	150 €	175 €	200 €			+ 75 €	+ 100 €	
FRAIS DE TRANSPORT ET D'HÉBERGEMENT ACCEPTÉS OU NON PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE LIÉS À UNE CURE THERMALE	-	100 € / AN	125 € / AN	150 € / AN	175 € / AN	200 € / AN			+ 50 € / AN	+ 100 € / AN	
PLAFOND ANNUEL PAR BÉNÉFICIAIRE PRÉVENTION & BIEN ÊTRE :	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €			+ 100 € / AN	+ 150 € / AN	
SERVICES +											
FORFAIT COUP DUR MALADIE GRAVE	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €					
PROTECTION JURIDIQUE MÉDICALE (JUSQU'À 22 313 EUROS)											
ASSISTANCE (SELON CONVENTION SÉPARÉE)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI					
SOUTIEN FINANCIER (JUSQU'À 1 500 EUROS)											

Détail des garanties APESIA - Formules Complètes

Les formules de garanties complémentaires santé décrites ci-après s'inscrivent dans le cadre des contrats responsables. En conséquence, les pénalités financières appliquées par le Régime Obligatoire sur les remboursements des consultations et actes médicaux réalisés en dehors du parcours de soins ainsi que les contributions et franchises médicales restent à la charge de l'assuré.

Les prestations sont exprimées soit sous forme de forfait en euros, soit en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire. L'ensemble des prestations s'entend dans la limite des frais réellement engagés.

Sauf mention contraire dans le tableau ci-dessous, les actes non pris en charge par la Sécurité sociale, qu'ils soient référencés ou non par cet organisme, ne sont pas remboursés. Si leur prise en charge est expressément prévue, les actes et produits doivent être prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité.

Bonus Fidélisation : Ajout de +25% de BR sur les postes Hospitalisation, Soins courants hors pharmacie, optique, dentaire et autres prothèses à partir de la 3ème année de vie du contrat dans la limite des contrats Responsable (les honoraires Non Optam, Optam-co seront limitées à 200% BR)

(1) Limitation à 30 jours par an et par assuré pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle.

(2) La chambre particulière n'est pas garantie pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie.

(3) Dans la limite d'un équipement complet (prothèse droite et gauche) tous les deux ans, décomptés à partir de la date d'effet du contrat (hors entretien)

Les garanties du contrat d'assurance complémentaire **APESIA - Formules Essentielles**

	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4	FORMULE 5	FORMULE 6	BONUS FIDÉLITÉ à partir de la 3e année
HOSPITALISATION							
FRAIS DE SÉJOUR EN ÉTABLISSEMENT CONVENTIONNÉ	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	
FRAIS DE SÉJOUR EN ÉTABLISSEMENT NON CONVENTIONNÉ	100%	100%	100%	100%	100%	100%	+ 25%
HONORAIRES :							
OPTAM, OPTAM-CO	100%	150%	200%	250%	300%	350%	
NON OPTAM, OPTAM-CO	100%	125%	175%	200%	200%	200%	
FORFAIT JOURNALIER	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	
HOSPITALISATION À DOMICILE	100%	150%	200%	250%	300%	350%	
FRAIS DE TRANSPORT	100%	150%	200%	250%	300%	350%	
CHAMBRE PARTICULIÈRE (1) (2)	-	30 € / JOUR	40 € / JOUR	50 € / JOUR	60 € / JOUR	70 € / JOUR	
SOINS COURANTS							
HONORAIRES DES MÉDECINS (GÉNÉRALISTES, SPÉCIALISTES), RADIOLOGIE, IMAGERIE, ECHOGRAPHIE, ACTES TECHNIQUES ET DE SPÉCIALITÉS :	100%	100%	125%	150%	200%	250%	+ 25% (hors pharmacie)
OPTAM, OPTAM-CO							
NON OPTAM, OPTAM-CO	100%	100%	100%	125%	150%	175%	
AUXILIAIRES MÉDICAUX ET LABORATOIRES	100%	100%	125%	150%	200%	250%	
PHARMACIE REMBOURSÉE PAR LE RO :	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
CURES THERMALES : HONORAIRES ET TRAITEMENTS ACCEPTÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE"	100%	100%	125%	150%	175%	200%	
OPTIQUE : 1 PAIRE TOUS LES 2 ANS SAUF ÉVOLUTION DE LA VUE ET MOINS DE 18 ANS. Forfait comprenant un montant de monture maximum de 150 €							
EQUIPEMENT VERRES ET MONTURE COMPORTANT AU MOINS 1 VERRE COMPLEXE OU TRÈS COMPLEXE (TICKET MODÉRATEUR COMPRIS)	100%	200 €	250 €	300 €	350 €	425 €	+ 25%
EQUIPEMENT VERRES ET MONTURE COMPORTANT AU MOINS 2 VERRES SIMPLES (TICKET MODÉRATEUR COMPRIS)	100%	100 €	125 €	150 €	200 €	250 €	
LENTILLES REMBOURSÉES PAR LE RO (PAR AN PAR BÉNÉFICIAIRE)	100%	100%	100% + 50 €	100% + 75 €	100% + 100€	100% + 150 €	
DENTAIRE							
SOINS DENTAIRES (Y COMPRIS CHIRURGIE DENTAIRE), INLAYS-ONLAYS, PARADONTOLOGIE REMBOURSÉS PAR LE RO	100%	125%	200%	250%	300%	350%	+ 25%
PROTHÈSES DENTAIRES, IMPLANTOLOGIE, REMBOURSÉES PAR LE RO	100%	175%	250%	300%	350%	400%	
INLAY CORE REMBOURSÉ PAR LE RO	100%	125%	200%	250%	300%	350%	
ORTHODONTIE REMBOURSÉE PAR LE RO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
PROTHÈSES DENTAIRES NON REMBOURSÉES PAR LE RO (Y COMPRIS LES IMPLANTS, LA PARODONTOLOGIE ET L'ORTHODONTIE NON REMBOURSÉS PAR LE RO) PAR AN ET PAR BÉNÉFICIAIRE	-	-	150 €	200 €	250 €	350 €	
PLAFOND ANNUEL PAR BÉNÉFICIAIRE :			600 €	800 €	1 200 €	1600 €	
A PARTIR DE LA 3ÈME ANNÉE	-	-	800 €	1100 €	1 600 €	2 100 €	
AUTRES PROTHESES ET APPAREILLAGES							
PROTHÈSES ORTHOPÉDIQUES, PETIT ET GROS APPAREILLAGES	100%	125%	150%	175%	225%	250%	+ 25%
PROTHÈSES AUDITIVES (TICKET MODÉRATEUR COMPRIS) (3) :	100%	125%	150%	200%	250%	300%	
ENTRETIEN DE L'APPAREILLAGE :							
PREVENTION & BIEN-ETRE							
ACTES DE PRÉVENTION NON REMBOURSÉS PAR LE RO (CF. LISTE EN ANNEXE)	75 €	100 €	125 €	150 €	175 €	200 €	
SERVICES +							
PROTECTION JURIDIQUE MÉDICALE (JUSQU'À 22 313 EUROS)							
ASSISTANCE (SELON CONVENTION SÉPARÉE)	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	
SOUTIEN FINANCIER (JUSQU'À 1 500 EUROS)							

Détail des garanties APESIA - Formules Essentielles

Les formules de garanties complémentaires santé décrites ci-après s'inscrivent dans le cadre des contrats responsables. En conséquence, les pénalités financières appliquées par le Régime Obligatoire sur les remboursements des consultations et actes médicaux réalisés en dehors du parcours de soins ainsi que les contributions et franchises médicales restent à la charge de l'assuré.

Les prestations sont exprimées soit sous forme de forfait en euros, soit en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire. L'ensemble des prestations s'entend dans la limite des frais réellement engagés.

Sauf mention contraire dans le tableau ci-dessous, les actes non pris en charge par la Sécurité sociale, qu'ils soient référencés ou non par cet organisme, ne sont pas remboursés. Si leur prise en charge est expressément prévue, les actes et produits doivent être prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité.

En cas de dépassement du plafond annuel de remboursement prévu pour le poste dentaire, la prestation interviendra à hauteur des participations minimales prévues dans le cadre du contrat responsable.

Bonus Fidélisation : Ajout de +25% de BR sur les postes Hospitalisation, Soins courants hors pharmacie, optique, dentaire et autres prothèses à partir de la 3ème année de vie du contrat dans la limite des contrats Responsable (les honoraires Non Optam, Optam-co seront limitées à 200% BR)

(1) Limitation à 30 jours par an et par assuré pour les séjours de rééducation, convalescence, réadaptation fonctionnelle.

(2) La chambre particulière n'est pas garantie pour les séjours de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique, gériatrie.

(3) Dans la limite d'un équipement complet (prothèse droite et gauche) tous les deux ans, décomptés à partir de la date d'effet du contrat (hors entretien)

Liste des actes de dépistage et des soins préventifs inclus dans le forfait Prévention

Actes de dépistage, sur prescription

- dépistage de l'ostéoporose : l'ostéodensitométrie
- dépistage du cancer du colon : kit de prélèvement pour le test Hémocult® et test Hemocheck® (I) ou test de dépistage sanguin Septim 9* (I) ou Prépacol* (I) dans le cadre d'une coloscopie
- dépistage du cancer du col de l'utérus : la recherche du papilloma virus au niveau du col de l'utérus, même en cas de frottis normal
- dépistage des infections génitales par le chlamydiae trachomatis : la détection par PCR (Polymerase Chain Reaction) du chlamydiae trachomatis sur l'endocol et l'urètre
- dépistage de la polyarthrite rhumatoïde : la recherche des anticorps anti-peptide citrullinés

Bonus Fidélisation : Ajout de +25% de BR sur les postes Hospitalisation, Soins courants hors pharmacie, optique, dentaire et autres prothèses à partir de la 3ème année de vie du contrat dans la limite des contrats Responsable (les honoraires Non Optam, Optam-co seront limité à 200% BR)

Soins et médicaments préventifs, sur prescription et achetés en pharmacie

- vaccins recommandés aux voyageurs par le conseil supérieur d'hygiène publique de France : rage, typhoïde, hépatite A, méningite à méningocoques, encéphalite à tiques, encéphalite japonaise, fièvre jaune
- antipaludéens pour les voyages
- substituts nicotiniques pour arrêter de fumer, ainsi que Zyban* (I) et Champix* (I), Patches : médicaments à prendre sous surveillance obligatoire d'un médecin
- vaccin contre la varicelle
- vaccin Zostavax* (I) contre le zona
- vaccin contre le méningocoque pour les enfants
- vaccin contre les gastro-entérites du nourrisson
- vaccin contre le pneumocoque chez tous les enfants, même en dehors des collectivités
- compléments à base d'Omégas 3 dans le cadre de la prévention des infarctus
- pose et dépose du holter tensionnel dans le cadre du diagnostic et de la surveillance de l'hypertension artérielle
- consultations de diététique
- film contenant des corticoïdes dans le cadre du traitement du psoriasis Betesil* (I)
- housses de matelas et d'oreillers anti-acariens pour les personnes allergiques
- Epiduo* (I) gel associant anti-acnéique et antiseptique en traitement de l'acné
- prévention dentaire : curetage sous gingival, pose de vernis fluoré, dentifrice au statut de médicament prescrit par votre dentiste, scanner des maxillaires avant la pose d'implants
- Livial* (I) en traitement des troubles de la ménopause
- contraceptifs non remboursables par la Sécurité sociale, Pilules de 3ème génération
- vésicare* (I) et Détrusitol* (I) des troubles de l'incontinence
- consultations chez un médecin sexologue après chirurgie gynécologique et pour les diabétiques
- prévention des malformation fœtales, Fémibion 2* (I)
- traitement du déficit hormonal chez l'homme, Testopatch* (I)
- consultations chez un médecin sexologue après chirurgie urologique et pour les diabétiques
- traitement de l'insuffisance veineuse : veinotonique, antihémoroïdes, antivarices, bas de maintien
- patch anti-inflammatoire d'action locale, Flector Tissugel* (I)
- soin des peaux à tendance kératosique et squameuse Akerat S* (I), Pedimed S* (I), Pedi Relax S* (I)
- consultations chez un psychologue pratiquant l'EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing – pour la prévention du stress post traumatique
- compléments alimentaires : vitamines indiquées en prévention ou traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)
- tout abonnement de 3 mois maximum à la formule Weight Watchers Online et Weight Watchers Pass Lib sur une période de 12 mois **
- bilan physique Siel Bleu

Le contenu du module prévention peut évoluer, des actes peuvent être ajoutés ou enlevés, selon les évolutions législatives ou réglementaires et en fonction du progrès médicale en matière de prévention.

* (I) ou tout autre médicament de la même classe thérapeutique

** Sur présentation d'une ou plusieurs factures (indiquant vos nom et prénom)